



**TESIS DOCTORAL**

**EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON OSTEOARTRITIS  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD**

Castellón de la Plana, 2017





## **EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON OSTEOARTRITIS**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD**

**Autora:**

Sara Cano Plans

Facultad de Ciencias de la Salud

Universitat Jaume I

**Directora:**

Dra. Adelaida Zabalegui Yármoz

Codirectora:

Dra. Esther Cabrera Torres

31 de Mayo de 2017



*“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción”.*

***Paulo Freire***



## AGRADECIMIENTOS:

Este largo periodo de tiempo que he dedicado a este proyecto, debo destacar que no ha sido un camino en solitario, cuento con el apoyo de algunas personas que me han brindado la oportunidad de llegar hasta aquí, a pesar de los momentos difíciles.

Para empezar, debo agradecer de manera muy especial y sincera a mi tutora, la Dra. Adelaida Zabalegui, el hecho de darme la posibilidad de participar en este proyecto tan ambicioso y enriquecedor bajo su dirección, que me ha permitido un crecimiento tanto personal como profesional transmitiéndome su apoyo y confianza en mi trabajo, su capacidad para guiar constantemente mis ideas y toda la ayuda necesaria para tirar adelante este proyecto. También quiero agradecer a mi codirectora, Dra. Esther Cabrera, por creer en el crecimiento profesional de las enfermeras en nuestra disciplina.

Este proyecto ha requerido la colaboración de varios miembros de investigación de diversos países. Doy las gracias, por formar parte del equipo europeo, a Helena Leino-Kilpi, Kirsi Valkeapää, Seija Klemetti, Jouko Katajisto, Natalja Istomina, Evrdiki Papastavrou, Mitra Unosson, Brynja Ingadottir, Panagiota Copanitsanou, Cryssoula Lemonidou, Arun Sigurdardottir, Andreas Charalambous y Asa Johansson.

Mi más sincero agradecimiento a todos los participantes en este estudio a escala nacional: Bárbara Amor, Cristina Moreno, Olga Monistrol, Teresa Camps, José Manuel Verge, Elisabeth Argemí, Núria Sapena y Agnès Nicolau. Gracias por formar parte del proyecto y creer que se puede llevar a cabo. Hace que todos los sacrificios merezcan la pena.

A mi compañera y amiga, Laia, por todas las horas dedicadas a este proyecto. Por su entusiasmo por la profesión y por estar siempre a mi lado.

A Pablo, por su ayuda ofrecida y a mi primo, Esteve, por su gran apoyo y aportación a este proyecto.

Y, por último, a mis amigos: gracias por darme apoyo en este reto académico y por aceptar mis ausencias todo este tiempo.

*Y sobre todo...*

*A mis padres, Asun y Eduardo, por creer en mí y ofrecerme todo su apoyo incondicional.*

*A mi hermana, Vaniah, por estar conmigo en todo momento, y a mi abuela, Llorença por toda su paciencia y comprensión.*





# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	11
<b>RESUM</b> .....	13
<b>ABSTRACT</b> .....	15
<b>1. INTRODUCCIÓN GENERAL</b> .....	19
1.1. Concepto e impacto de la osteoartritis .....	19
1.1.1. La prevalencia de la osteoartritis .....	21
1.1.2. Artroplastia total de rodilla y cadera .....	22
1.1.3. Atención sanitaria al paciente con osteoartritis .....	27
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	29
2.1. Concepto de «empoderamiento» .....	29
2.2. Concepto de «empoderamiento para la salud» .....	30
2.3. Concepto de empoderamiento en pacientes con osteoartritis .....	42
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	47
3.1. Dimensiones del conocimiento .....	47
3.2. Ideas más relevantes .....	49
3.3. Proyecto internacional .....	50
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	55
<b>5. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS</b> .....	59
5.1. «Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado» .....	59
5.2. «Knowledge expectations of Orthopaedic Patients» .....	77
5.3. «Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey» .....	95
5.4. «Emotions in orthopaedic patients in the surgical context: An European survey» .....	107
5.5. «Empowering Education of Arthroplasty Patients' Significant Others in Three Southern European Countries» .....	125

<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	149
6.1 La validación de la doble escala: ECHP/RCHP .....	150
6.2 Expectativas de conocimiento y conocimiento recibido en el contexto español .....	151
6.3 Expectativas de conocimiento y conocimiento recibido en el contexto internacional .....	155
6.4 Las emociones en el contexto internacional .....	156
6.5 Rol del cuidador en la educación al paciente en diferentes países del sur de Europa .....	157
<b>7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	161
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	163
<b>9. IMPLICACIONES FUTURAS</b> .....	167
9.1 Recomendaciones para la práctica profesional .....	167
9.2 Recomendaciones para futuras investigaciones .....	167
<b>10. TABLA DE ABREVIATURAS</b> .....	169
<b>11. REFERENCIAS</b> .....	171
<b>12. ANEXOS</b> .....	195
A. Comités de ética .....	195
B. Consentimientos informados y presentación de proyecto .....	205
C. Cuestionarios .....	219
D. Otros .....	267

## RESUMEN

Este estudio de investigación forma parte de un proyecto internacional, con el objetivo de establecer las bases teóricas del empoderamiento y el modelo de una educación empoderadora del paciente (EEP).

El *empowerment* o empoderamiento se refiere, principalmente, a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Cuando una persona se encuentra en un proceso de pérdida de salud, generalmente tiene un desconocimiento del problema de salud y de su gestión. El empoderamiento del paciente es un proceso que integra seis dimensiones de conocimiento: biofisiológica, funcional, social, ética, experiencial y financiera, y su principal premisa es que el paciente debe tener cubiertas todas sus expectativas de información/conocimiento para poder empoderarse.

La educación del paciente por parte del profesional de enfermería es un elemento esencial en el proceso del empoderamiento del paciente. Este rol facilitador ha demostrado ser efectivo en pacientes con patologías crónicas, pero existe un vacío en pacientes con procesos agudos –como son las intervenciones quirúrgicas–.

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa que comporta dolor, fatiga, inflamación y pérdida de la funcionalidad del miembro afectado, a la vez que reduce la calidad de vida del paciente, y es el principal motivo de artroplastia primaria (AP). La AP es una de las cirugías de traumatología más frecuentes con estancias hospitalarias más cortas, durante las cuales los pacientes se podrían beneficiar de una educación que facilitara su empoderamiento, encaminada a promover la salud, prevenir las complicaciones y que se podría implementar durante todo el proceso quirúrgico. La eficacia de esta actividad de información-educación puede ser evaluada en relación con el control de los síntomas, como el dolor, la intervención quirúrgica, la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo del estudio es conocer las características relacionadas con el empoderamiento de los pacientes con OA durante todo el proceso quirúrgico de artroplastia total de cadera y rodilla. Los pacientes sometidos a dichas cirugías son los que pueden beneficiarse de esfuerzos de educación del paciente y, por lo tanto, de mejora de la situación de la salud del paciente a corto y largo plazo.

## **Metodología**

Diseño descriptivo-comparativo de seguimiento de tres medidas. La primera recogida de la muestra de los pacientes y cuidadores familiares se realiza antes de la intervención quirúrgica y del ingreso hospitalario; la segunda, justo antes del alta hospitalaria, al finalizar el tratamiento quirúrgico y a los 6-7 meses después del alta. Además, se pasó un cuestionario a las enfermeras de las unidades de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatológica después del alta hospitalaria de los pacientes.

El proceso de recogida se llevó a cabo, durante los años 2009-2012, en cinco hospitales públicos de Barcelona. Los instrumentos de recogida de datos para este estudio contienen: expectativas y conocimiento recibidos de los pacientes y los cuidadores, los síntomas y sus sentimientos más frecuentes, el acceso a la información, la satisfacción del trato recibido, la calidad de vida, la escala del dolor y su recuperación quirúrgica, entre otros.

## **Resultados**

Los resultados del estudio indican que tanto los pacientes sometidos a cirugía de artroplastia total de rodilla y cadera como sus cuidadores consideran que el conocimiento recibido durante la hospitalización no cumple con sus expectativas de conocimiento. Cuando las expectativas y los conocimientos están al mismo nivel, los pacientes están empoderados.

## **Conclusión**

La educación del paciente debe ser más holística y multidimensional sin perder de vista la importancia de una educación individualizada que ayuda a los pacientes en la toma de decisiones sobre su propia salud, incluyendo a la familia en todo el proceso. Se recomienda incorporar una intervención educativa durante todo el proceso perioperatorio, no solo durante la hospitalización, ya que este puede ser un período de estrés en el que no es propicio el aprendizaje del paciente. Antes de la cirugía, de forma ambulatoria, y el refuerzo de la información cuando los pacientes están en su domicilio podría mejorar la capacidad de los pacientes para comprender, aprender, integrar y retener la información.

## RESUM

Aquest estudi d'investigació forma part d'un projecte internacional amb l'objectiu d'establir les bases teòriques de l'empoderament i el model d'una educació empoderadora del pacient.

L'*empowerment* o empoderament es refereix, principalment, a la capacitat de l'individu de prendre decisions i exercir el control sobre la seva vida personal. Quan una persona es troba en un procés de pèrdua de salut, generalment té un desconeixement del problema de salut i de la seva gestió. L'empoderament del pacient és un procés que integra sis dimensions del coneixement: biofisiològica, funcional, social, ètica, experiencial i financera, i la seva principal premissa és que el pacient ha de tenir cobertes totes les seves expectatives d'informació / coneixement per poder empoderar-se.

L'educació del pacient per part del professional d'infermeria és un element essencial en el procés de l'empoderament del pacient. Aquest paper facilitador, ha demostrat ser efectiu en pacients amb patologies cròniques, però hi ha un buit en pacients amb processos aguts — com són les intervencions quirúrgiques.

L'osteoartritis (OA) és una malaltia degenerativa que comporta dolor, fatiga, inflamació i pèrdua de la funcionalitat del membre afectat, alhora que redueix la qualitat de vida del pacient i és el principal motiu d'artroplàstia primària (AP). L'AP és una de les cirurgies de traumatologia més freqüents amb estades hospitalàries més curtes, durant les quals els pacients es podrien beneficiar d'una educació que facilités el seu empoderament, encaminada a promoure la salut, prevenir les complicacions i que es podria implementar durant tot el procés quirúrgic. L'eficàcia d'aquesta activitat d'informació-educació pot ser avaluada en relació amb el control dels símptomes com el dolor, la intervenció quirúrgica, la satisfacció i la qualitat de vida dels pacients.

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer les característiques relacionades amb l'empoderament dels pacients amb OA durant tot el procés quirúrgic d'artroplàstia total de maluc i genoll. Els pacients sotmesos a aquestes cirurgies són els que poden beneficiar-se d'esforços d'educació del pacient i, per tant, de millora de la situació de salut del pacient a curt i llarg termini.

## **Metodologia**

Disseny descriptiu comparatiu de seguiment de tres mesures. La primera recollida de la mostra dels pacients i cuidadors familiars es realitza abans de la intervenció quirúrgica i de l'ingrés hospitalari; la segona, just abans de l'alta hospitalària, en finalitzar el tractament quirúrgic i als 6-7 mesos de l'alta. A més a més, es va passar un qüestionari a les infermeres de les unitats d'hospitalització de cirurgia ortopèdica i traumatològica en finalitzar l'alta hospitalària dels pacients.

El procés de recollida de la mostra es porta a terme, durant els anys 2009-2012, en cinc hospitals públics de Barcelona. Els instruments de recollida de dades per a aquest estudi contenen: expectatives i coneixement rebuts dels pacients i els cuidadors, els símptomes i els seus sentiments més freqüents, l'accés a la informació, la satisfacció del tracte rebut, la qualitat de vida, l'escala del dolor i la seva recuperació quirúrgica, entre altres.

## **Resultats**

Els resultats de l'estudi indiquen que, tant els pacients sotmesos a cirurgia d'artroplàstia total de genoll i maluc com els seus cuidadors, consideren que el coneixement rebut durant l'hospitalització no compleix les seves expectatives de coneixement. Quan les expectatives i els coneixements es troben al mateix nivell, els pacients s'empoderen.

## **Conclusió**

L'educació del pacient ha de ser més holística i multidimensional, sense perdre de vista la importància d'una educació individualitzada que ajudi els pacients a prendre decisions sobre la seva pròpia salut, incloent la família en tot el procés. Es recomana incorporar una intervenció educativa al llarg de tot el procés perioperatori, no només durant l'hospitalització, ja que aquest pot ser un període d'estrès en el qual no és propici l'aprenentatge del pacient. Abans de la cirurgia, de forma ambulatoria, i el reforç de la informació quan els pacients es troben en el seu domicili podria millorar la capacitat dels pacients de comprendre, aprendre, integrar i retenir la informació.

## **ABSTRACT**

This study is a part of an international project, with the aim of establishing the theoretical bases of empowerment and the model of an Empowering Patient Education (EPE).

Empowerment refers primarily to the individual's ability to make decisions and exercise control over his own life. When a person is in a process of loss of health, usually has a lack of knowledge of the health problem and its management. The empowerment of the patient is a process that integrates six dimensions of knowledge: bio physiological, functional, social, ethical, experiential and financial, and its assumed that the more patients' expectations of knowledge are met with the received knowledge, the more possibilities there are for empowerment.

Nursing education by the nursing professional is an essential element in the process of patient empowerment. This facilitating role has been shown to be effective in patients with chronic pathologies, such as diabetes, but there is a gap in patients with acute processes such as surgical interventions.

Osteoarthritis (OA) is a degenerative disease that causes pain, fatigue, inflammation and loss of function of the affected limb, while reducing the patient's quality of life, and is the main motif of Primary Arthroplasty (PA). PA is one of the most frequent orthopaedic surgeries with shorter hospital stays, where patients could benefit from an education that facilitates their empowerment, aimed at promoting health, preventing complications and can be implemented throughout the surgical process. The effectiveness of this information-education activity can be evaluated in relation to the control of symptoms such as pain, surgical intervention, satisfaction and quality of life of the Patients.

The aim of this study is to know the characteristics related to the empowerment of patients with OA during the entire surgical process of Total Hip and Knee Arthroplasty. Patients undergoing such surgeries are those who can benefit from patient education efforts and, therefore, improve the patient's health situation in the short and long term.

### **Methodology**

A comparative descriptive tracking design of three measures. The first collection of the sample of patients and family caregivers is performed before surgery and hospital admission, the second, just before hospital discharge, at the end of the surgical treatment, and at

follow-up, 6-7 months after discharge. In Addition, a questionnaire was passed to the nurses of the hospitalization wards of orthopaedic surgery at the end of the patients' discharge.

The data collection was carried on during the 2009-20012, in five public hospitals in Barcelona. The instruments of data collection for this study contain: expectations and knowledge received from patients and caregivers, their most frequent symptoms and feelings, access to information, satisfaction of treatment received, quality of life, Pain and surgical recovery, among others.

## Results

The results of the study indicate that both patients undergoing knee and hip total arthroplasty surgery and their caregivers consider that the knowledge received during hospitalization does not meet their expectations of knowledge. When expectations and knowledge are at the same level, patients are empowered.

## Conclusion

Education must be more holistic and multidimensional without losing sight of the importance of an individualized education that helps patients make decisions about their own health, including the family throughout the process. It is recommended to incorporate an educational intervention throughout the perioperative process, not only during hospitalization, since this can be a period of stress in which patient learning is not conducive. Prior to surgery, on an outpatient basis, and reinforcing information when patients are at home, it could improve patients' ability to understand, learn, integrate, and retain information.







# 1. INTRODUCCIÓN GENERAL

## 1.1. Concepto e impacto de la osteoartritis

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa articular y es la forma más común de artritis. Se caracteriza por el desgaste crónico del cartílago de las articulaciones. El cartílago es un tejido resbaladizo que recubre los extremos de los huesos en una articulación y permite que estos se deslicen suavemente el uno contra el otro. También amortigua los golpes que se producen con el movimiento físico. Con la OA, la capa superior del cartílago se rompe y se desgasta. Como consecuencia, los huesos que antes estaban cubiertos por el cartílago empiezan a rozarse uno contra otro, con lo que la articulación pierde su aspecto normal. Esta fricción causa dolor, inflamación y pérdida de movimiento en la articulación. Con el paso del tiempo, la OA empeora gradualmente y acaba en un proceso quirúrgico. Los signos y síntomas que puede presentar el paciente son: rigidez en una articulación al levantarse de la cama o después de estar sentado por mucho tiempo, o después de un periodo de inactividad, hinchazón, sensibilidad al tacto en una o más articulaciones cuando se aplica una leve presión sobre la misma, dolor en la articulación después o durante el movimiento, pérdida de la flexibilidad por falta de rango de movimiento en la articulación, crepitación (sentir una sensación de roce al utilizar la articulación) y aparición de espolones óseos.

Gráfico 1. Osteoartritis de rodilla

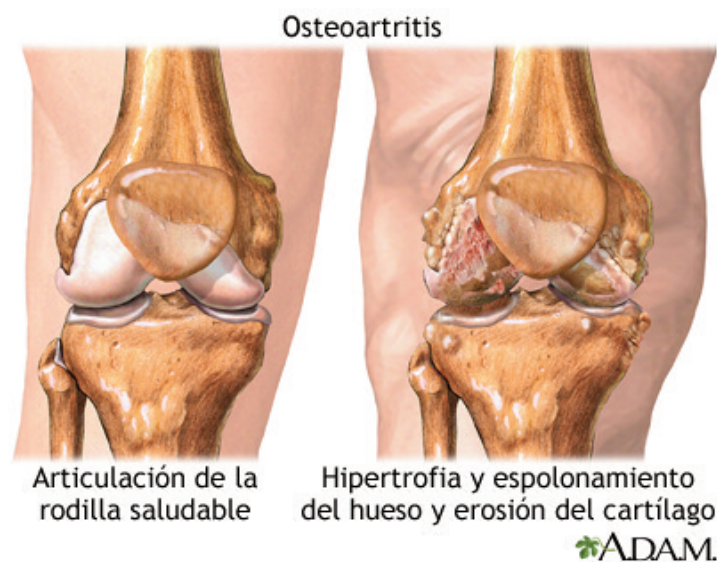
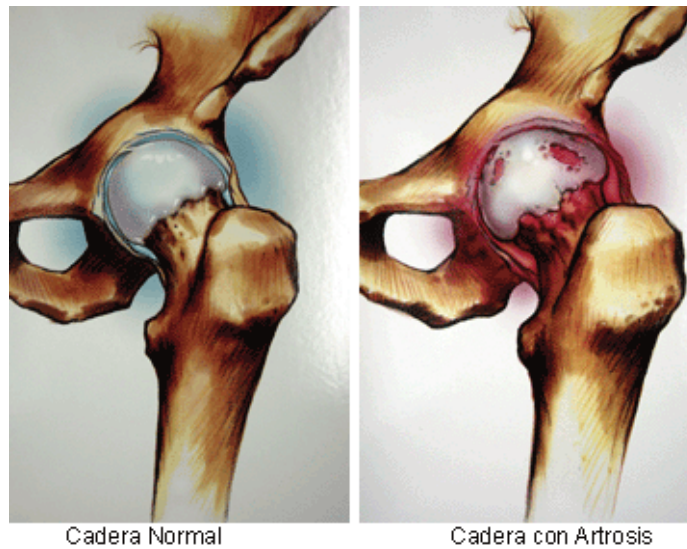


Gráfico 2. Osteoartritis de cadera



La OA puede surgir en cualquier articulación, pero la rodilla y la cadera se encuentran entre las articulaciones más frecuentemente afectadas debido a que están expuestas a sobrecarga articular y traumas, y son de las más invalidantes, responsables de discapacidad del paciente para las actividades básicas de la vida diaria como caminar, subir y bajar escaleras, y realizar tareas domésticas.<sup>1</sup>

Por lo general, la osteoartritis aparece gradualmente y está relacionada con el envejecimiento de la persona. Pero hay factores que aumentan el riesgo de la aparición de OA, tales como: edad avanzada, factores genéticos, factores nutricionales, deformidades óseas, lesiones en las articulaciones, obesidad, estilo de vida sedentario, menopausia, ciertos trabajos o deportes (que causan estrés repetitivo y fatiga a la articulación) y otras enfermedades (diabetes, hipotiroidismo, enfermedad de Paget).<sup>2</sup>

Actualmente no hay cura para la OA, ni tratamientos probados que lentifiquen la progresión de la enfermedad; por eso, la finalidad de los tratamientos administrados es paliar el dolor de la articulación y la discapacidad física que produce en el paciente.

Las guías internacionales actuales para el tratamiento de la OA de rodilla y cadera recomiendan tratamientos conservadores, como el ejercicio físico moderado,<sup>3,4</sup> la rehabilitación

física con fisioterapia<sup>5, 6, 7</sup> y, a medida que progresa la enfermedad, se prescriben tratamientos farmacológicos hasta llegar al máximo del umbral del dolor, momento en que la solución, en última instancia, es la alternativa quirúrgica, con cirugía de reemplazo o artroplastia total de rodilla (ATR) y de cadera (ATC).<sup>8, 9</sup>

### ***1.1.1. La prevalencia de la Osteoartritis***

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos,<sup>10</sup> la esperanza de vida en España ha aumentado más rápido que en muchos otros países de la Unión Europea (83,2 años), con el consiguiente crecimiento de enfermedades crónicas, tales como la osteoartritis (OA). Pese a su gran impacto socioeconómico, es difícil conocer su prevalencia exacta, por la diversidad de criterios diagnósticos y por la falta de registros.<sup>11, 12, 13</sup> Ya en el año 1981, The American Rheumatism Association (ARA) estudió y estableció los criterios clínicos para la clasificación de la OA.

La OA es una de las principales causas de discapacidad de la población adulta y genera elevados costes, afectando especialmente a su movilidad y calidad de vida,<sup>14</sup> y a la utilización de servicios.<sup>15</sup> La padece al menos un 15 % de la población mundial por encima de los 60 años de edad. Se calcula que 242 millones de personas en el mundo padecen artrosis, y que esta enfermedad genera un importante impacto en la salud y en la capacidad funcional de la persona que la padece. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las diez enfermedades que más discapacidades causan en el mundo, siendo la OA de rodilla clínicamente más significativa en mujeres mayores de 80 años (53 %), mientras que los hombres tienen una prevalencia mayor en artrosis de cadera, especialmente antes de los 50 años.

Existen pocos estudios a escala nacional en relación con la OA, a pesar de su reconocido impacto socioeconómico.<sup>16, 17</sup> En su momento, gracias al estudio EPISER<sup>18</sup> —llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología (SER)—, sabemos que la prevalencia de la OA en la población adulta era del 21 % y que la articulación más afectada era la rodilla, presente en un 10,2 % de la población mayor de 20 años, obteniendo el máximo porcentaje entre la población de 70 a 79 años (33,7 %). Junto con otros estudios, se confirma el gran impacto de esta enfermedad en nuestro país,<sup>19</sup> produciendo diferentes grados de discapa-

idad que disminuyen la calidad de vida, ocasionan múltiples visitas médicas e incapacidad laboral, y un elevado coste de medicamentos.<sup>20, 21</sup> Se recomienda valorar el impacto de la artrosis en la población general en términos de calidad de vida, funcionalidad y utilización de recursos asistenciales.<sup>22</sup>

En Cataluña, una encuesta de salud realizada por la Generalitat de Cataluña indica que el 22,7 % de la población mayor de 18 años presentaba OA (14,9 % hombres y 30,3 % mujeres), cifra superior a la de la población española en general.

### ***1.1.2. Artroplastia Total de Rodilla y Cadera***

La artroplastia es, por definición, la extracción de las articulaciones dañadas o enfermas, las cuales están formadas por hueso y cartílago, y su sustitución por articulaciones artificiales realizadas a base de metales –como cromo, cobalto y titanio– y plásticos –polietilenos de alta densidad–. Tiene como principal objetivo la corrección de deformaciones, así como la mitigación de dolores en zonas de importancia vital para la movilidad del cuerpo, como la cadera, la rodilla, el codo, el tobillo, etc.

Gráfico 3. Artroplastia de cadera

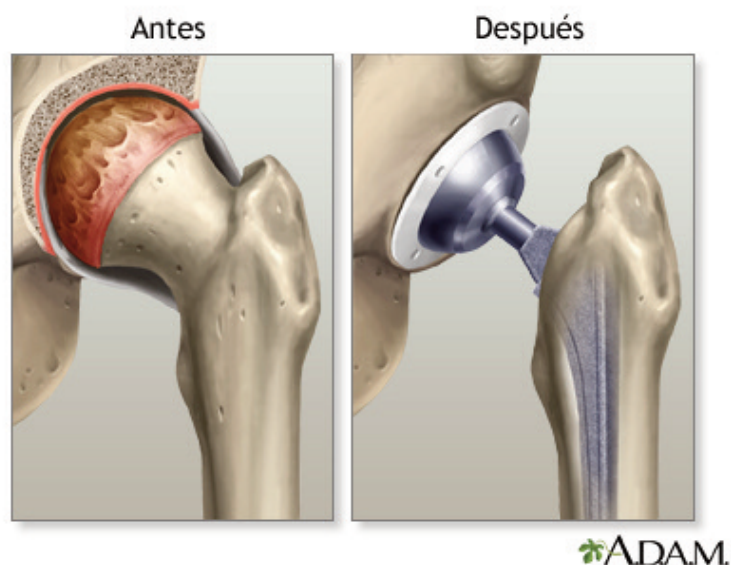
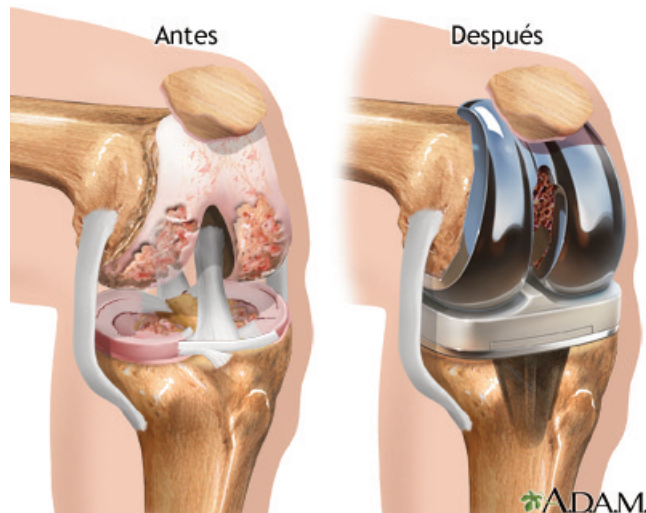


Gráfico 4. Artroplastia de rodilla



Los primeros intentos de artroplastias se realizaron en Europa durante los años 30, y en EE. UU. durante los 60 y 70 del siglo XX. A pesar de ello, hoy en día todavía se trata de una técnica compleja, realizándose estudios exhaustivos sobre cómo mejorar tanto la técnica como las prótesis, obteniendo resultados muy positivos y acordes con los objetivos prefijados. Existen diversos tipos de artroplastia dependiendo de la articulación que se vaya a sustituir, así como en función del deterioro y la situación de la articulación del propio paciente.

#### *Artroplastia de Cadera.*

Existen 3 tipos de artroplastia de cadera diferenciados según se use o no cemento quirúrgico:

- Cementada: los componentes se fijan utilizando metil metacrilato (cemento quirúrgico). Está recomendada a pacientes de avanzada edad que han sufrido una fractura debida a procesos relacionados con la osteoporosis, la artrosis o artritis, etc.<sup>a</sup>
- No cementada: el implante se adhiere directamente al hueso. Esta operación se recomienda a adultos-jóvenes con buena densidad ósea que padecen una fractura o una enfermedad reumática.

---

<sup>a</sup> Ver gráfico 3.

- Híbrida: en este tipo de artroplastia, tan solo se coloca cemento en uno de los dos componentes de la prótesis, generalmente el que va aferrado al fémur. Este procedimiento está dirigido a adultos mayores.

### *Artroplastia de rodilla*

Consiste en cambiar la rodilla enferma por un sistema metálico, sustituyendo las partes dañadas por una parte metálica y mecánica. Las artroplastias de rodilla pueden ser totales o parciales:

- Artroplastia total de rodilla: se sustituye por completo la articulación dañada por una prótesis. Ambas partes de la rodilla artificial irán fijadas a los huesos, al fémur y la tibia respectivamente, siendo utilizado cemento óseo para pegarlos. Esta operación está dirigida a pacientes con artrosis y artritis reumatoide, que impiden una vida normal.<sup>b</sup>
- Artroplastia parcial de rodilla: se sustituye parte de la rodilla dañada. Tras ello, se reemplaza por un implante hecho de plástico y metal, el cual se fija con cemento quirúrgico.

Los procedimientos quirúrgicos de traumatología ortopédica –artroplastia total de cadera (ATC) y artroplastia total de rodilla (ATR)– son de los más frecuentes a escala internacional, y pueden beneficiarse de esfuerzos de mejora a corto y largo plazo.<sup>23, 24, 25</sup> Este proceso empieza con la toma de decisión médica de la necesidad del procedimiento quirúrgico,<sup>26</sup> y continúa con la información-educación preoperatoria, de hospitalización, de alta a domicilio y de recuperación a domicilio (o en otro centro asistencial). Este estudio se centra en el *empowerment* o empoderamiento de los pacientes con OA durante el proceso quirúrgico de ATC y ATR, mediante actividades de información-educación. Se han escogido estas cirugías ya que influyen de manera notable en las actividades de la vida diaria de los pacientes y de sus familias,<sup>27, 28, 29, 30, 31, 32</sup> y pueden ser apoyadas con información-educación de los pacientes.

---

<sup>b</sup> Ver gráfico 4.



En el sistema nacional de salud, la demanda de tales intervenciones supera ampliamente la oferta, lo que da lugar a largas listas de espera.<sup>33</sup> Estos retrasos pueden contribuir al empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes ya afectados por los efectos negativos de la enfermedad. Las intervenciones educativas pueden ayudar a minimizar el impacto negativo del período en una lista de espera para el tratamiento quirúrgico.

En Cataluña, este tipo de procedimiento quirúrgico es uno de los más frecuentes y que mayores listas de espera generan. Las tasas por 100 000 habitantes se incrementaron entre 1994 y 2000 en ATC, pasando de 4,1 a 6,6 y, entre 1994 y 2005 en ATR, pasando de 2,6 a 15,5.<sup>34</sup> Por el Real Decreto 354/2002, de 12 de abril, se estableció que el término máximo de espera para una cirugía de ATR sería de 6 meses, y en el año 2004, cuando en la ciudad de Barcelona había una lista de espera de 10 337 personas con un tiempo de resolución de 14,53 meses, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya inició un proyecto del CatSalut con el objetivo de reducir estas cifras. Con este objetivo, en los tres grandes hospitales (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Hospital Clínic de Barcelona y Hospital de l'Esperança) se pusieron en marcha las unidades funcionales (UU. FF.) para poder gestionar las listas de espera de estas cirugías. Para asegurar el buen funcionamiento de estas unidades, se unificaron los criterios clínicos de los procesos a realizar. A parte de los cambios organizativos, se implantaron nuevas trayectorias clínicas para estandarizar estos procesos en pacientes quirúrgicos. En 2005, se unieron las intervenciones de ATC en las UU. FF., siendo su lista de espera de 2 733 personas, con un tiempo de resolución de 4,58 meses.<sup>36</sup> Gracias a todas estas acciones, las listas de espera disminuyeron considerablemente. Estas cifras y otros datos referentes a la gestión han sido tratadas y estudiadas por entidades públicas y profesionales sanitarios,<sup>37, 38</sup> dando resultados importantes como la reducción de la estancia media de ingreso hospitalario, que se ha visto reducida a la mitad –de 18 a 9 días–, sin aumentar las complicaciones funcionales o directas de la intervención quirúrgica, ni los reingresos hospitalarios.

En Cataluña, a finales del 2014 se diseñó un nuevo modelo de gestión de las listas de espera que entró en vigor en abril de 2015. El modelo introduce criterios de equidad y gestión clínica de la complejidad, incorpora sistemas de priorización clínica y social en manos de los profesionales, potencia la cirugía mayor ambulatoria, reduce la variabilidad territorial, y promueve la coordinación y la mejora de la información a los pacientes. Así, se han ade-

cuado y ampliado los procedimientos con tiempos de garantía, se han introducido términos de referencia, y se han priorizado los procesos con más gravedad o complejidad (procedimientos oncológicos y cirugía cardíaca), y también los de mayor volumen de pacientes que causan más discapacidad (cataratas, prótesis de cadera y de rodilla) de manera que, a finales de 2015, se destacan los resultados expuestos en la tabla siguiente.

**Tabla 1**

Grupos relacionados por diagnóstico (GRD)		
Porcentaje de contactos*		
Quirúrgico	Procedimientos del cristalino	7,9
Médico	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,9
Médico	Parto vaginal	4,5
Médico	Insuficiencia cardíaca	3,0
Quirúrgico	Procedimientos sobre hernias	2,7
Médico	Infección riñón/vías urinarias	2,0
Médico	Bronquitis/asma	1,9
Médico	Esofagitis, gastroenteritis, miscelánea aparato digestivo	1,9
Quirúrgico	Procedimientos de re inserción articular/miembro mayor EEII (excluye cadera)	1,6
Médico	Trastornos cerebrovasculares, excepto isquemia transitoria	1,6
Quirúrgico	Colcistectomía	1,4
Quirúrgico	Cesárea	1,3
Quirúrgico	Procedimiento sobre útero y anexos, no por malignidad	1,1
Quirúrgico	Ligadura y desgarramiento de venas	1,1
Quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos extraoculares excepto órbita	1,1
Quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos del pie	1,1
Quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos mayores pulgar/articulación o mano/muñeca	1,1
Quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos intraoculares excluyendo retina/iris/cristalino	1,1
Quirúrgico	Procedimientos anales y de estomas	1,0
Quirúrgico	Reemplazamiento de cadera	1,0
Quirúrgico	Excisión local / extracción de dispositivo implantado en el hueso EEII	0,9
Médico	Neumonía simple/pleuritis	0,9
Quirúrgico	Liberación del túnel carpiano	0,8
Quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos de rodilla sin diagnóstico de infección	0,8
Quirúrgico	Injerto/desbridamiento excluyendo úlcera/celulitis	0,7

\* Contacto: cada vez que un enfermo accede a un hospital general de agudos para recibir cualquier tipo de asistencia.

Fuente: Institut Català de la Salut.<sup>39</sup>

El total de pacientes en lista de espera quirúrgica en diciembre de 2015 era de 31 018 pacientes, de los cuales 7 741 eran de ATR y 2 207 de ATC. La estancia media de hospitalización ha sido de 4,5 días, bajando ligeramente respecto al año 2014 (4,6 días). Han disminuido en un 6,9 % los pacientes pendientes de intervenir de ATC, y los pacientes en lista de espera para ATR han aumentado un 6,5 % –son los que han tenido que esperar más.

**Tabla 2**

Lista de espera quirúrgica, 2014 y 2015

Procedimientos garantizados	Lista de espera (pacientes)		Actividad (intervenciones)		Tiempo de espera de pacientes pendientes de intervención*		Tiempo de espera de pacientes intervenidos*	
	Dic 14	Dic 15	Dic 14	Dic 15	Dic 14	Dic 15	Dic 14	Dic 15
Prótesis de cadera	2.370	2.207	7.988	5.010	117	111	211	167
Prótesis de rodilla	7.271	7.741	9.767	9.418	164	186	289	251

\* Datos expresados en días.

Fuente: Institut Català de la Salut.<sup>39</sup>

### ***1.1.3. Atención sanitaria al paciente con osteoartritis***

Actualmente, las líneas de investigación sobre la OA en nuestro país van encaminadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La mayoría de los estudios publicados hacen referencia al control del dolor, al impacto de la analgesia<sup>40</sup> para un mayor abordaje de los síntomas y a la efectividad de nuevos fármacos para la OA.<sup>41, 42, 43</sup> El control del dolor es un tema en vigor donde también se investigan tratamientos no farmacológicos,<sup>44</sup> tales como la iontoforesis<sup>45</sup> o terapias celulares.<sup>46</sup> Los programas de rehabilitación<sup>47</sup> y otras terapias complementarias como fisioterapia acuática<sup>48</sup> también han reportado mejoras en el control del dolor y la calidad de vida de nuestra población a corto plazo, pero todavía falta evidencia de la aplicación de programas realmente efectivos. El tratamiento final y más efectivo es la cirugía de remplazo de la articulación. De hecho, en este campo también se está estudiando cómo mejorar las técnicas<sup>49</sup> y asegurar la viabilidad de los materiales con las mínimas complicaciones posibles.<sup>50</sup>



## 2. JUSTIFICACIÓN

### 2.1. Concepto de «empoderamiento»

El concepto de empoderamiento, con origen en la psicología comunitaria, se utiliza en una amplia gama de contextos.<sup>51, 52</sup>

Aparecido en las últimas décadas del pasado siglo, el nuevo concepto articuló movimientos de liberación de gran importancia, deviniendo fundamental para entender procesos revolucionarios surgidos a lo largo y ancho del planeta –desde América Latina hasta Asia y África pasando, evidentemente, por los distintos movimientos igualitarios, feministas y en defensa de los derechos civiles en los EE. UU–. La toma de conciencia, por parte de personas y colectivos desfavorecidos, de su propia situación de opresión se entendió como uno de los principios más fundamentales y posibilitadores de un desarrollo humano más justo e igualitario, y un instrumento de enorme validez para favorecer la detección de las causas de esa opresión y la construcción de un nuevo discurso plenamente emancipador. El empoderamiento fue, pues, la clave para erigir una nueva estrategia de transformación social:

El enfoque del empoderamiento (empowerment) surge a finales de los ochenta como respuesta a las insuficiencias de los anteriores [políticas «antipobreza» con falta de crítica a la división sexual del trabajo, y un enfoque de eficiencia supuestamente liberador para la mujer pero que obviaba por completo las necesidades de transformación social] y puede resumirse en aumentar el reparto y el acceso de las mujeres al poder, con especial énfasis en la mejora de su posición social y aumento de la autoestima como persona. Mediante el mismo se pretende fomentar una mayor autonomía física (sexual/fertilidad), económica (acceso y control de los medios de producción), política (autodeterminación y participación en el poder) y sociocultural (identidad propia y autorrespeto) de las mujeres.<sup>53</sup>

Paulo Freire,<sup>54</sup> pedagogo, creía en la educación como instrumento fundamental de liberación y desarrolló una metodología para promover la concienciación crítica en personas desfavorecidas de Brasil, con el fin de transformar su situación. Freire proponía el diálogo como herramienta básica para identificar y reflexionar sobre la raíz de estos problemas, y para poner en marcha estrategias de cambio y transformación social. Este diálogo solo es

posible cuando las diferentes partes que concursan en él están en una posición simétrica, dispuestas a cuestionar las relaciones de poder y a aprender conjuntamente.

El empoderamiento puede ser visto como un proceso y como un resultado.<sup>55, 56</sup> Como proceso, hace que el individuo modifique su manera de actuar y pensar más saludables y, como resultado, logra que el individuo alcance un grado de poder sobre su proceso de salud a lo largo de la vida que le permite autocontrol y autonomía.<sup>57, 58, 59</sup> Para otros autores, la finalidad última es alcanzar la autogestión,<sup>59, 60, 61, 62, 63</sup> la autoeficacia<sup>58, 60</sup> y el autocuidado,<sup>62</sup> tomar el control de la situación,<sup>56, 58, 60, 64, 65</sup> participar en la toma de decisiones,<sup>61, 64, 67, 68</sup> y alcanzar una posición de poder en su relación con los profesionales.<sup>69</sup>

## **2.2. Concepto de «empoderamiento para la salud»**

En el contexto de ciencias de la salud, es ampliamente conocido, sobre todo en los últimos años, y se ha adoptado también en el cuidado de la salud y su relación con los profesionales.<sup>29, 56, 66, 70, 71, 72</sup> Tiene sus raíces en la teoría social crítica, la teoría de la organización y la teoría psicológica. En este proyecto, el trasfondo del concepto radica principalmente en las teorías sociopsicológicas y en la teoría del aprendizaje constructivo. Para estos propósitos, el énfasis está en la naturaleza individual del empoderamiento, reconocido como un constructo positivo, contextualmente definido, dinámico y multidimensional.<sup>57, 73, 74</sup> La revisión de la literatura sobre el término «empoderamiento» indica que es un concepto ampliamente utilizado y con un gran impacto en la asistencia sanitaria, con múltiples intentos de diseñar estrategias de empoderamiento dentro de los programas de educación, así como de hacer operativo el concepto y desarrollar instrumentos que permitan medirlo en todas sus dimensiones.<sup>69, 75, 76, 77</sup> La OMS define el empoderamiento como un «[...] proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud».<sup>78</sup> Para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a información y recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan a su salud y su bienestar.

El empoderamiento implica un cambio de paradigma en la asistencia; el reto consiste en cómo se incorpora a la práctica asistencial. Conocer las estrategias que aumenten la in-

formación de los pacientes para fomentar el empoderamiento es el objetivo final para que los pacientes adopten cambios de conducta.

En primer lugar, el empoderamiento se adoptó como elemento vertebrador de la promoción de la salud, favoreciendo el desarrollo personal y social en la medida en que aporta recursos para tomar decisiones informadas y mejorar actitudes indispensables para la vida. En este contexto, deviene un elemento de suma importancia para garantizar un nivel adecuado de calidad de vida y de cuidado de la propia salud, tal como se recoge en la Carta de Ottawa, de 1986.<sup>79</sup> Posteriormente se utilizó como una forma de aumentar la autonomía y la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Finalmente, y con el incremento de las patologías crónicas, es la estrategia utilizada para que los pacientes participen y asuman la responsabilidad de su cuidado, con el fin de mejorar los resultados de salud y, secundariamente, de controlar los costes sanitarios.<sup>57</sup>

La educación del paciente se considera una de las bases de las competencias enfermeras, describiéndose como un conjunto de actividades planificadas para conseguir un cambio en el conocimiento, los comportamientos y las actitudes relacionadas con la salud del paciente.<sup>80, 81</sup> El objetivo final de esta educación debería ser ayudar al paciente en su empoderamiento. El empoderamiento ha sido definido como un proceso en el que los individuos ganan maestría y control sobre sus vidas.<sup>82, 83</sup> En el ámbito de la salud, se habla de Empowering Patient Education (EPE) para referir la educación encaminada a incentivar que los pacientes tomen el control de su propio proceso de salud.<sup>84</sup> El proceso de empoderamiento varía según la persona, el contexto y el tiempo;<sup>85</sup> por tanto, antes de planificar cualquier estrategia educativa sanitaria, necesitamos conocer a nuestros pacientes y su situación.<sup>86</sup> Información no es sinónimo de conocimiento. El paciente ha de recibir la información adecuada en el momento y el contexto adecuados para que se genere nuevo conocimiento.<sup>87, 88</sup> Este hecho es el que confirma que una educación sanitaria encaminada a dar apoyo al proceso de empoderamiento del paciente no puede darse de manera estandarizada si no que debe personalizarse. No es posible mejorar la educación del paciente con programas estándar basados desde el punto de vista de los profesionales. No siempre pueden corresponder con los requisitos de conocimiento de los pacientes.<sup>89</sup> Debe proporcionarse información específica de acuerdo con sus necesidades de aprendizaje de conocimiento.<sup>90</sup>

<sup>91, 92, 93, 94, 95</sup> Las expectativas se definen como cogniciones acerca de las experiencias futuras<sup>96</sup> que a menudo existen antes de recopilar información sustancial. Y actitudes que, a su vez, influyen en las expectativas posteriores.<sup>97</sup> Algunos estudios sugirieron que los pacientes tienen sus propias expectativas sobre su propia educación en salud.<sup>98</sup> Se asume que, cuando se cumplen las expectativas de conocimiento del paciente con la información proporcionada, se genera conocimiento nuevo<sup>99</sup> —el cual posibilita el proceso de toma de decisiones del paciente—. <sup>90, 92, 100</sup> Mediante la información-educación para la salud, ayudamos a que el paciente tome el control de su situación, que la autocontrole —entendiendo «autocontrol» como un concepto que hace referencia al control de los propios impulsos y reacciones, y que supone una serie de técnicas de relajación—. El autocontrol podría definirse como la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntaria, con el objetivo de alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional. Una persona con autocontrol puede manejar sus emociones y regular su comportamiento. El paciente empoderado tiene capacidad de reconocer sus necesidades de aprendizaje y sus expectativas, es capaz de tomar decisiones, solucionar problemas y actuar para mejorar su propia salud,<sup>101</sup> movilizar recursos para reducir la ansiedad y mejorar su calidad de vida. Muchos estudios analizan la información dada a los pacientes y su grado de satisfacción con la misma, pero no es tan común analizar las expectativas de conocimiento y el conocimiento recibido después del alta, cuando los pacientes ya están en su domicilio. Son numerosos los factores que deben ser considerados, después de la cirugía de reemplazo articular, para asegurar una buena recuperación. Es fundamental tener en cuenta las expectativas de conocimiento de los pacientes y medir la percepción de los conocimientos recibidos. El supuesto básico es que, cuanto más coinciden las expectativas con el conocimiento recibido, más empoderado estará el paciente y, por lo tanto, más posibilidad de autogestión se creará.<sup>92</sup>

Este estudio pretende responder a este reto basándose en las siguientes asunciones empíricas y teóricas: a) los pacientes son capaces de conocer su estado de salud y actuar para mejorarlo; b) los conocimientos, las acciones y el autocontrol se pueden mejorar a través de información-educación del paciente; c) la información-educación del paciente es un cuidado de la salud que forma parte de la práctica de la enfermería; y d) el principal resultado de la información-educación del paciente es su empoderamiento.



La base teórica de este proyecto se encuentra en el empoderamiento del paciente y pone énfasis en el poder y la autogestión de la salud del paciente como objetivo de una educación empoderadora. Para ello, en 1998, la OMS<sup>78</sup> ya elaboró un informe sobre la educación del paciente donde aparecía un conjunto de actividades educativas esenciales para la gestión de enfermedades crónicas. Esta tarea educativa se hace cada vez más difícil. Las razones de esta necesidad son multidimensionales:

- a) En primer lugar, todos los pacientes tienen derecho a la información y al conocimiento en relación con su problema de salud o tratamiento.<sup>102</sup> La filosofía del empoderamiento implica reconocer el derecho fundamental de las personas a la toma de decisiones para el control de su enfermedad y sobre la atención sanitaria que reciben.<sup>103, 104</sup> Según la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), «los pacientes tienen el derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma». Cualquier actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento previo e informado del enfermo.

Por lo tanto, en la educación del paciente no solo se necesitan destrezas educativas profesionales, sino que los profesionales también deben respetar el derecho de los pacientes a la información y el uso de la misma. Proporcionar información sobre opciones terapéuticas, posibilidades diagnósticas y cambios de estilo de vida a los enfermos de una manera comprensible, y respetando el derecho de los pacientes a involucrarse en las decisiones sobre su atención.

- b) La política de salud, en muchos países, enfatiza el autocuidado, la autogestión y la autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud.<sup>105</sup> Los profesionales de la salud ya no se centran en «educar» a los pacientes, sino que los ayudan a desarrollar habilidades de autocuidado ayudándose del proceso de la gestión centrada en cada paciente.

El autocuidado es un proceso voluntario que emprende la persona en beneficio propio y que implica una responsabilidad individual. El profesional sanitario debe facilitar elementos de motivación que estimulen el cambio en las personas, pasar de una actitud pasiva a una actitud activa en cuanto a cuidar de su salud, lo que implica trabajar para que las personas tomen la iniciativa y actúen buscando el bienestar deseado.<sup>106</sup>

La autogestión en salud es la capacidad de resolver los trastornos de salud más ha-

bituales, sin dependencias de terceros. Sería «el uso de métodos, habilidades y estrategias a través de las cuales los pacientes pueden dirigirse hacia el logro de sus objetivos con autonomía de gestión». Dicho de otra manera, cada uno se hace responsable de su propia salud.

- c) La disponibilidad de la información relacionada con la salud y la accesibilidad a la misma han aumentado debido a las posibilidades de Internet, y los pacientes necesitan ayuda profesional para encontrar la información más fiable.<sup>107</sup> Vivimos en una sociedad compleja, que exige la toma de decisiones también complejas basadas en la información. Así, el acceso, la elección y el manejo de la información adquieren un papel cada vez más determinante en la toma de decisiones sobre la propia salud.

Hoy, tenemos a nuestro alcance más información que nunca para lograr tomar decisiones de manera acorde a nuestras circunstancias, y adquirir estilos de vida saludables, adoptar acciones que nos ayuden a prevenir enfermedades, o involucrarnos activamente en el manejo de las enfermedades que padecemos o que sufren las personas de nuestro entorno.

Sin embargo, el mero acceso a la información, aunque requiere habilidades y motivación, no garantiza su aprovechamiento. Son necesarias habilidades y destrezas, tanto para obtener la información precisa que necesitamos en cada momento como para utilizarla de manera pertinente.

Así, el profesional debe ser capaz de intermediar entre la información y los ciudadanos adaptando, personalizando los contenidos de acuerdo con las características y las necesidades de estos. El ciudadano debe contar con conocimientos y habilidades que le permitan tomar decisiones de manera libre e informada, en cualquier circunstancia de su vida diaria.

- d) Existe un aumento de pacientes de edad avanzada, con múltiples problemas de salud, al igual que está aumentando el número de intervenciones quirúrgicas por OA con estancias hospitalarias cada vez más reducidas y periodos de recuperación más largos en el domicilio del paciente.<sup>108, 109, 110</sup> La duración media de la hospitalización en los países europeos está disminuyendo estos últimos años.<sup>111</sup> El corto tiempo en el hospital limita el tiempo para la educación.<sup>112</sup> Proporcionar a los pacientes toda la infor-

mación necesaria y estar seguros de que la entienden durante su corta hospitalización puede ser difícil.<sup>90, 94, 112, 113, 114</sup> Sin embargo, los conocimientos obtenidos de la educación del paciente son esenciales para su recuperación en el hogar.<sup>115, 116</sup> La calidad de la educación del paciente mejora el nivel de conocimiento de los pacientes sobre las habilidades y actividades postoperatorias, disminuyendo las complicaciones postoperatorias.<sup>117</sup> Demostrado que los pacientes que tienen la percepción de un mayor acceso a la información por parte de los profesionales sanitarios durante la hospitalización reciben un mayor conocimiento.

- e) La competencia de la información-educación del paciente está presente en el currículum de los profesionales de ciencias de la salud.<sup>118, 119, 120, 121</sup>

La educación del paciente implica una atención sanitaria y una intervención de enfermería esenciales para apoyar el empoderamiento, el control y la autogestión de pacientes con enfermedades a largo plazo, como los pacientes con OA. La importancia de la educación de los pacientes se ha identificado también en el plano estratégico, tanto en la Estrategia Europea para la Salud Mundial,<sup>119</sup> como en las estrategias de diferentes países –por ejemplo, en la estrategia nacional finlandesa de atención de enfermería–.<sup>122</sup> En el Reino Unido, varias iniciativas clave en materia de políticas de salud han puesto gran énfasis en la autogestión de los pacientes y su participación en la toma de decisiones, especialmente en lo que se refiere a las condiciones crónicas o de larga duración. Del mismo modo, en los EE. UU., la calidad de la educación centrada en el paciente para favorecer el empoderamiento se encuentra ya bajo supervisión jurídica para los profesionales de la salud.<sup>123, 124</sup>

El tiempo de los profesionales para impartir educación al paciente es limitado; por ello, ahora más que nunca existe la necesidad de innovar en métodos para la educación del paciente que sean efectivos, centrados en el paciente y cubriendo las necesidades de aprendizaje de los pacientes quirúrgicos en todo su proceso.<sup>125, 126, 127, 128</sup> Por esta razón, no es posible mejorar los resultados de salud de los pacientes solo con programas basados en la información al paciente, sino que también se debe tener en cuenta la educación del paciente y la evaluación de sus expectativas de conocimiento.<sup>95</sup> Por eso, en este estudio se utiliza el término «información-educación» en lugar de «información», con el propósito de demostrar que empoderar al paciente no solo incluye proporcionarle información, sino que el paciente

necesita tener un conocimiento básico para cuidar de su salud. Los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información relacionada con su salud, necesaria para tomar decisiones apropiadas. Por ello, deberíamos explicar la información de una manera clara, concisa y concreta, para que los pacientes nos pudieran entender teniendo en cuenta su nivel de alfabetización en salud (*health literacy*). En los últimos años, el concepto de alfabetización en salud y su estudio, han madurado y adquirido mayor relevancia. Un buen punto de partida es adoptar la definición de la OMS de 1998:

Las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.

Según esta definición, la alfabetización en salud supone alcanzar el nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoran la salud personal y de la comunidad, mediante la asunción de responsabilidad en decisiones concretas, y un cambio de los estilos y las condiciones personales de vida.

Actualmente, el concepto de alfabetización en salud, implica saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, juzgarla y utilizarla con eficacia, adaptándola a nuestras circunstancias particulares, para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra propia salud y la de las personas de nuestro entorno. De igual modo –tal como recoge la definición de la OMS–, requiere también motivación e integrar el empoderamiento como paradigma en un nuevo escenario de interrelaciones entre profesionales, servicios sanitarios y ciudadanos.

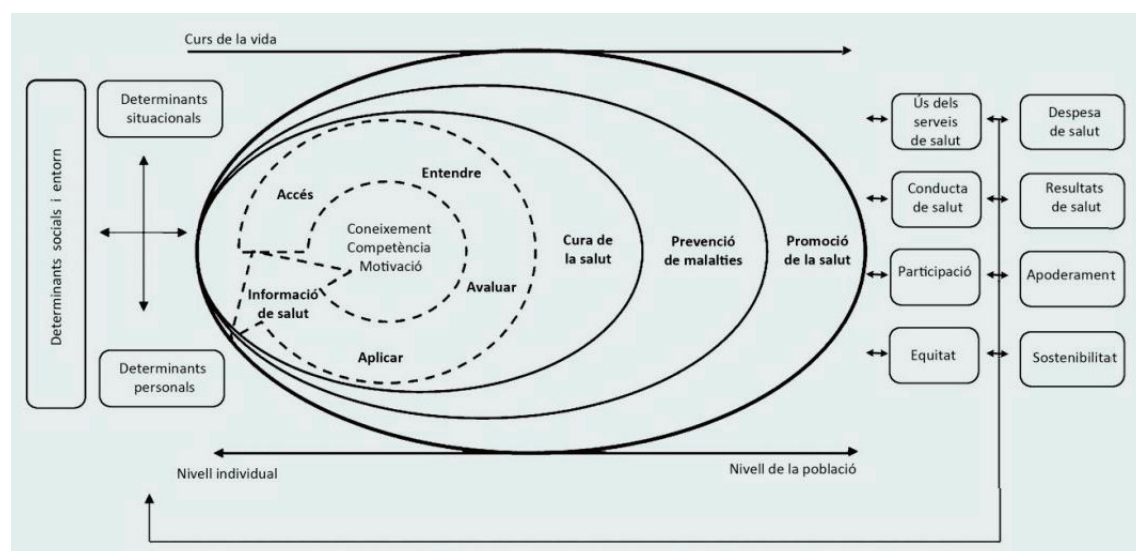
El problema surge cuando los profesionales de la salud dan por supuesta información que para ellos es obvia, pero de la que los pacientes, en cambio, no entienden el significado (por ejemplo, la definición de un término, el significado de una lesión...). A menudo, los pacientes tienen demasiada vergüenza para admitir que no pueden entender algún significado o incluso documentación escrita, entregada como recomendaciones. Sería aconsejable comprobar que los pacientes entienden las instrucciones aportadas por los profesionales. Como afirma la Dra. Puigvert,<sup>129</sup> «los estudios realizados por demuestran que, cuanto más formado está el profesional en esta materia, mejores son los resultados en salud y calidad de vida de las personas a las que atiende».

Así, surge la necesidad cada vez más evidente de considerar que el paso previo a este nuevo paradigma consiste en conseguir que las personas adquieran los conocimientos, las habilidades y las destrezas necesarias para tomar decisiones que promuevan su salud o prevengan la enfermedad.

Se ha evidenciado que la adherencia al tratamiento, la comprensión de la información recibida y la adquisición de habilidades respecto al control y el autocuidado se traducen en una mejora de la calidad de vida, una mejoría clínica y una disminución de las exacerbaciones y las necesidades de hospitalización en pacientes crónicos (una disminución del 8 % de los ingresos hospitalarios en pacientes crónicos), con las repercusiones personales, sociales y económicas que todo esto conlleva.

Solo pueden tomarse decisiones libremente a partir del conocimiento y la adquisición de destrezas. De esta manera, un ciudadano alfabetizado será el verdadero motor de cambio de los sistemas sanitarios: demandará una medicina de calidad, promoverá políticas saludables, utilizará los servicios de manera más eficiente, demandará una atención más ajustada a sus propias necesidades. Como recuerda Puigvert,<sup>130</sup> en el año 2011 la Comisión Europea crea el Proyecto Europeo de Alfabetización para la Salud (HLS-EU), en el que participaron ocho países –entre ellos España–, con la finalidad de investigar, documentar y estudiar la alfabetización para la salud en Europa, y establecer una red europea de alfabetización para la salud.

**Gráfico 5.** Modelo conceptual de alfabetización para la salud en el marco del proyecto europeo HLS-EU<sup>130</sup>



Los grupos con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayores necesidades de cuidados son, por otra parte, los que menos capacidad tienen para leer y comprender la información necesaria para manejar su enfermedad de manera efectiva.

El paciente empoderado es aquel con un mayor conocimiento, una mejor información y una mayor autonomía. Consideraríamos que es el paso siguiente a la alfabetización para la salud, que permite no solo el autocuidado sino también la mejora de la «autogestión» de la salud. La alfabetización es, pues, el estadio necesario e inmediatamente anterior al empoderamiento.

En un entorno en el que las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes se dirigen hacia la toma compartida de decisiones, el ciudadano ha de ser capaz de evaluar los riesgos y los beneficios relativos a cada una de las posibles acciones y, entonces, asumir la responsabilidad de tomar decisiones personales libremente y que estén basadas en la información.

Las personas solo podemos afrontar los problemas cuando disponemos de información adaptada a la realidad; esta nos proporciona la capacidad de reflexionar, tomar conciencia y transformar algunos de los aspectos que influyen en nuestra salud, con el objetivo de incrementarla y mejorarla. Este proceso interno de capacitación es conocido con el nombre de empoderamiento.

El empoderamiento del paciente está ganando una mayor importancia internacional en la asistencia sanitaria.<sup>131</sup> Como una especie de reflejo en positivo del cambio acaecido en la cultura occidental, con su viraje hacia un aumento sostenido del consumismo y el individualismo, la cultura en el cuidado de la salud se aleja lentamente de una ética del paternalismo hacia una capacitación de los pacientes para la toma de decisiones sobre su salud. Esto se demuestra por el interés en el desarrollo y la implementación de enfoques más equitativos y colaborativos en la relación de salud, incluyendo la toma compartida de decisiones.<sup>132, 133, 134, 135</sup>

Los profesionales sanitarios deben adaptarse a los cambios sociosanitarios. Por ello, la relación profesional entre sanitario y paciente debe darse en condiciones de igualdad, como

dice Freire.<sup>57</sup> El paciente debe ser conocedor de su estado de salud,<sup>60</sup> y los profesionales deben procurarle toda esta información y conocer las expectativas de los pacientes para cubrir todas sus necesidades de conocimiento, facilitando así su empoderamiento.<sup>136, 137, 138</sup>

Una relación efectiva es el producto de una interacción en la que las recomendaciones de los profesionales se ajustan a las características del enfermo, por el conocimiento que tiene de sus necesidades de aprendizaje y vivencias personales, y de su contexto social, cultural y económico. De este modo, se maximiza la capacidad del enfermo de tomar decisiones en función de la información y el acompañamiento que recibe.<sup>139</sup>

Una atención sanitaria centrada en la participación activa del paciente como elemento clave en el proceso de toma compartida de decisiones: el profesional sanitario debe comprender los objetivos del paciente, y respetar sus valores y preferencias; y el paciente debe conocer y valorar las opciones, los riesgos y los beneficios que puede tener. De esta forma, se logra un rol más activo y participativo por parte de los pacientes, que favorece el autocuidado y mejora los resultados en salud.

Por otro lado, hay que tener en cuenta también que los profesionales deben estar capacitados para llevar a cabo esta misión, y por eso ya hay iniciativas que trabajan para implantar esta filosofía.<sup>140, 141, 142</sup>

Estudios recientes en la literatura científica relacionados con los cuidados de enfermería han reportado beneficios de esta educación en diferentes grupos de pacientes. Los pacientes con enfermedades crónicas han sido los principales objetos de estudio en relación con la educación empoderadora del paciente (EEP).

En Suecia, se han realizado diferentes estudios comparando la metodología educativa habitual con una metodología encaminada a la capacitación del paciente. Un estudio aleatorizado en un grupo de adolescentes con diabetes mellitus tipo I, que presentaban problemas con la adherencia al tratamiento,<sup>143</sup> mostró una mejora en el control de las glicemias a los seis meses de recibir el programa que facilitaba el empoderamiento, al contrario que en el grupo-control. En el mismo país, se comparó la efectividad de un programa en grupo basado en la educación empoderadora.<sup>144, 145</sup> Después de un año de seguimiento, se vio que



el grupo de intervención había aumentado el nivel de conocimientos sobre la diabetes mucho más que el grupo-control, y que sus integrantes tenían más facilidad para hablar de la enfermedad y hacer preguntas o resolver para mejorar su autocontrol. Otros estudios holandeses y croatas reportan que el control en las glicemias, en un primer momento, mejoran con la educación habitual pero los pacientes que han recibido un programa empoderador a largo plazo presentan más autocontrol sobre su enfermedad crónica. Concluyen que se es más efectiva la capacitación que el resolver sus problemas.<sup>146, 147</sup>

Otro aspecto muy importante para que el paciente se empodere es el apoyo social. Un estudio llevado a cabo en Brasil con pacientes diabéticos reportó que el aspecto que más influencia en la autogestión y la toma de decisiones sobre la salud en estos pacientes es el apoyo de la familia o de amigos íntimos.<sup>148</sup>

En Canadá, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de mejorar la actitud activa de pacientes diagnosticados de cáncer de próstata.<sup>149</sup> Este estudio aleatorizado reporta que los pacientes que reciben una intervención individualizada para mejorar la autoeficacia de la información recibida asumen un papel más activo en la toma de decisiones, y muestran niveles de ansiedad inferiores a los de los pacientes que solo reciben información escrita. En Hong Kong,<sup>150</sup> un grupo de enfermeras realizó un estudio cualitativo con pacientes oncológicos buscando un cambio de actitud en ellos utilizando el trato colaborativo y de igualdad, y teniendo en cuenta los valores personales para la conceptualización del cáncer. Estos pacientes lograron una participación activa en su proceso, tomaron conciencia de su situación, adquirieron un nivel mayor de autosuficiencia y experimentaron una mejora de sus relaciones sociales.

La educación empoderadora también ha logrado grandes beneficios en los pacientes con esquizofrenia grave y persistente. Un estudio alemán utilizó las premisas del empoderamiento para conseguir el enfrentamiento de la enfermedad y la autogestión de la misma, mejorando la participación activa y los resultados clínicos.<sup>151</sup>

Un estudio llevado a cabo en Finlandia detectó los problemas sociales que presentaban los pacientes con esclerosis múltiple<sup>70</sup> y, mediante el apoyo en esta dimensión, se lograron mejoras en las relaciones aumentando así la percepción de calidad de vida de los pacientes.



Otra enfermedad crónica de gran impacto y con gran necesidad de autogestión por parte del paciente es la insuficiencia cardíaca. Un estudio colombiano llegó a la conclusión de que, para la adherencia total del tratamiento, es esencial que el paciente se sienta el centro de la educación y el último responsable de su salud para que sea capaz de intervenir en la toma de decisiones, ya que el sentimiento de cumplir órdenes no mejora la calidad de vida a largo plazo.<sup>152</sup> También con estos pacientes, recientemente se publicó un estudio norteamericano en el que el apoyo al empoderamiento se dio vía telefónica.<sup>59</sup> Los pacientes que recibieron esta intervención lograron una autogestión de su enfermedad muy superior a la conseguida por los que recibieron una educación estándar, y así se reflejó en su clínica.

En el ámbito español también se encuentran estudios que demuestran que la educación debe ir encaminada a la capacitación de los pacientes para que sean capaces de gestionar su proceso de salud y, así, mejorar su calidad de vida. Los pacientes con los que más se ha estudiado, al igual que sucede a escala mundial, son los que padecen enfermedades crónicas. García<sup>153</sup> reporta que los pacientes con afectaciones crónicas, como la enfermedad de Parkinson, necesitan una información-educación que vaya más allá de los signos y los síntomas. Los aspectos emocionales y más personales no se tocan en el proceso de su enfermedad y manifiestan la necesidad de una educación más individual, con confianza y seguridad para poder expresar las dudas y las necesidades personales. Estudios con pacientes diabéticos confirman las conclusiones de estudios internacionales, a saber, que la educación del paciente para facilitar la autogestión de la enfermedad es más efectiva a corto y largo plazo que la simple entrega de información escrita estandarizada.<sup>154</sup> La misma evidencia hay con pacientes que sufren insuficiencia cardíaca crónica;<sup>155</sup> en España, se ha evidenciado que la evaluación de los conocimientos previos y esperados son grandes indicadores para asegurarse una educación efectiva, encaminada a facilitar el autocontrol de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Estrada reportó que los pacientes que recibían una educación capacitadora tras un ingreso por neumonía reducían las visitas médicas.<sup>156</sup>

La educación del paciente se ha estudiado anteriormente en las ciencias de la salud y en enfermería (véase Johansson et al 2005,).<sup>29, 157</sup> Sin embargo, la mayoría de los estudios son encuestas descriptivas de una sola vez o estudios cualitativos a pequeña escala, y casi nunca miran la eficacia de la educación,<sup>29, 157</sup> o forman un proyecto de investigación más amplio y sistemático.

En Cataluña,<sup>22</sup> se desarrolló un programa para pacientes con OA de rodilla, en el cual la educación del paciente tenía el objetivo de aumentar sus conocimientos y competencias para fomentar la readaptación funcional. Sus resultados demostraron mejoría respecto a la capacidad funcional y una reducción de las visitas médicas.

La mayor parte de los estudios han analizado la información que se da a los pacientes y la satisfacción de esta, pero los estudios que analizan las expectativas de información de los pacientes son más escasos. Existen estudios sobre el impacto del OA<sup>158, 159, 160, 161</sup> que indican cómo la información-educación del paciente reduce la ansiedad y el miedo,<sup>162</sup> el dolor,<sup>163, 164</sup> aumenta los conocimientos sobre los cuidados,<sup>165</sup> da soporte al afrontamiento<sup>166</sup> y la satisfacción.<sup>167</sup> Como estas enfermedades son generalmente crónicas, la participación del paciente en la toma de decisiones y la información recibida son elementos esenciales.

La OA es una enfermedad que comporta dolor, fatiga, rigidez, inflamación y pérdida de la funcionalidad del miembro afectado y, a la vez, reduce la calidad de vida del paciente.<sup>168</sup> Mediante la información-educación del paciente podemos potenciar el empoderamiento, ayudando al paciente a controlar y autogestionar su situación. Por esta razón, es importante que haya un esfuerzo para desarrollar una educación centrada en el paciente. En este estudio, se pretende comparar las expectativas del conocimiento de los pacientes que van a ser operados de artroplastia total de cadera y de rodilla antes de la intervención quirúrgica con el conocimiento que ellos reciben durante su estancia en el hospital.

Sin embargo, la mayoría de los estudios son descriptivos transversales con muestras pequeñas, unicéntricos, y casi nunca evalúan la efectividad de la información-educación.<sup>91, 169</sup>

### **2.3. Concepto de empoderamiento en pacientes con osteoartritis**

El empoderamiento y la atención centrada en el paciente son elementos clave para mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, y obtener un mayor cumplimiento de los planes terapéuticos, además de optimizar el uso de los recursos y los costes de la atención en salud.<sup>170</sup>

La educación de los pacientes tiene un papel importante y creciente para la promoción de la salud, para la preparación e implementación de procedimientos y tratamientos, para el proceso de recuperación y para evitar complicaciones.<sup>171, 172</sup>

Un punto importante a añadir es que pocos estudios toman, como objeto de estudio, a los pacientes quirúrgicos; casi en su totalidad, la evidencia científica se centra en pacientes con enfermedades crónicas. Los procedimientos quirúrgicos son cada vez más frecuentes en el entorno sanitario y las grandes necesidades educativas del paciente quirúrgico son evidentes. Como ya se ha justificado, los procedimientos quirúrgicos de traumatología ortopédica son los más frecuentes internacional y nacionalmente; estas crean gran estrés físico y psicológico, además de influir directamente en las actividades básicas de la vida diaria.<sup>22, 30, 173, 174</sup>

La persona con osteoartritis se encuentra en un proceso de enfermedad crónica que la sitúa en estrecha relación con el sistema de salud y los profesionales.

La investigación en la educación de pacientes con osteoartritis u otros trastornos musculoesqueléticos no es tan común.<sup>71, 175, 176, 177</sup> La mayoría de los estudios han analizado la información dada a los pacientes y la satisfacción de los pacientes con esa información; los estudios que analizan las expectativas de información son mucho más raros. La osteoartritis es una enfermedad que causa dolor, fatiga, rigidez, inflamación y pérdida de la función física como síntomas principales. Se ha demostrado que la OA afecta a la calidad de vida,<sup>168, 178</sup> que tiene un impacto en la vida social de los pacientes<sup>179</sup> y que el manejo por profesionales de la salud es mínimo durante el tiempo de espera.<sup>30</sup> También hay una cantidad limitada de investigaciones del impacto de la educación del paciente sobre el dolor y otros síntomas, la calidad de vida o las actividades físicas.<sup>174</sup>

Las estrategias que en España favorecen el empoderamiento de pacientes con enfermedades osteomusculares, tales como la osteoartritis, van encaminadas a la promoción de hábitos saludables relacionados con los problemas de salud, y a la realización de acciones preventivas que se articulan para una correcta atención sanitaria. La Generalitat de Catalunya, en 2012, puso en marcha el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad, con el objetivo de dar respuesta al reto que presentan la cronicidad y la dependencia, fo-

mentando la autonomía de la persona en todo su proceso de salud, dando respuesta adecuada a sus necesidades sociales y de salud, y contribuyendo a la sostenibilidad y la eficacia del sistema de salud. Algunos de los objetivos del Plan de Salud de España y Cataluña, son:

- 1) Favorecer la incorporación de estilos de vida y hábitos saludables a través de la educación sanitaria, y de la cooperación con los medios de comunicación para que la información relacionada con la salud contribuya, de manera efectiva, a la formación y la educación sanitaria.
- 2) Mejorar la relación entre profesionales y pacientes respecto a la comunicación, la información y el tratamiento, y dar más importancia a las decisiones del paciente sobre su propia salud y su propio cuerpo, la protección de la privacidad y el apoyo psicológico a la familia del paciente.
- 3) Aumentar el conocimiento de las expectativas y la satisfacción del público, en relación con los servicios de salud y la política de salud.
- 4) Priorizar medidas para mejorar el proceso asistencial en los grupos más vulnerables: niños y adolescentes hospitalizados, paciente crónico y terminal.
- 5) Establecer medidas e instrumentos que reconozcan los derechos y los deberes del usuario. Se ha elaborado una guía de recomendaciones sobre el consentimiento informado (1997), y los derechos y deberes del público en relación con la salud y la atención de la salud establecidos (2001). La libre elección del médico de cabecera y el derecho a una segunda opinión son otros factores en los que se trabaja actualmente.
- 6) Mejorar el acceso a los servicios para evitar retrasos que pudieran conllevar riesgos para el paciente y una carga emocional inaceptable para los profesionales, los pacientes y sus familias.

Las investigaciones y las prácticas futuras deben ir encaminadas a buscar las bases teóricas de una educación empoderadora del paciente en todo su proceso perioperatorio (prequirúrgica y postoperatorias), además de tener en cuenta las necesidades individuales de aprendizaje de los pacientes.

Este proyecto pretende conocer las características de los pacientes con OA, enfermedad crónica, relacionada con su empoderamiento para apoyar las líneas de investigación encaminadas a buscar las bases teóricas para la EEP y elaborar programas educativos efectivos que faciliten el empoderamiento.



## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Dimensiones del conocimiento

En definitiva, la educación empoderadora del paciente (EEP) va encaminada a ayudar a identificar, incrementar y desarrollar los conocimientos y las habilidades del paciente, para que sea capaz de tomar decisiones sobre su proceso de salud y poder hacerse cargo de sí mismo.<sup>70, 181, 182</sup>

La base esencial de la educación empoderadora es el conocimiento de la salud por parte del propio paciente. Se considera que el paciente está empoderado cuando conoce sus necesidades de aprendizaje y sus expectativas, y es capaz de cubrirlas.<sup>70, 71, 164, 183</sup> Las principales bases empíricas y teóricas de la EEP son que: a) los pacientes son capaces de conocer su salud y actuar por ella; b) los conocimientos, las acciones y el autocontrol pueden ser mejorados a través de la educación del paciente; c) la educación del paciente es una actividad de la enfermería en su práctica clínica; d) el principal resultado de la educación del paciente es su empoderamiento.

La educación empoderadora del paciente enfatiza:

- Los conocimientos existentes y las expectativas de conocimiento del paciente.
- El significado que le da el paciente a su problema de salud y su situación de vida.
- Las posibilidades que tiene el paciente de participar en su proceso de salud.

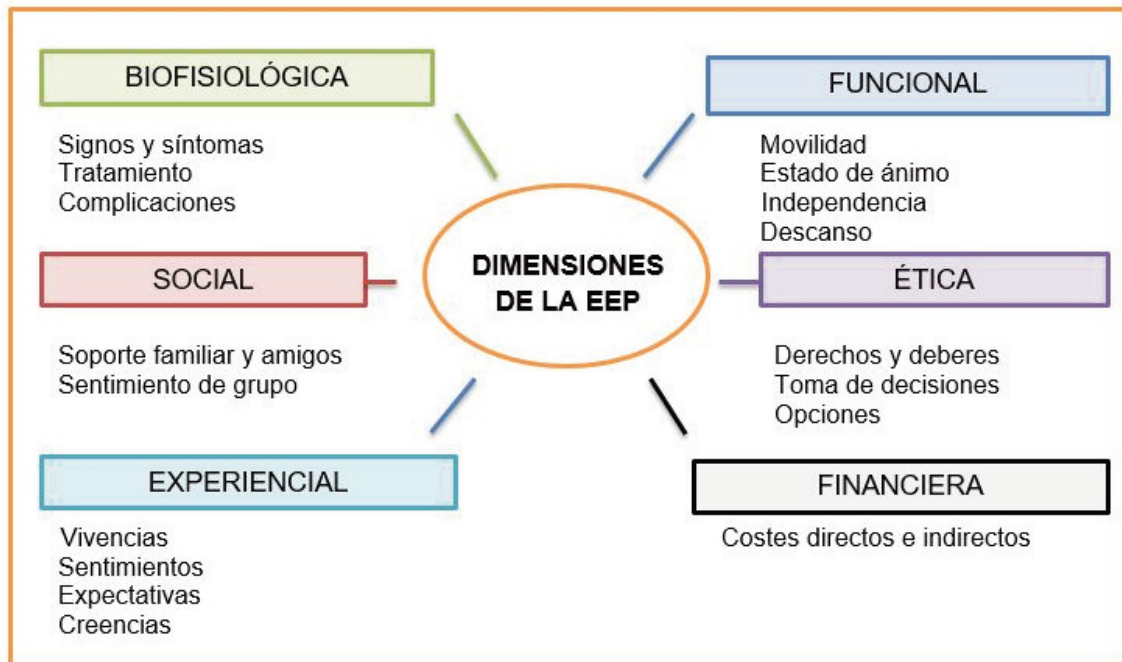
Para poder aplicar una educación facilitadora del empoderamiento es fundamental entender las expectativas de conocimiento del paciente y medir la percepción del conocimiento recibido.<sup>70, 71, 92, 180, 184</sup> La principal premisa es que, cuando más se acerquen las expectativas de conocimiento del paciente a su percepción de conocimiento recibido, más empoderado se encontrará el paciente<sup>92, 185</sup> y más posibilidades de autogestión se crean.<sup>186, 187, 188</sup> Las expectativas del conocimiento y el conocimiento recibido son componentes importantes para la mejora continua de la calidad de la educación del paciente para su empoderamiento.<sup>71, 84, 90, 92, 189</sup> El conocimiento empoderador se divide en seis dimensiones:

- Biofisiológica: se basa en el conocimiento que los pacientes esperan recibir sobre cuestiones relacionadas con su propio diagnóstico, factores de riesgo, síntomas, causas y efectos de su enfermedad y procedimiento quirúrgico. Además, los pacientes están interesados en la instauración del tratamiento, los detalles técnicos del procedimiento quirúrgico y las complicaciones posibles. La mayor parte de los pacientes quiere participar en la toma de decisiones sobre su asistencia médica; los pacientes desean estar mejor preparados para el cuidado de sí mismos.
- Funcional: hace referencia a la calidad de vida percibida relacionada con la salud que afecta al día a día de la persona. Esta dimensión abarca los indicadores de movilidad, estado de ánimo, autocuidado, descanso, movilidad, necesidades individuales, etc. Los pacientes quieren saber cómo pueden enfrentarse a la enfermedad y prepararse para el procedimiento quirúrgico.
- Experiencial: los indicadores de esta dimensión están ligados a las vivencias previas al nuevo problema o proceso de salud al que se enfrenta la persona. Las experiencias previas, ya sean propias o del entorno cercano, afectan al modo en que se afronta la nueva situación. Toda experiencia provoca sentimientos y estos se deben trabajar para que sean provechosos.
- Ética: en esta dimensión entran los derechos y los deberes del paciente, así como la toma de decisiones (por ejemplo, derechos, deberes, participación en la toma de decisiones y confidencialidad...).
- Social: en el enfrentamiento y la gestión de cualquier proceso de salud, es básico el apoyo de familiares o personas de referencia, pero también lo es tener la sensación de que se recibe apoyo de otros iguales, como agrupaciones de pacientes. Una persona debe sentirse miembro de una comunidad a pesar de sus problemas de salud (por ejemplo, familias u otros pacientes).
- Financiera: esta última dimensión refiere la faceta económica, los gastos que se generan a raíz de un problema de salud (por ejemplo, gastos y/o ventajas financieras que permiten que los pacientes obtengan la financiación necesaria para sus cuidados).

Todas estas dimensiones se deben tener en cuenta para facilitar el empoderamiento de los pacientes. Dependiendo del contexto donde se encuentre la persona, hay dimensiones que están prácticamente cubiertas por el sistema.



**Gráfico 6.** Marco conceptual de las dimensiones de la educación empoderadora del paciente



Fuente: elaboración propia.

### 3.2. Ideas más relevantes

1. Una de las enfermedades crónicas más prevalentes y con mayor impacto socioeconómico a escala mundial es la osteoartritis. Esta enfermedad afecta directamente a la calidad de vida, la funcionalidad y la utilización de recursos asistenciales de las personas afectadas.
2. No es posible mejorar los resultados de salud de los pacientes solo con programas basados en proporcionar información. La educación del paciente debe facilitar el empoderamiento. Un paciente empoderado tiene la capacidad de reconocer sus necesidades de aprendizaje y sus expectativas, es capaz de tomar decisiones, solucionar problemas y actuar para mejorar su propia salud.
3. La literatura sobre OA ha documentado que los programas educativos encaminados a apoyar el empoderamiento del paciente han mejorado resultados de salud como la discapacidad y el dolor, han reducido la ansiedad y el miedo, y han aumentado la satisfacción y los conocimientos sobre sus cuidados.

4. La educación empoderadora del paciente (EEP) ha sido descrita en la literatura como un rol propio de enfermería. No se puede dar empoderamiento a las personas, pero, mediante la educación, podemos facilitar o reforzar el empoderamiento de los pacientes para que sean capaces de autocontrolarse y autogestionar su situación.

5. La efectividad de la EEP ha quedado demostrada en el ámbito de las enfermedades crónicas, pero hay un vacío respecto a los procedimientos quirúrgicos. La OA es una enfermedad degenerativa y el principal motivo de la artroplastia primaria. Los procedimientos quirúrgicos de traumatología ortopédica son los más frecuentes a escala nacional e internacional, por lo que un apoyo al empoderamiento del paciente con OA que tiene que hacer frente a este proceso podría reportar grandes beneficios a corto y largo plazo.

6. La EEP se basa en seis dimensiones del conocimiento relacionadas con el paciente: biofisiológica, funcional, social, experiencial, ética y financiera. El conocimiento, por parte de enfermería, de estas dimensiones y la buena gestión de esta información permitirían ofrecer un buen apoyo al empoderamiento del paciente con OA para hacer frente a su nueva situación respecto al procedimiento quirúrgico, y ser capaz de tomar decisiones y autogestionar su proceso de salud.

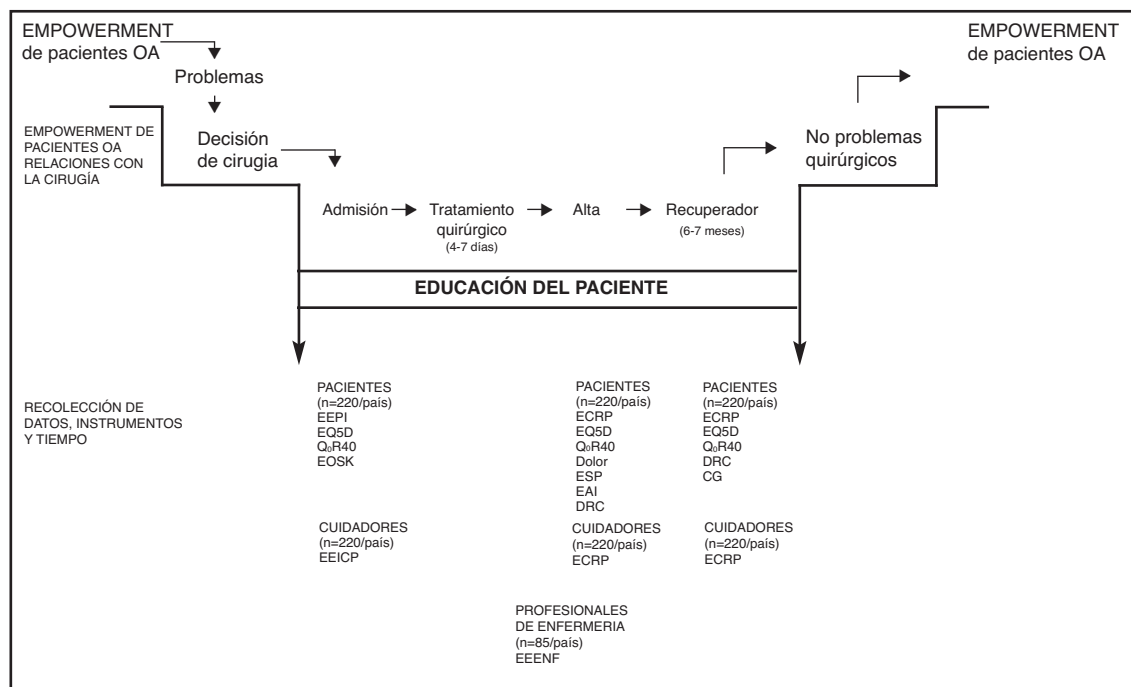
### **3.3. Proyecto internacional**

Este proyecto es parte de un estudio europeo de evaluación y comparación internacional (EEPO 2009-2012), que incluye la colaboración de investigadores en el cuidado de la salud y de enfermería de distintos países europeos del norte –como Finlandia, Suecia, Islandia o Lituania– y el sur –Grecia, Chipre y España–. El proyecto EEPO empezó en 1998 en Finlandia y ha ido progresando en una teoría del empoderamiento y de la información-educación del paciente.<sup>71, 72</sup> Su realización incluye el desarrollo y la evaluación de instrumentos estructurados de medida de la información y el conocimiento que los pacientes esperan recibir, y que realmente reciben, principalmente relacionados con procesos quirúrgicos.<sup>19, 92, 180, 181, 190</sup> Estos instrumentos proporcionan conocimientos multidimensionales sobre expectativas y conocimientos recibidos, y parecen ser fiables y válidos. El equipo también ha desarrollado y evaluado nuevos métodos de información-educación del paciente.<sup>91</sup> En este estudio, se asume que la información-educación del paciente es un cui-

dato central de la enfermería.<sup>191, 192, 193</sup> Sin embargo, existen diferencias entre los diferentes países y centros asistenciales en el procedimiento-contenido de información-educación dada al paciente.<sup>95</sup> Dicho proyecto europeo genera nuevos conocimientos relacionados con la mejora del empoderamiento de los pacientes a largo plazo, y con la autogestión por la educación del paciente en relación con los procedimientos quirúrgicos. Estos conocimientos tendrán repercusiones científicas, clínicas, educativas y políticas, a escala nacional e internacional, en los países participantes. Al mejorar la educación de los pacientes a largo plazo, optimizamos la prestación de atención sanitaria a los ciudadanos europeos.

El estudio europeo tiene un diseño descriptivo comparativo de seguimiento con tres medidas.

**Gráfico 7.** Diseño del estudio



Diseño descriptivo-comparativo de seguimiento de tres medidas. La primera recogida de la muestra de los pacientes y cuidadores familiares se realiza antes de la intervención quirúrgica y del ingreso hospitalario; la segunda, justo antes del alta hospitalaria, al finalizar el tratamiento quirúrgico y a los 6-7 meses después del alta.

El tamaño de la muestra es de 220 pacientes por país, con un poder estadístico del 90 %, para encontrar una diferencia promedio de 0,8 teniendo en cuenta una desviación estándar de 0,95 y considerando un error de tipo I de 0,01.

Los instrumentos estructurados para la recogida de datos a escala europea han sido validados previamente e incluyen el instrumento de empoderamiento del conocimiento-información con 40 ítems (EKHP, RKHP,<sup>70, 71, 92, 180</sup> anexos C.1 y C.2); la escala de acceso al conocimiento-información con 8 ítems (AKS,<sup>84</sup> anexo C.3); la recuperación a corto plazo o después de la cirugía con 15 ítems sobre actividad, cansancio, capacidad de trabajo, etc. (PSP,<sup>194</sup> anexo C.4 y QoR-40,<sup>195</sup> anexo C.5); el cuestionario de salud relacionado con la calidad de vida de 5 ítems y una escala visual analógica de 0 a 100, siendo 0 el peor y 100 el mejor estado de salud imaginables (EQ5D,<sup>196, 197</sup> anexo C.6); la escala de satisfacción del cuidado de 11 ítems (PSS,<sup>198</sup> anexo C.7); la escala del cuidado del dolor de 11 ítems<sup>199</sup> (anexo C.8); un listado de criterios sobre la recuperación a largo plazo del paciente, que incluyen las visitas realizadas y los contactos con el sistema de salud en el periodo postoperatorio del paciente, de 40 ítems (CL,<sup>200</sup> anexo C.9); la encuesta de opinión de salud de Krantz (KHOS,<sup>201</sup> anexo C.10); la evaluación del cuidado, y la educación desde el punto de vista del cuidador principal o familiar (EKHPS, modificada EKHP, RKHPS, modificada RKHP y parte de la escala de buen cuidado,<sup>84</sup> anexos C.11 y C.12); y la evaluación de la educación del paciente desde el punto de vista de las enfermeras, de 65 ítems, que incluye los contenidos de educación biofisiológica, funcional, experiencial, ética y social, además de la estructura, y las soluciones de educación y habilidades de los pacientes (EP-NURSE,<sup>176</sup> anexo C.13).





## 4. OBJETIVOS

La base para este proyecto de investigación está en que el éxito de la educación del paciente durante el proceso quirúrgico mejora la potenciación del paciente, el manejo de los síntomas y su calidad de vida. El objetivo del proyecto es evaluar y mejorar la educación de los pacientes con osteoartritis en relación con su intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera (ATC) y rodilla (ATR). La principal intervención en este proyecto para mejorar el empoderamiento y la recuperación del paciente es potenciar su educación, con el objetivo de que pueda identificar, evaluar y emplear sus propios recursos.

El objetivo del estudio es conocer y comparar las expectativas con el conocimiento recibido del paciente con OA, en relación con su intervención quirúrgica de ATC y ATR.

### **Artículo 1**

#### **«Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado»**

El objetivo del estudio fue evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH en pacientes con OA operados de artroplastia total de rodilla (ATR). Aunque este instrumento ya se ha usado anteriormente en otros países, culturas o contextos distintos al original, es preciso estudiar de nuevo las características psicométricas en nuestro contexto.

### **Artículo 2**

#### **«Knowledge expectations of Orthopaedic Patients»**

Este estudio se centra en las expectativas de conocimiento y el conocimiento recibido en los pacientes operados de artroplastia total de cadera y rodilla en España.

Las preguntas de investigación del estudio fueron:

- A) ¿Qué conocimiento esperan recibir los pacientes con osteoartritis antes de la intervención quirúrgica?

- B) ¿Qué conocimiento reciben los pacientes con osteoartritis después de su procedimiento quirúrgico?
- C) ¿Reciben los pacientes los conocimientos que esperan?
- D) ¿Qué factores sociodemográficos están relacionados con las expectativas de conocimiento y con el conocimiento que reciben?
- E) ¿Qué percepción tienen los pacientes durante su estancia hospitalaria del conocimiento recibido? ¿Y a los 6-7 meses después de la cirugía?

### **Artículo 3**

#### **«Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey»**

El objetivo de este estudio fue describir y comparar las expectativas de conocimiento de los pacientes antes de la cirugía de reemplazo total de rodilla y cadera en los siete países europeos, y analizar la relación existente entre el conocimiento esperado y los datos sociodemográficos.

Las preguntas del estudio fueron:

1. ¿Qué conocimiento esperan recibir los pacientes con OA antes del procedimiento quirúrgico de ATC/ATR?
2. ¿Qué factores sociodemográficos están relacionados con las expectativas de conocimiento?

### **Artículo 4**

#### **«Emotions in orthopaedic patients in the surgical context: An European survey»**

El objetivo principal de este estudio fue analizar las emociones de los pacientes con OA en relación con la cirugía electiva de reemplazo total de rodilla o cadera en siete países europeos, e identificar qué factores podrían relacionarse con un mejor estado emocional después de este proceso quirúrgico.

### **Artículo 5**

#### **«Empowering Education of Arthroplasty Patients' Significant Others in Three Southern European Countries»**



El propósito de este estudio fue examinar la relación entre los conocimientos esperados y los recibidos, y las características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacientes de cirugía de artroplastia de cadera y rodilla en países del sur de Europa (Chipre, Grecia, España).

Las principales preguntas de la investigación, fueron:

1. ¿Qué conocimiento espera recibir el cuidador principal de los pacientes sometidos a ATC/ATR, previo a su cirugía?
2. ¿Qué conocimientos reciben, durante la estancia hospitalaria, los cuidadores principales de pacientes sometidos a ATC/ATR?
3. ¿Existen diferencias significativas entre el conocimiento esperado y el recibido de los cuidadores principales de los pacientes sometidos a ATC/ATR en los tres países?
4. ¿Existen relaciones entre las características sociodemográficas de los cuidadores principales, y el conocimiento esperado y recibido?

El objetivo final de esta investigación es aprender más sobre el conocimiento que empodera a los cuidadores principales, en relación con su autonomía y su responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud.<sup>180</sup>



## 5. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

### 5.1 Artículo 1

“Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado”.

Artículo aceptado en la *Aquichan Journal*. Universidad de la Sabana. Colombia.

---

**Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado**

**Validation of the Spanish version: Expectations and Received Knowledge Hospital Patient**

**Validação da versão espanhola: Expectativa e conhecimento recebido em regime de internamento**

**Sara Cano MNS PhD-Student.** Universitat Jaume I, Castellón. Spain.

**Laia Lacueva MNS.** Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. Spain.

**Esther Cabrera PhD RN FEANS,** Associate Professor, School of Health Sciences, Tecno Campus, University Pompeu Fabra, Mataró (Barcelona), Spain.

**Adelaida Zabalegui PhD RN FEANS.** CNO, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Spain.

**Correspondencia:** Laia Lacueva, Spain. Email: laialacueva@gmail.com. Telephone: +34 666801598

### **Conflicto de intereses y Fuentes de financiación**

Ningún conflicto de interés ha sido declarado por los autores

Este estudio recibió financiación del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (Nº registro: 3564/2010).

### **Agradecimientos**

El estudio ha sido posible gracias a la contribución de varias personas que les queremos agradecer su dedicación en el proyecto. Nuestra más sincera gratitud a Cristina Moreno, Teresa Faura, Núria Sapena, Agnès Nicolau, Olga Monistrol, Teresa Camps, Joan Manuel Verge.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española del instrumento Expectativas y Conocimiento Recibido del Paciente Hospitalizado (ECPH/CRPH) en pacientes con osteoartritis intervenidos de Artroplastia total de rodilla.

**Material y métodos:** El proceso de validación siguió las recomendaciones internacionales: validez de contenido, validez de constructo, validez de criterio y fiabilidad. Un total de 248 pacientes que debían intervenir de artroplastia total de rodilla en 5 hospitales públicos españoles contestaron la ECPH antes de ser hospitalizados y 220 pacientes contestaron el CRPH al darles el alta hospitalaria.

**Resultados:** El análisis factorial confirmó las dimensiones de la escala original en la RKHP pero no en la EKHP. La correlación de las dimensiones de la ECPH con la Escala de Opinión de la Salud de Krantz (KHOS) y la correlación de las dimensiones de la CRPH con la Escala de Acceso a la Información (AKS) indicaron la validez de criterio mostrando unas relaciones positivas. Los resultados indicaron buena fiabilidad con valores de alfa Cronbach elevados.

**Conclusión:** El proceso de validación indica que la versión española del ECPH/CRPH es un instrumento válido y fiable para medir las expectativas y el conocimiento recibido en pacientes quirúrgicos en el contexto español.

**Palabras clave:** Conocimiento Recibido. Educación empoderadora. Estudios de validación. Osteoartritis. Artroplastia Rodilla

## ABSTRACT

**Objective/aim:** To evaluate the validity and reliability of the Spanish version of Expectations and Received Knowledge Hospital Patient (EKHP/RKHP) scale for orthopaedic surgical patients with osteoarthritis.

**Methods:** The validation process followed the internationally recognized: translational validity, construct validity, criterion validity and reliability. Sample was 248 patients, undergoing total knee replacement in 5 public hospitals in Spain. Before hospital admission, participants filled the questionnaire EKHP and 220 of them filled the RKHP questionnaire before the hospital discharge.

**Results:** Confirmatory factor analysis proved that the Spanish version of RKHP has 6 dimensions like the original instrument but not EKHP. Correlation between dimensions of the scale EKHP/RKHP and the external AKS and KHOS tested criterion validity. The reliability of the Spanish RKHP was proved with high values of Cronbach alpha.

**Conclusion:** The validation process indicated that Spanish version of EKHP/RKHP is valid and reliable in its current version and it can be used to measure the expectations and the knowledge received of orthopaedic patients in Spain.

**Keywords:** Received Knowledge, Empowerment patient education, Validation studies, Osteoarthritis, Knee arthroplasty.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida ha conllevado una gran prevalencia de enfermedades crónicas como la osteoartritis (OA). Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida del cartílago de las articulaciones causando dolor y pérdida funcional sobretodo en rodillas y caderas afectando al 9,6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años a nivel mundial. Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, se espera que en el año 2020 la OA sea la cuarta causa de morbilidad en el mundo(1). En España, la prevalencia de OA es de 16,59% para la población general(2,3). Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico en Europa (OECD), el reemplazo de la articulación se considera la mejor opción para los pacientes que sufren de OA severa y sintomática(4), consiguiendo una mejora funcional casi completa, aumentando la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes(5–8). En los últimos años ha habido un gran incremento de estas cirugías y a la vez una disminución de las estancias hospitalarias provocando una reducción del tiempo para la educación sanitaria durante el ingreso de los pacientes. El postoperatorio de cirugías ortopédicas conllevan limitaciones tanto físicas como funcionales que provocan un cambio en la vida diaria de los pacientes y esto les genera grandes necesidades de información y educación que esperan recibir para poder afrontar la nueva situación y conseguir así, la máxima recuperación posible(9,10). Esto nos obliga a plantear nuevos enfoques en la educación al paciente hospitalizado.

La educación al paciente se considera una de las bases de las competencias enfermeras, describiéndose como un conjunto de actividades planificadas para conseguir un cambio en el conocimiento, los comportamientos y las actitudes relacionadas con la salud del paciente(11,12). El objetivo final de esta educación debería ser ayudar al paciente en su empoderamiento o empowerment. El Empowerment ha sido definido como un proceso dónde los individuos ganan maestría y control sobre sus vidas(13,14). En el ámbito de la salud se habla de Empowering Patient Education, para referirse a la educación encaminada a incentivar que los pacientes tomen el control de su propio proceso de salud (15). El proceso de empoderamiento varía según la persona, el contexto y el tiempo (16), por tanto, antes de planificar cualquier estrategia educativa sanitaria necesitamos conocer a nuestros pacientes y su situación (17). No es posible proporcionar una educación que ayude al paciente a capacitarse sólo con programas estándares, ya que, algunas veces, el punto de vista de

los profesionales sanitarios no corresponde con las necesidades de conocimiento del paciente(5). Se asume que cuando se cumplen las expectativas de conocimiento del paciente con la información proporcionada se genera conocimiento nuevo (18) el cual posibilita el proceso de toma de decisiones del paciente(19–21).

Según la revisión de la literatura, existen distintos instrumentos que miden el empoderamiento en salud(22), pero, sólo la doble escala Expectations and Received Knowledge Hospital Patient (15,23) permite evaluar si han alcanzado las expectativas de conocimiento del paciente durante su hospitalización según el marco conceptual de la educación empoderadora del paciente (24). Este doble instrumento surge de las teorías sociales-psicológicas y constructivas aplicadas al empoderamiento de los pacientes a través de la educación(25,26). La ECPH/CRPH, fue creada originalmente en Finlandia, para pacientes con esclerosis múltiple(23), y más tarde, utilizada para pacientes quirúrgicos (20,27–31). La validez y la fiabilidad han sido demostradas en los diversos estudios previos.

La ECPH/CRPH permite evaluar las expectativas de conocimiento que tienen los pacientes antes de ingresar en el hospital (ECPH) y el conocimiento recibido durante la hospitalización en el momento del alta (CRPH)(19,23). El conocimiento se evalúa en 40 ítems divididos en 6 dimensiones: biofisiológica (preguntas de la 1 a la 8, sobre enfermedad, síntomas, pruebas, tratamientos y complicaciones), funcional (preguntas de la 9 a la 16 sobre movilidad, reposo, nutrición e higiene corporal), de experiencia (preguntas de la 17-19 sobre sentimientos y experiencias), ética (preguntas de la 20 a la 28 sobre derechos, deberes, participación en la toma de decisiones y confidencialidad), social (preguntas de la 29 a la 34 sobre cuidadores, personas de soporte y organizaciones de pacientes) y económica (preguntas de la 35 a la 40 sobre los costes). Las preguntas se puntuaban según una escala de Likert de cuatro puntos (1= Completamente en desacuerdo, 4= Completamente de acuerdo, 0= No aplicable en mi caso). A mayor puntuación, mayor conocimiento recibido por parte de los pacientes.

Este estudio forma parte de un proyecto europeo sobre educación empoderadora en pacientes con osteoartritis en un contexto quirúrgico(32). El objetivo del actual estudio fue evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH en pacientes con OA operados de Artroplastia Total de Rodilla (ATR). Aunque este ins-

trumento ya se ha usado anteriormente en otros países, culturas o contextos al original, es preciso estudiar de nuevo las características psicométricas en nuestro contexto(33).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Diseño del estudio y recogida de datos**

Estudio multicéntrico, longitudinal y descriptivo para validar la versión española de la doble escala Expectations and Received Knowledge Hospital Patient (ECPH/CRPH). Se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo, reclutando todos los pacientes que ingresaban programados para una intervención quirúrgica de ATR en cinco hospitales públicos españoles.

Antes del ingreso en el hospital para ser intervenidos, los participantes cumplimentaron un cuestionario con datos sociodemográficos, la versión española de la escala de expectativas de conocimiento (ECPH) y la escala de opinión de salud de Krantz (KHOS). Y en el momento del alta hospitalaria, el cuestionario a cumplimentar constaba de datos sociodemográficos, la versión española de conocimiento recibido (CRPH) y la escala de acceso al conocimiento (AKS).

### **Participantes**

Según las recomendaciones (34) de incluir cinco participantes por ítem de la escala, el tamaño muestral, necesario para este estudio fue de 200 participantes. Teniendo en cuenta la posible pérdida de la muestra, se decidió incluir 250 pacientes en el estudio. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, participación voluntaria en el estudio, comprensión del español, no presentar problemas cognitivos, ser capaz de cumplimentar el cuestionario con o sin ayuda, indicación de la cirugía primaria por OA y haber firmado el consentimiento informado. El criterio de exclusión fueron las cirugías no programadas. Los pacientes incluidos en el estudio siguieron los protocolos de admisión y educación al paciente propios de cada hospital.

### **Traducción y retrotraducción del instrumento original:**

El proceso de traducción y retrotraducción siguió las directrices utilizadas para este tipo de estudios(33,35). Dos traductores bilingües y biculturales con amplia experiencia en el



campo sanitario y cuya lengua materna era el inglés, fueron seleccionados para traducir de forma separada e independiente el instrumento del inglés al español. Las dos versiones traducidas se compararon con el original por los miembros del equipo de investigación para resolver las ambigüedades y discrepancias con los traductores y obtener la versión traducida preliminar de la ECPH/CRPH en español. Seguidamente, esta versión preliminar fue traducida de nuevo por otros dos traductores independientes. Una vez más, los miembros del equipo de investigación compararon las dos versiones hasta obtener una versión final de la ECPH/CRPH española después de un consenso de la gramática y la adaptación cultural, tan sólo dos ítems necesitaron ser modificados.

La versión final del cuestionario se pilotó con 10 participantes (muestra de expertos y pacientes) para confirmar la claridad de las instrucciones y los elementos, y a su vez, justificar la validez de contenido. Este cuestionario mostró una buena adaptación y comprensión sin necesidad de realizar más cambios.

### **Análisis estadístico y propiedades psicométricas**

Para la adaptación al español de la ECPH/CRPH, se estudió la validez de constructo, la validez de criterio y la fiabilidad(36).

La validez de constructo es el grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir. Se realizaron los test de Bartlett y de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para demostrar la idoneidad de la muestra y justificar la exploración del análisis factorial exploratorio. El análisis factorial se realizó para confirmar las 6 dimensiones que definen los 40 ítems del instrumento original. El criterio utilizado para determinar las dimensiones fue de un mínimo de 1.00.

Para la validez de criterio se exploró por un lado la correlación de las dimensiones de la ECPH con una subescala de la Krantz Health Opinion Survey (KHOS)(37) y por el otro la correlación de las dimensiones de la CRPH con la Acces Knowledge Scale (AKS) (38). La KHOS es un instrumento ampliamente utilizado(39–42) que consta de dos subescalas: preferencias de información (siete ítems) y conducta participativa (nueve ítems). La subescala de Preferencias de la Información (KHOS\_1) hace referencia a la tendencia de los pacientes a buscar de manera activa información relacionada con la salud y la participación

en las decisiones relacionadas con el tratamiento. Esta subescala utiliza una puntuación binaria de

Si/No. La puntuación máxima total es de 16: 7 en la KHOS\_1. A mayor puntuación mayor interés en buscar información.

La AKS está formada por 8 ítems de la Good Nursing Care Scale, la cual evalúa la calidad de los cuidados y ha sido utilizada y validada en diferentes contextos y culturas(43–45). Los 8 ítems de la AKS evalúan como las enfermeras y los médicos responden a las preguntas de los pacientes y justifican sus acciones. Cada ítem se puntúa con una escala Likert 5, desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo, indicando el 5 la mejor calidad posible. La puntuación total es el resultado de los 8 ítems, los cuales fueron tratados como una escala.

Para analizar la fiabilidad se midió su consistencia interna para toda la escala y cada una de las dimensiones de la versión española ECPH/CRPH. Un coeficiente alfa de Cronbach de al menos 0,80 se consideró aceptable.

Para este estudio se incluyeron sólo los cuestionarios que fueron contestados como mínimo en el 50% de los ítems. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, U/SA).

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Hospital Clínic de Barcelona (expediente # 2010/5955 \*2010/5915) y el resto de los hospitales españoles participantes en el estudio (Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de l'Esperança). Los principios éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (2008) se aplicaron durante todo el estudio. Los pacientes fueron informados sobre el propósito y los procedimientos del estudio y los principios de voluntariedad y confidencialidad. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los pacientes antes de cumplimentar el cuestionario.

## RESULTADOS

### Características de los participantes

De los 250 participantes incluidos inicialmente, 2 fueron excluidos en la primera recogida del estudio por haber respondido menos del 50% de los ítems del cuestionario y para la segunda recogida hubo una pérdida del 12%. Finalmente, la muestra compuesta por pacientes quirúrgicos de 5 hospitales públicos españoles fue de 248 para la primera recogida y de 220 para la segunda. La mediana de edad fue de 70,2 años (DE 8,6) y la mayoría eran mujeres, retiradas, con un bajo nivel educativo y con patologías crónicas asociadas. Los pacientes estuvieron 7,6 días de media en el hospital. Un 80% de los participantes habían estado ingresados previamente en el mismo hospital y sólo el 7% eran o habían sido trabajadores en el ámbito sanitario o social. La mayoría fueron a sus domicilios tras el alta hospitalaria y el 4,8% fueron trasladados a otro centro socio-sanitario para su rehabilitación. Sólo el 7,9% de los participantes tuvieron una experiencia hospitalaria diferente de la que esperaban antes del ingreso. Todas las variables socio-demográficas se presentan en la Tabla 1.

### 1. Validez de constructo

El test de Bartlett que valora la homogeneidad de las variancias de la muestra fue estadísticamente significativo para las dos escalas ( $p < 0.001$ ) y el test de KMO (0,920 para ECPH y 0,942 para CRPH) indicó que el tamaño de la muestra era más que suficiente para el estudio, estas dos pruebas justificaron la realización del análisis factorial en las dos escalas. El análisis factorial con rotación Varimax reveló 7 factores con valor  $>1$  explicando el 73,7% de la varianza para la ECPH y 6 factores con valor  $>1$  explicando el 73,4% de la varianza para la CRPH (Tabla 2).

La interrelación entre las dimensiones fue de moderada a alta, tanto para la ECPH ( $r = 0,47$  a  $0,82$ ) como para la CRPH ( $r = 0,56$  a  $0,84$ ). Tal y como muestra la Tabla 3, las correlaciones entre los ítems indican que la escala mide conceptos muy similares exceptuando la dimensión económica, que tiene una relación significativa pero moderada tanto en la ECPH ( $r = 0,48$  a  $0,68$ ) como en la CRPH ( $r = 0,56$  a  $0,76$ ).

### **Validez de criterio**

La escala ECPH y la subescala KHOS\_I tienen una relación positiva en todos sus componentes y una significación en la mitad de las dimensiones y en el total de la escala. En el caso de la escala de conocimiento recibido, la variable externa AKS resultó estar relacionada de manera significativa y positiva en todas las dimensiones y en el total de la escala CRPH (Tabla 4).

### **Fiabilidad**

Los valores del Alfa de Cronbach fueron altos tanto para los totales de las escalas, 0,961 en la ECPH y 0,973 en la CRPH, como para cada dimensión del conocimiento, donde los valores oscilaron entre 0,764 y 0,953 en la ECPH y entre 0,811 y 0,959 en la CRPH. Estos resultados indican una buena fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de nuestro estudio sugieren que la versión española de la doble escala ECPH/CRPH es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, válido y fiable para medir tanto las expectativas de conocimiento como el conocimiento que han recibido los pacientes operados de artroplastia de rodilla durante su ingreso hospitalario. Mediante el método de traducción y retrotraducción se consiguió una versión española del instrumento que resultó conceptualmente equivalente al original y cuya utilización para estudios en el contexto español es factible y comprensible para los pacientes.

Las seis dimensiones de la escala original fueron confirmadas para la CRPH y en el caso de la ECPH sólo resultaron 7 dimensiones con el estudio del análisis factorial. Las diferentes dimensiones tuvieron una relación demasiado estrecha en ambos casos para poder confirmar que medían diferentes constructos exceptuando la dimensión económica. Aún así, el interés de nuestro estudio por evaluar las expectativas y el conocimiento general recibido del paciente hospitalizado, hace que decidamos darlo por válido ya que el constructo general es la información, independientemente de cómo se estructure. La dimensión económica tanto para la ECPH como para la CRPH sí que obtuvo unos valores de correlación que justificaban una subescala diferenciada del resto, este hecho se podría explicar

ya que el contexto de nuestro estudio fue en un sistema sanitario público donde no existe coste directo para el paciente, y por tanto los pacientes no tienen porqué esperar recibir información sobre temas económicos.

La validez de criterio de la escala fue satisfactoria. Se obtuvo una relación positiva entre las expectativas de conocimiento y las preferencias de información, es decir, a más expectativas de conocimiento más interés de los pacientes en buscar información sobre su estado de salud y tratamientos. En cuanto al conocimiento recibido se observó una significativa y positiva con el nivel de acceso a la información, demostrado que los pacientes que tienen la percepción de un mayor acceso a la información por parte de los profesionales sanitarios durante la hospitalización reciben un mayor conocimiento. Información no es sinónimo de conocimiento. El paciente ha de recibir la información adecuada en el momento y contexto adecuado para que se genere nuevo conocimiento(18,46). Este hecho es el que confirma que una educación sanitaria encaminada a dar apoyo al proceso de empoderamiento del paciente no puede darse de manera estandarizada si no que debe personalizarse.

La consistencia interna fue alta en ambas escalas tanto para la escala en general como para las diferentes dimensiones que las conforman. Los valores del alfa de Cronbach son comparables con los valores referidos por otros autores que utilizaron este doble instrumento. En el estudio publicado más reciente, con una muestra de pacientes intervenidos de artroplastia, el alfa de Cronbach fue de 0.87 a 0.94 (ECPH) y de 0.89 a 0.91 (CRPH). Para completar el análisis de fiabilidad serían necesarios nuevos estudios que valoraran la reproducibilidad intrasujeto en nuestro contexto para evaluar la estabilidad temporal de la escala.

Disponer de un instrumento validado que mida las expectativas y el conocimiento que han recibido los pacientes durante la hospitalización nos permitirá llevar a cabo estudios comparativos entre distintos centros y países, así como poder evaluar programas de educación sanitaria facilitadores del proceso de empoderamiento del paciente.

## REFERENCIAS

1. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ. SciELO Public Health*; 2003;81(9):646–56.
2. Spanish Society of Rheumatology [Internet]. 2014. Available from: [http://www.ser.es/actualidad/Informes\\_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe](http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe)
3. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit. Elsevier*; 2012;26(1):30–6.
4. OECD (2013), *Health at Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. [Internet]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
5. Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, Charron KDJ. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? *Clin Orthop Relat Res. Springer*; 2010;468(1):57–63.
6. Muniesa JM, Marco E, Tejero M, Boza R, Duarte E, Escalada F, et al. Analysis of the expectations of elderly patients before undergoing total knee replacement. *Arch Gerontol Geriatr. Elsevier*; 2010;51(3):e83–7.
7. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbasi S. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord. Department of Orthopaedic Surgery, Federico II University, Naples, Italy. maricond@unina.it*; 2011 Oct 6;12:222.
8. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ. Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, PA 19104, USA. laiken@nursing.upenn.edu*; 2012 Mar 20;344:e1717.
9. 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. Elsevier*; 2004;52(2):175–81.
10. Vogel BA, Bengel J, Helmes AW. Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Educ Couns. Elsevier*; 2008;71(1):79–85.

11. Saarmann L, Daugherty J, Riegel B. Patient teaching to promote behavioral change. *Nurs Outlook*. Elsevier; 2000;48(6):281–7.
12. Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *Int J Nurs Stud*. Elsevier; 2001;38(2):163–73.
13. Freire P. *Pedagogy of the oppressed* (Rev. ed.). New York Contin. 1993;1970.
14. Zimmerman MA, Rappaport J. Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community Psychol*. Springer; 1988;16(5):725–50.
15. Leino-Kilpi H, Jaana V. The patient's perspective on nursing quality: developing a framework for evaluation. *Int J Qual Heal Care*. 1994;6(1):85.
16. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*. Springer; 1987;15(2):121–48.
17. Akey TM, Marquis JG, Ross ME. Validation of Scores on the Psychological Empowerment Scale: A Measure of Empowerment for Parents of Children with a Disability. *Educ Psychol Meas*. Sage Publications; 2000;60(3):419–38.
18. Cruz-Paz A, García-Suárez VM. *Fuentes de información: Aspectos teóricos*. La Habana Univ La Habana Dirección Inf científica técnica. 1994;
19. 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*. Department of Nursing Science, 20014 University of Turku, Finland. sirkku.rankinen@kolumbus.fi; 2007;19(2):113–9.
20. 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(3):270–8.
21. Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Educ Couns*. Elsevier; 2012;88(2):224–31.
22. Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE, O'Loughlin JL. A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. *Res Theory Nurs Pract*. Springer Publishing Company; 2009;23(2):107–32.
23. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs*. LWW; 1998;30(2):116–23.

24. Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H, Salanterä S. Patient Education and Health-related Quality of Life: Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *J Nurs Care Qual*. LWW; 2005;20(4):307–16.
25. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. Elsevier; 2010;79(3):277–82.
26. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs*. Wiley Online Library; 2000;31(1):235–41.
27. 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(2):113–9.
28. Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, et al. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Educ Couns*. 2003;51:239–45.
29. Anastasios M, Aggeliki A, Evridiki P, Evdokia A, Maria H, Michail R, et al. Satisfaction of Surgical Patients in the Cyprus Governmental Hospitals. *Nurs Care Res* kai *Ereun*. 2011;(31).
30. Klemetti S, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, et al. Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2014 Sep 17 [cited 2015 Jun 18]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230804>
31. Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthop Nurs* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Aug 3];29(4):246–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664463>
32. ESOPTE. Empowerment Surgical Orthopaedic Patients through Education . Turku, Finland: available from: department of Nursing science, University of Turku, 1998. [Internet]. Available from: <http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/epe/research/postdoc/Pages/eepo.aspx>.
33. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. Elsevier; 1993;46(12):1417–32.
34. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística*. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.
35. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or



- scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. Wiley Online Library; 2011;17(2):268–74.
36. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh*. Wiley Online Library; 2007;39(2):155–64.
  37. Krantz DS, Baum A, Wideman M v. Assessment of Preferences for self-treatment and information in health care. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1980 Nov [cited 2015 Aug 3];39(5):977–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7441487>
  38. Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J, Välimäki M. Hoidon laadun mitaaminen: Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes; 1994.
  39. Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA, Bertolatus JA, Lawton WJ. Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Heal Psychol*. American Psychological Association; 2000;19(4):348.
  40. Garvin BJ, Kim C. Measurement of preference for information in US and Korean cardiac catheterization patients. *Res Nurs Health*. Wiley Online Library; 2000;23(4):310–8.
  41. Välimäki M, Leino-Kilpi H, Grönroos M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. Self-Determination in Surgical Patients in Five European Countries. *J Nurs Scholarsh*. Wiley Online Library; 2004;36(4):305–11.
  42. Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H, et al. Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Appl Nurs Res*. Elsevier; 2009;22(2):101–6.
  43. Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scand J Caring Sci*. Wiley Online Library; 2003;17(3):308–14.
  44. Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *J Clin Nurs*. Wiley Online Library; 2009;18(12):1722–8.
  45. Donmez YC, Ozbayır T. Validity and reliability of the “good perioperative nursing care scale” for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs*. Wiley Online Library; 2011;20(1-2):166–74.
  46. Núñez Paula I. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *Acimed*. 2000, Editorial Ciencias Médicas; 2004;12(3):1.

**Tabla 1: Datos socio-demográficos de la muestra**

SEXO	n	%
Mujer	176	72,7
Hombre	66	27,3
EDUCATION		
Básica o inferior	144	61,8
Primaria	50	21,5
Secundaria	39	16,7
EDUCACIÓN SUPERIOR		
Ninguna	162	80,6
Ciclo formativo	22	10,9
Diplomatura universitaria	8	4
Licenciatura universitaria	8	4
Máster o doctorado universitario	1	0,5
ESTADO LABORAL		
Empleado	29	13,6
Jubilado	118	55,1
Ama/o de casa	62	29
Desempleado	3	1,4
Otros	2	0,9
PROFESIONAL SANITARIO O DE SERVICIOS SOCIALES		
Si	17	7
No	227	93
OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS		
Si	134	55,8
No	106	44,2
INGRESOS ANTERIORES EN EL MISMO HOSPITAL		
Si	199	80,2
No	49	19,8
DÍAS EN EL HOSPITAL		
< 5	1	0,5
De 5 a 10	196	97
>11	5	2,5
DESTINO AL ALTA		
Casa	198	95,2
Centro sanitario	10	4,8
EXPERIENCIA HOSPITALARIA ESPERADA		
Si	197	92,1
No	17	7,9

**Tabla 2: Analisis Factorial: Varianza total explicada**

Factores	Escala ECPH			Escala CRPH			
	Total	% de la varianza	% acumulado	Factores	Total	% de la varianza	% acumulado
1	16,71	41,82	41,82	1	20,2	50,51	50,51
2	4,81	12,03	53,85	2	3,57	8,93	59,44
3	2,35	5,87	59,72	3	1,66	4,16	63,6
4	1,77	4,41	64,13	4	1,56	3,9	67,5
5	1,49	3,73	67,86	5	1,28	3,2	70,7
6	1,15	2,9	70,75	6	1,08	2,7	73,4
7	1,02	2,55	73,3				

Método de extracción: máxima verosimilitud

**Tabla 3: Intercorrelación de las dimensiones usando el rango de correlación de Spearman**

Dimensiones de la ECPH	Económica	Biofisiológica	Funcional	De experiencia	Ética
Biofisiológica	0,477**				
Funcional	0,507**	0,818**			
De experiencia	0,554**	0,723**	0,820**		
Ética	0,677**	0,656**	0,713**	0,731**	
Social	0,592**	0,571**	0,716**	0,725**	0,743**
Dimensiones de la CRPH					
Biofisiológica	0,585**				
Funcional	0,563**	0,836**			
De experiencia	0,604**	0,754**	0,766**		
Ética	0,763**	0,781**	0,771**	0,834**	
Social	0,720**	0,734**	0,710**	0,746**	0,842**

Nota: \*\*p<0,01

**Tabla 4: Correlación de las dimensiones y total escala con variables externas**

	ECPH	CRPH
Dimensiones del Conocimiento	KHOS_1	AKS
Biofisiológica	0,182**	0,623**
Funcional	0,087	0,683**
De experiencia	0,183**	0,503**
Ética	0,152*	0,535**
Social	0,098	0,581**
Económica	0,082	0,319**
Total escala	0,143*	0,628**

Nota: \*\*p<0,01, \*p<0,05,



## 5.2 Artículo 2

“Knowledge expectations of Orthopaedic Patients”.

Artículo enviado a la *International Journal of Nursing Practice*.

Impact Factor: 0.98, según la ISI Journal Citation Reports: 2015

---

### KNOWLEDGE EXPECTATIONS OF ORTHOPAEDIC PATIENTS

**Journal:** *International Journal of Nursing Practice*

**Manuscript** ID IJNP-2016-00311

**Manuscript Type:** Research Paper

**Key Words:** Empowering patient education,  
Expectations, Received Knowledge,  
Orthopaedics, Nursing

#### ABSTRACT

**Aim:** to describe and compare knowledge expectations and received knowledge in elective orthopaedic surgery patients Background: Population aging, increasing incidence of osteoarthritis, growing number of surgical procedures and reduced clinical stays underline the need for a new approach to patient education.

**Design:** This study has a descriptive, comparative design

**Methods:** Data were collected from 263 patients who had total hip and knee replacement elective surgery during three years (2009-2012) in five public hospitals in Spain. The Expectation knowledge of hospital patients scale and the Received knowledge of hospital patients were used to collect data. The questionnaires were filled before hospital admission, at discharge time and at follow-up 6-7 months later

**Results:** Surgical patients received less knowledge than they expected. Patients' expectations were only met in the functional dimension. At follow-up, patients reported the perception of having acquired more knowledge during their hospital stay than they reported at the time of discharge. Knowledge expectations and knowledge received were related to employment status, gender and previous contact experience with the hospital Conclusion: Knowledge expectations were not covered, and the results showed the need to improve education for orthopaedic patients throughout the perioperative process, not only during hospitalization.

## **SUMMARY STATEMENT**

- What is already known about this topic? It is known that the more patients' knowledge expectations are met with received knowledge, the greater the chance of patient empowerment and the best possible recovery (Heikkinen, 2007; Mancuso, 2008; Noble, 2006).
- What this paper adds? Information giving during the short time in the hospital stay, it's not enough to support the patient's empowerment process.
- The implications of this paper: The future implications from the study are based on a patient-centered education along the perioperative process. Increasing patient education during the preoperative period will help with the patients' empowerment process.

## **KEYWORDS**

Empowering patient education; Expectations; Nursing; Orthopaedics; Received Knowledge.

## **MAIN TEXT**

### **INTRODUCTION**

Osteoarthritis (OA) is the most common form of arthritis. It can occur in any joint but usually it affects hands, knees, hips or spine (Lawrence, 2008; MedLine, 2016), leading to pain, swelling, and reduced mobility in the joints. In Spain, OA is the main cause of morbidity among the population, with a prevalence of 16.59% (Pueyo, 2012; SER, 2014). According to the Organization for Economic Co-Operation and Development, joint replacement surgery is considered the most effective intervention for severe and symptomatic OA, restoring some patients to near normal functioning (OECD, 2013). These interventions have a high degree of success in terms of functional status, quality of life and patient-satisfaction (Aiken., 2012; Bourne, 2010; Mariconda, 2011; Muniesa, 2010).

The growing number of hip and knee replacements contributes to a rise in health spending worldwide, as well as having a serious impact on health resources and service use. Consequently, there are long waiting lists for these procedures in publicly-funded health care systems such as the one operating in Spain (Comas, 2010). These long waiting lists and the lack of explicit prioritization criteria led the Health Catalan Service (Instruction 02/2004) to establish monographic units with specific clinical pathways to reduce waiting times (Cobos, 2010; Zabalegui, 2002). This resulted in reducing hospital stays from 11 to 7.7 days (Riu, 2009; Serra-Sutton, 2011); one of the shortest in Europe (OECD 2013), and reducing waiting lists. However, the reduction in hospital stays curtails health professionals' contact with patients and limits the time available for patient education (Eurostat, 2014). An aging population, illness comorbidity, and lack of access to reliable information

all complicate patient education(Nuño, 2012; Ruiz, 2012). Therefore, we need to innovate more than ever in effective educational methods to empower patients so that they can reach agreement on treatment goals with health professionals(Johansson, 2003; Osborne, 2006).

This study focuses on the knowledge expectations and received knowledge of patients who had knee/hip replacement surgery in Spain. The study takes patient-empowering education, founded on socio-psychological theories and constructive learning(Anderson, 2010; Kuokkanen, 2000), as its theoretical basis. The emphasis in patient-empowering education is on assessing the patient's knowledge expectations and measuring the knowledge they receive(Johansson, 2005; Leino-Kilpi, 1998). Knowledge is divided into six dimensions: bio-physiological, functional, experiential, social, ethical, and financial(Heikkinen, 2007; Johansson, 2007; Leino-Kilpi, 2005; Rankinen, 2007; Ryhänen, 2012). It is assumed that the more patients' knowledge expectations are met with received knowledge, the greater the chance of patient empowerment(Heikkinen, 2007; Rankinen, 2007; Ryhänen, 2012) and the best possible recovery (Heikkinen, 2007; Mancuso, 2008; Noble, 2006). It is not possible to improve patient education with standard programs as the point of view of health care professionals may not always correspond with patient-knowledge requirements(Bourne, 2010). Specific information should be provided according to their learning needs to build new knowledge(Heikkinen, 2007; Kirsi Johansson, 2007; Rankinen, 2007; Suhonen, 2012;

Valkeapää, 2014; Visser, 2001). Many studies analyze information given to patients and their degree of satisfaction with it but is not as common to analyze patient expectations or the perception of knowledge received after discharge when patients are at home. Numerous factors have to be considered following joint replacement surgery to ensure good recovery. Providing patients with all the necessary information, and being sure that they fully understand it, during their short hospitalization can be difficult(Anastasios, 2011; Eurostat, 2014; Heikkinen, 2007; Lorda, 2008; Palese, 2011; Valkeapää, 2014).

The study questions were:

- a) What knowledge do orthopaedic patients expect to have prior to the surgical procedure?
- b) What knowledge do orthopaedic patients receive following their surgical procedure?
- c) Do patients receive the knowledge they expect?
- d) How are demographic variables associated with patient's knowledge expectations and with the knowledge they receive?
- e) What perception of the knowledge received during the hospital stay do orthopaedic patients have 6-7 months after surgery?

## **METHODS**

### **Aim**

This study wanted to describe and compare knowledge expectations and received knowledge of elective orthopaedic surgery patients.

### **Design**

This study has a descriptive and comparative design, part of an European project called Empowering Surgical Orthopaedic Patients Through Education(ESOPTE, 1998), involving 7 European countries. It was carried out in 5 public hospitals in Spain over a period of three years from 2009 to 2012. This study took measurements at three time-points: before hospital admission, at discharge and at follow-up six-seven months after discharge.

### **Sample**

Participants were orthopaedic patients under elective hip or knee replacement. The inclusion criteria were: aged over 18 years, voluntary participation, Spanish speaking, no cognitive disabilities, capable of completing the questionnaire, giving informed consent, and surgery indicated due to OA. The exclusion criterion was non-elective surgery. The patients recruited followed the admission and patient-education protocols for each hospital.

Patient sample size was based on a statistical power of 0.9 and a 0.8 difference in mean scores with 0.95 standard deviation within groups at a significance level of 0.01. Thus, a minimum of 220 patients were required for the pre-test sample and 132 for post-test and follow up.

### **Data collection**

A parallel instrument on empowering knowledge was used. The Expected Knowledge of hospital patients-scale (EKHP) was used for the first round of data collection and the two part Received Knowledge of hospital patients-scale (RKHP) was used at discharge (RKHP-1) and at follow-up 6-7 months after surgery (RKHP-2) (Leino-Kilpi, 2005). The EKHP and RKHP were developed in Finland where content validity and reliability were tested (Cronbach's alpha for total scale = 0.91) (Leino-Kilpi, 2005, 1998; Leino-Kilpi, 1999; Rankinen, 2007; Valkeapää, 2014) and have been used in some European countries with surgical patients(Heikkinen., 2007; Montin, 2010; Rankinen, 2007). For this study, the scales' internal consistences were similar to the original; Cronbach's alpha was 0.91 for EKhp, 0.94 for RKhp-1 and 0.86 for RKhp-2. These parallel, 40-item instruments have subscales: biophysiological (questions 1 to 8: e.g., illness, symptoms, examinations, treatment and complications), functional (questions 9 to 16; e.g., mobility, rest, nutrition and body hygiene), experiential (questions 17 to 19; emotions and experiences), ethical (questions 20 to 28; e.g., rights, duties, participation in decision-making and confidentiality),



social (questions 29 to 34; e.g., significant others, support persons and patient organizations) and financial (questions 35 to 40; e.g., costs, benefits and insurance) knowledge. Statements were ranked on a 4-point scale (1 = fully agree - 4 = fully disagree, 0 = not applicable in this case). The higher the score, the greater the patient's knowledge expectations, or the more knowledge received.

Demographic data collected included age, gender, educational level, employment status, employment in health care or social services, having a chronic illness, type of surgery (hip or knee arthroplasty), previous admission to the hospital before the current procedure, days of hospitalization and destination at discharge.

Prior to admission, the patients received a letter describing the study, written instructions on how to fill out the questionnaires, and the first questionnaire (EKHP). The patients returned the EKHP on the day of admission. The second questionnaire, RKHP-1, was filled out at discharge and returned to the ward nurse, and the third questionnaire (RKHP-2) was given to patients at the same time to be filled out and returned by mail 6-7 months later. The research team made a reminder-call to each patient.

### **Ethical considerations**

The study was approved by the ethical and research committee at Hospital Clínic, Barcelona (Exp. # 2010/5955 \*2010/5915) and at the others hospitals. The ethical principles for research involving human subjects of the Declaration of Helsinki (2008) were applied during the whole study. Patients were informed about the purpose and procedures of the study and the principles of voluntariness and confidentiality. A written informed consent was obtained from all patients prior to completing the questionnaire preoperatively.

### **Data analysis**

Continuous variables were described using mean and standard deviation and categorical variables with frequencies and percentages. The total of all scale scores was reversed from the original order for better understanding in the statistical analysis (original: 1=fully agree and 4=fully disagree, reversed: 4=fully agree and 1= fully disagree).

The EKHP and RKHP dimensions were constructed by calculating the means for the corresponding items, including only those the patients who had answered at least 50% of the items in each dimension. The total index of the scales was calculated by using the means of all 40 items. New variables were created to calculated the differences between scales.

The relationships between different continuous variables of expectations and knowledge received were analyzed using the nonparametric Wilcoxon test. For comparison of demographic variables in accordance with the scale scores, the nonparametric Mann Whitney U test (2 categories) or Kruskal-Wallis test (more than 2 categories) were used. All data

were analyzed statistically using the SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). In all tests, statistical significance was set at 0.05 (Petrie, 2006).

## **RESULTS**

### **Sample characteristics**

A total of 263 orthopaedic surgery patients were enrolled in the study from 5 public hospitals in Spain. Mean age was 70 years old (range 38 to 87 and SD 8.5) and majority of the patients were females (73,9%), retired, with basic education, and suffered from other chronic illnesses in addition to OA. Patients spent a mean of 7.6 days in hospital. Some 80% of the participants had had previous contact experience with the hospital but only 7% were employed in health or social care. Almost all patients were admitted for total knee arthroplasty (97.5%) while just 6 had a total hip arthroplasty. Most patients went home following discharge although 5.58% of the participants went to another health care organization. Patients' sociodemographic data are shown in Table 1.

### **Knowledge expectations and received knowledge**

The participants had high expectations of knowledge in all dimensions (3, 23; SD 0.73) (Table 2). The highest knowledge expectations were recorded in the bio-physiological (3.5; SD 0.68) and functional (3.32; SD 0.86) dimensions, whereas the lowest expectations were in the experiential (2.97; SD 1.08) and financial (3.01; SD 1.1). In the bio-physiological dimension, the highest expectations related to knowledge of the tests that would be performed on them, their preparation and how outcomes would be measured. In the functional dimension, the highest expectations related to aspects such as the kind of physical exercise they could take, while, in the experiential dimension, knowledge about feelings, the illness and how its treatment may affect them was the item with lowest expectations.

Patients perceived that they received less knowledge than expected in all dimensions with a total mean of 2.91 (SD 0.89) (Table 2). The highest scores were on the biophysiological (3.16; SD 0.88) and functional (3.17; SD 0.85) dimensions; patients perceived that they received the most knowledge on exactly those items on which they expected to receive the most. The lowest score was on financial (2.54; SD 1.27). The differences between received knowledge and knowledge expectations were negative in all dimensions. Expectations of knowledge were not covered by the knowledge received during the hospital stay (-0.34; SD 0.96) although the functional dimension was the only one with a nonstatistically significant difference (-0.14; SD 1.04).

Patients had a higher perception of knowledge received during hospitalization at 6-7 months after surgery (3.28 SD 0.66) than at discharge (2.9 SD 0.89). Perceptions of all knowledge dimensions were higher except the financial dimension, which was lower with

a difference of -0.34 (SD 0.96). The social dimension was also higher but not statistically significant. (Table 3).

### **Patients' demographic characteristics related to expectations and received knowledge.**

There were some statistically significant differences between expected knowledge, received knowledge, and the gap between them with respect to sociodemographic data (Table 4). The sociodemographic factor with a significant p-value on the RKHP-1 scale was gender and on the EKHP scale it was employment status. Regarding differences, the RKHP and EKHP scores showed the positive influence of previous contact with the hospital.

Expectations of knowledge were significantly related to employment status (Table 5). Patients working at home (3.4 SD 0.8) and retired (3.5 SD 0.7) patients had significantly more expectations on the functional dimension. On the other hand, unemployed patients (3.5 SD 0.5) had higher expectations in social aspects.

Received knowledge showed statistically significant differences according to gender (Table 6). In general, men showed more knowledge received than women and this was statistically significant on the ethical (3.0 SD 1) and financial (2.9 SD 1.2) dimensions.

Patients who had had previous contact experience with the hospital felt that their expectations and received knowledge were better covered (-0.25 SD 0.9) than patients who were admitted to the hospital for the first time (-0.62 SD 0.1) (Table 7).

## **DISCUSSION**

The aim was to determine whether patients with OA received the knowledge they expected during a hospital stay for hip and knee replacement. Patients are involved in a complex surgical process which generates expectations about what they want to know and learn. To evaluate patient-empowering education, it is important to compare expectations of knowledge with the knowledge they actually receive (Valkeapää, 2014).

Our results showed that patients have high knowledge expectations prior to surgery in all dimensions and that knowledge received does not cover them. Surgical patients experience symptoms such as pain, nausea and dizziness and they want to learn how to cope with them after their operation. In accordance with previous studies (Heikkinen, 2007; Montin, 2010; Valkeapää, 2014), bio-physiological issues generate the greatest learning needs. In addition to the symptoms mentioned above, surgical procedures involve physical intrusion into the patient's body and cause functional limitations. All forms of orthopaedic surgery affect the patient's everyday life in one way or another (Johansson, 2004; Vogel, 2008). Consequently, the coping skills required to deal with the new situation in activities of daily

living and mobility also generated high knowledge expectations. These expectations have a relationship with the employment status of our patients. Homemakers and the retired were more interested in the functional dimension, probably because these patients would need extra care from their significant others during convalescence due to comorbidity associated with their age (Eurostat, 2014; MSPS, 2011; Klemetti, 2014). Study results showed that unemployed patients are more interested in being informed about social aspects, probably because they are more worried about the consequences of the surgery on their job prospects than retired or employed patients, whose social environments may be more stable.

A positive correlation between individualized care and patient satisfaction has been found (Anastasios, 2011; Suhonen, 2012). Not all surgical patients necessarily need the same knowledge and therefore it is important that education for patients is individually tailored as far as possible to provide a satisfactory level of knowledge (Rankinen, 2007). In our study, the perception of received knowledge at discharge differed between women and men. Women seem, in the main, to be less satisfied with information received on decision-making, confidentiality, rights, responsibilities and financial issues than men. These differences could be explained by our culture, where Spanish women have historically had the role of family caregivers. (Abellán, 2013; MSPS, 2011).

Results also showed that over time, satisfaction with received knowledge changes and at 6-7 months the patients have a better perception of received knowledge than at discharge, with the exception of knowledge in the financial dimension. Following complex surgery such as arthroplasty, discharge is a stressful time. The patients leave the safe environment of the hospital, where all their needs are covered, to go home where they will experience a number of difficulties. The return home revealed that the financial dimension did not follow the same pattern as the others. At first, aspects related to costs generated low knowledge expectations which could be explained by the fact that our study was carried out in Spanish public hospitals where patients do not have to pay for the services or resources dedicated to them. However, during convalescence at home, patients have to pay for any post-surgical costs, including transport and any treatment received to ensure complete rehabilitation. Consequently, patients expressed more dissatisfaction at 6-7 months following surgery than at the time of discharge. In Spain, the family assumes responsibility for care of the patient, including costs that may not have been anticipated before the procedure took place.

Patients in our study did not have their knowledge expectations covered except in the functional dimension. Only in the cases where patients had had previous contact with the hospital did patients report that knowledge met their expectations. Thus, we can say that being familiar with the hospital environment reduces stress and facilitates the patient's acquisition of knowledge. The experiential dimension would be exempt from this statement as the emotions and feelings are particular to each procedure and hospital stay. Not meeting

the expectations of patients may be due to a number of factors(Heikkinen, 2008; Lorda, 2008). One possible explanation could be that patients are not capable of taking so much information on board during a relatively brief hospital stay (Heikkinen, 2008).

This study has some limitations that warrant attention. The non-random choice of hospitals means that the results can not be generalized. The sample contained a vast majority of patients undergoing knee replacement surgery and only six patients receiving a hip replacement. Finally, differences in education protocols between hospitals were not included as a variable in our study.

## **CONCLUSIONS**

Study results indicate that patients undergoing knee replacements consider that knowledge received during hospitalization did not meet their knowledge expectations. It is assumed that the more patients' expectations of knowledge are met with received knowledge, the greater the chances of patient empowerment. It is necessary to provide specific information according to their needs to build new knowledge, and not only in the biophysiological and functional dimensions. Education should be more holistic and multidimensional without losing sight of the importance of individualized education which helps patients to make decisions about their own health. It would appear beneficial to extend educational interventions to all surgical procedures, not only during hospitalization as this can be a period of stress which is not conducive to the learning process. Pre-surgery ambulatory education and reinforcement of the information when patients are at home could improve patients' capacity to understand, learn, integrate and retain information. Nurses have to be encouraged to innovate when planning and providing patient education on surgery to facilitate the patient empowerment process.

The future implications from the study are based on a patient-centered education along the perioperative process. Information giving during the short time in the hospital stay, it's not enough to support the patient's empowerment process.

## REFERENCES

- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. [ICOMM]. Retrieved from: <http://en-vejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e1717
- Anastasios, M., Aggeliki, A., Evridiki, P., Evdokia, A., Maria, H., Michail, R., ... Chryssoula, L. (2011). Satisfaction of Surgical Patients in the Cyprus Governmental Hospitals. *Nursing Care & Research/Nosileia Kai Ereuna*, (31)
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282
- Bourne, R. B., Chesworth, B. M., Davis, A. M., Mahomed, N. N., & Charron, K. D. J. (2010). Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 468(1), 57–63
- Cobos, R., Latorre, A., Aizpuru, F., Guenaga, J. I., Sarasqueta, C., Escobar, A., ... Herrera-Espineira, C. (2010). Variability of indication criteria in knee and hip replacement: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 249
- Comas, M., Román, R., Quintana, J. M., & Castells, X. (2010). Unmet needs and waiting list prioritization for knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 468(3), 789–797
- ESOPTE. Empowerment Surgical Orthopaedic Patients through Education . Turku, Finland: available from: department of Nursing science, University of Turku, 1998. (n.d.). [ICOMM]. Retrieved from [http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/epe/research/postdoc/P ages/eepo.aspx](http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/epe/research/postdoc/Pages/eepo.aspx).
- Eurostat. European Health Survey (2014) [ICOMM]. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=1&type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase>
- Heikkinen, K., Helena, L.-K., Taina, N., Anne, K., & Sanna, S. (2008). A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 272–9.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., ... Salanterä, S. (2007). Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 270–278



- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & al, et. (2003). Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51, 239–45
- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212–223
- Johansson, K., Salanterä, S., & Katajisto, J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 84–91
- Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2004). Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 175–181.
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., ... Valkeapää, K. (2014). Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235–241
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A., ... Hunder, G. G. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 26–35
- Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salanterä, S. (2005). Patient Education and Health-related Quality of Life: Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 307–316
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., & Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(2), 116–123
- Leino-Kilpi, H., Maenpää, I., & Katajisto, J. (1999). Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3(3), 138–145
- Lorda, P. S., Barrio, I. M., Sánchez, C. M., Tamayo, M. I., Molina, A., Suess, A., & Jiménez, J. M. (2008). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 191–198)
- Mancuso, C. A., Graziano, S., Briskie, L. M., Peterson, M. G. E., Pellicci, P. M., Salvati, E. A., & Sculco, T. P. (2008). Randomized trials to modify patients' preoperative ex-

- pectations of hip and knee arthroplasties. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 466(2), 424–431
- Mariconda, M., Galasso, O., Costa, G. G., Recano, P., & Cerbasi, S. (2011). Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 222
- MedLine. Osteoarthritis. (2016). [ICOMM]. Retrieved from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/osteoarthritis.html>
- Montin, L., Johansson, K., Kettunen, J., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2010). Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopedic Nursing*, 29(4), 246–53
- MSPS: Informe sobre las mujeres mayores en España. (2011). [ICOMM]. Retrieved from [www.msps.es/novedades/docs/mujeresBorrador.pdf](http://www.msps.es/novedades/docs/mujeresBorrador.pdf)
- Muniesa, J. M., Marco, E., Tejero, M., Boza, R., Duarte, E., Escalada, F., & Cáceres, E. (2010). Analysis of the expectations of elderly patients before undergoing total knee replacement. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), e83–e87
- Noble, P. C., Conditt, M. A., Cook, K. F., & Mathis, K. B. (2006). The John Insall Award: Patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 452, 35–43
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCG Framework. *Health Policy*, 105(1), 55–64
- OECD (2013), *Health at Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. . (n.d.). [ICOMM]. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
- Osborne, R. H., Buchbinder, R., & Ackerman, I. N. (2006). Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 90
- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., ... Karlou, C. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341–350
- Petrie, A. (2006). Statistics in orthopaedic papers. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. British Volume, 88(9), 1121–1136. JOUR. <http://doi.org/88-B/9/1121> [pii]
- Pueyo, M. J., Surís, X., Larrosa, M., Auleda, J., Mompart, A., Brugulat, P., ... de la Puente, M. L. (2012). Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 30–36.



- Rankinen, S., Salantera, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2007). Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 19(2), 113–119
- Riu, M., Muniesa, J. M., Leal, J., Cots, F., Cáceres, E., & Castells, X. (2009). Evaluation of the impact of the introduction of a functional knee arthroplasty unit. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 444–447
- Ruiz, R. B. (2012). La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. *Revista Finlay*, 2(3), 187–201. JOUR.
- Ryhänen, A. M., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H., & Leino-Kilpi, H. (2012). The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 224–231
- Serra-Sutton, V., Martínez, O., Allepuz, A., Espallargues, M., Nardi, J., & Pallisó, F. (2011). Registre d'artroplasties de Catalunya. Resultats de maluc i genoll 2005-2008. *Revista de Cirurgia Ortopèdica I Traumatologia*, 1, 58–74
- Spanish Society of Rheumatology. (2014). [ICOMM]. Retrieved from [http://www.ser.es/actualidad/Informes\\_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe](http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe)
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., ... Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372–380
- Valkeapää, K., Klemetti, S., Cabrera, E., Cano, S., Charalambous, A., Copanitsanou, P., ... Katajisto, J. (2014). Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 597–607
- Visser, A., Deccache, A., & Bensing, J. (2001). Patient education in Europe: united differences. *Patient Education and Counseling*, 44(1), 1–5
- Vogel, B. A., Bengel, J., & Helmes, A. W. (2008). Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 79–85
- Zabalegui Yarnoz, A., Vidal Milla, A., Soler Gómez, D., Latre Méndez, E., & Fernández Ortega, P (2002). Qué es el afrontamiento?. *Revista de Enfermería*, 25(7–8), 72–6

**Table 1: Demographic characteristics**

MEAN AGE (SD)	257.7	0 (8,5)
MEAN DAYS IN HOSPITAL (SD)	209	7,6 (1,47)
GENDER		
Female	187	73,90%
Male	66	26,10%
EDUCATION		
Basic or less	150	61,20%
Primary school	53	21,60%
Secondary school	42.1	7,10%
ACADEMIC DEGREE		
None	170	80,95%
Vocational education	23.1	0,95%
Diploma	9	4,29%
University degree	8	3,81%
EMPLOYMENT STATUS		
Employed	30.1	3,30%
Retired	125	55,60%
Working at home	64	28,40%
Unemployed	4	1,80%
Other	2	0,90%
EMPLOYED IN HEALTH/SOCIAL CARE		
Yes	18	7%
No	238	93%
OTHER CHRONIC ILLNESS		
Yes	138	55,40%
No	111	44,60%
PREVIOUS HOSPITAL CONTACT		
Yes	208	80%
No	2	20%
KIND OF OPERATION		
Hip arthroplasty	6	2,50%
Knee arthroplasty	237	97,50%
DESTINATION AT DISCHARGE		
Home	203	94,42%
Different care organization	12	5,58%

**Table 2: Received and Expected knowledge, and the differences<**

Dimensions of knowledge	RKhp-1		EKhp		Difference		p-value
	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	
Bio-physiological	226	3.16 (0.88)	260	3.5 (0.68)	225	-0.36 (0.94)	**0,001
Functional	224	3.17 (0.85)	260	3.32 (0.86)	223	-0.14 (1.04)	0.073
Experiential	220	2.69 (1.16)	251	2.97 (1.08)	221	-0.37 (1.38)	**0,003
Ethical	222	2.7 (1.08)	258	3.11 (0.88)	221	-0.42 (1.13)	**<0.001
Social	221	2.96 (0.94)	257	3.25 (0.75)	219	-0.26 (1.07)	**0,001
Financial	206	2.54 (1.27)	239	3.01 (1.1)	219	-0.43 (1.59)	**<0.001
Total	226	2.91 (0.89)	260	3.23 (0.73)	225	-0.34 (0.96)	**0,00

Note: \*p <0,05, \*\*p<0,01

**Table 3 : Perception of knowledge received at discharge and 6-7 months later**

Dimensions of knowledge	RKhp-2		Rkhp-1		Difference		p-value
	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	
Bio-physiological	163	3.69 (0.62)	226	3.16 (0.88)	165	-0.42 (0.95)	**<0.001
Functional	161	3.56 (0.65)	224	3.17 (0.85)	163	-0.27 (0.96)	**0,002
Experiential	156	3.61 (0.77)	220	2.69 (1.16)	161	-0.71 (1.2)	**<0.001
Ethical	157	3.13 (0.88)	222	2.7 (1.08)	161	-0.37 (1.21)	*0,024
Social	60	3.18 (0.81)	221	2.96 (0.94)	161	-0.17 (1.21)	0,878
Financial	152	2.45 (1.05)	206	2.54 (1.27)	161	0.46 (1.87)	0,06
Total	163	3.28 (0.66)	226	2.91 (0.89)	165	-0.26 (1.02)	*0,036

Note: \*p <0,05, \*\*p<0,01

**Table 4: Demographic data relationships with received and expected knowledge**

	RKhp_1		Ekhp		Difference				
	N	Mean (SD)	p-value	N	Mean (SD)	p-value	N	Mean	p-value
<b>GENDER</b>									
			*0.045			0.696			0,196
Female	160	2.8 (0.9)		185	3.2 (0.8)		159	-0.37 (0.9)	
Male	60	3.1 (0.8)		66	3.3 (0.7)		60	-0.18 (1.0)	
<b>EDUCATION</b>									
			0.588			0.44			0,994
Basic or less	131	2.9 (0.9)		150	3.2 (0.7)		131	-0.34 (0.9)	
Primary school	46	2.8 (1)		52	3.1 (0.8)		45	-0.32 (1.2)	
Secondary school	35	3 (0.8)		41	3.3 (0.7)		35	-0.34 (0.8)	
<b>ACADEMIC DEGREE</b>									
			0.995			0.254			0,713
None	149	2.9 (0.9)		170	3.2 (0.7)		149	-0.29 (1.0)	
Vocational education	21	2.9 (1)		23	3.4 (0.8)		21	-0.44 (0.8)	
Bachelor's degree	6	2.9 (0.8)		9	3.6 (0.2)		6	-0.69 (0.9)	
University degree	6	3 (0.8)		8	3.3 (0.7)		6	-0.23 (1.0)	
<b>EMPLOYMENT STATUS</b>									
			0.624			*0.030			0,275
Employed	23	2.9 (0.7)		29	3 (0.7)		22	-0.04 (0.9)	
Retired	113	2.9 (0.9)		124	3.3 (0.7)		113	-0.37 (1.0)	
Working at home	57	2.9 (0.9)		64	3.4 (0.7)		57	-0.47 (0.9)	
Unemployed	3	2.1 (0.5)		3	3.1 (0.7)		3	-0.99 (0.3)	
Other	1	2.9		2	4 (0)		1	-1,0811	
<b>EMPLOYED IN HEALTH/SOCIAL CARE</b>									
			0.287			0.934			0,265
Yes	15	3.2 (0.7)		18	3.3 (0.7)		15	-0.06 (0.8)	
No	205	2.9 (0.9)		236	3.2 (0.7)		205	-0.35 (1.0)	
<b>OTHER CHRONIC ILLNESS</b>									
			0.317			0.587			0,967
Yes	119	2.8 (0.9)		137	3.2 (0.8)		119	-0.33 (1.0)	
No	98	3 (0.8)		111	3.3 (0.7)		98	-0.3 (0.9)	
<b>PREVIOUS HOSPITAL CONTACT</b>									
			0.272			0.248			*0,018
Yes	178	2.9 (0.9)		206	3.2 (0.8)		178	-0.25 (0.9)	
No	46	2.8 (0.9)		52	3.4 (0.6)		46	-0.62 (1.0)	
<b>KIND OF OPERATION</b>									
			0.431			0.557			0,052
Hip arthroplasty	3	2.3 (1.2)		6	3.2 (0.5)		3	-1.39 (1.2)	
Knee arthroplasty	214	2.9 (0.9)		243	3.2 (0.7)		213	-0.31 (1.0)	

Note: \*p <0,05

**Table 5: Relationship between employment status and expected knowledge**

Dimensions of knowledge	Employment Status					p-value
	Employed	Retired	Housework	Unemployed	Others	
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Bio-physiological	3.4 ± 0.6	3.6 ± 0.7	3.6 ± 0.6	3.3 ± 0.6	4 ± 0	0.163
Functional	3.1 ± 0.8	3.4 ± 0.8	3.5 ± 0.7	3 ± 1.3	4 ± 0	*0.029
Experiential	2.7 ± 1	3.1 ± 1	3.2 ± 1.1	2.4 ± 1.4	4 ± 0	0.057
Ethical	2.9 ± 0.8	3.2 ± 0.9	3.2 ± 0.9	3.4 ± 0.5	4 ± 0	0.147
Social	3 ± 0.8	3.4 ± 0.6	3.4 ± 0.7	3.5 ± 0.5	4 ± 0	*0.025
Financial	2.8 ± 1.1	3 ± 1.1	3.2 ± 1.1	2.9 ± 0.7	4 ± 0	0.188
Total	3 ± 0.7	3.3 ± 0.7	3.4 ± 0.7	3.1 ± 0.7	4 ± 0	*0.030

Note: \*p <0,05

**Table 6: Relationship between gender and received knowledge**

Dimensions of knowledge	Gender		p-value
	Women	Men	
	Mean ± SD	Mean ± SD	
Bio-physiological	3.1 ± 0.9	3.3 ± 0.8	0.090
Functional	3.1 ± 0.9	3.3 ± 0.7	0.172
Experiential	2.6 ± 1.2	2.9 ± 1.1	0.179
Ethical	2.6 ± 1.1	3.0 ± 1.0	*0.020
Social	2.9 ± 1.0	3.1 ± 0.9	0.279
Financial	2.4 ± 1.3	2.9 ± 1.2	*0.031
Total	2.8 ± 0.9	3.1 ± 0.8	*0.045

Note: \*p <0,05

**Table 7: Relationship between previous hospital contact and the difference between knowledge received and previous expectations**

Dimensions of knowledge	Previous hospital contact		p-value
	Yes	No	
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Bio-physiological	-0.28 (0.9)	-0.59 (1.0)	*0,043
Functional	-0.07 (1.0)	-0.46 (1.0)	*0,022
Experiential	-0.25 (1.3)	-0.46 (1.4)	0,354
Ethical	-0.33 (1.1)	-0.72 (1.2)	*0,041
Social	-0.23 (1.1)	-0.58 (1.1)	0,05
Financial	-0.35 (1.4)	-1.0 (1.5)	*0,012
Total	-0.25 (0.9)	-0.62 (0.1)	*0,018

Note: \*p <0,05



### 5.3 Artículo 3

“Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey”.

Artículo publicado en *International Journal of Nursing Practice*.

Impact Factor: 0.98, según la ISI Journal Citation Reports: 2015

Accepted for publication April 2013.

**I**NTERNATIONAL JOURNAL  
of NURSING PRACTICE

*International Journal of Nursing Practice* 2013; ••: ••–••

## *Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey*

**Kirsi Valkeapää\* PhD RN**

*Adjunct Professor, Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland*

**Seija Klemetti PhD RN**

*Researcher, Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland  
CNS, Department of Head and Neck Surgery, University Hospital of Turku, Turku, Finland*

**Esther Cabrera PhD RN**

*Director of Health Science School, Health Science School, Tecno Campus, Mataró-Maresme, Spain*

**Sara Cano RN PhD student**

*General Hospital of Catalonia, Catalonia, Spain*

**Andreas Charalambous PhD RN**

*Lecturer, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus*

**Panagiota Copanitsanou RN PhD student**

*Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece*

**Brynja Ingadottir CNS RN PhD student**

*Landspítali University Hospital, Iceland and Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden*

*Correspondence: Seija Klemetti, Department of Nursing Science, FI-20014 University of Turku, Turku 20500, Finland. Email: seija.klemetti@utu.fi*

This study was financially supported by

Finland: University of Turku; The Academy of Finland; The Finnish Association of Nursing Research; The Finnish Foundation of Nursing Education

Cyprus: The Cyprus University of Technology

Spain: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Sweden: The Swedish Rheumatism Association and the County Council of Östergötland

Iceland: The Landspítali University Hospital Research Fund; The Akureyri Hospital Science Fund; The University of Akureyri Science Fund; the KEA fund, Akureyri; The Icelandic Nurses' Association Science Fund

Conflict of Interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

Author contributions

KV, HL-K were responsible for the study conception and design. KV, PC, ÅJS, AC, EP, BI, SC, AKS, NI performed the data collection and JK the data analysis. KV and SK were responsible for the drafting of the manuscript. Translation of the questionnaire and obtaining ethical permissions for the data collection in their own country was performed by KV, PC, MU, ÅJS, AC, EP, BI, AKS, EC, AZ, NI and cultural adaptation by PS, CL, AC, EP, BI, AKS, MU, ÅJS, EC, AZ. All authors have made their critical revisions and approved the final version.

\*(ex.Johansson).

doi:10.1111/ijn.12189

© 2013 Wiley Publishing Asia Pty Ltd

**Natalja Istomina PhD RN***Adjunct Professor, Department of Nursing, Klaipeda University, Klaipeda, Lithuania***Åsa Johansson Stark BSC RN PhD student***Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden***Jouko Katajisto M. SocSci***Lecturer, Department of Statistics, University of Turku, Turku, Finland***Chryssoula Lemonidou PhD RN***Professor, Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece***Evriliki Papastavrou PhD RN***Professor, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus***Arun K Sigurdardottir PhD RN***Professor, School of Health Sciences, University of Akureyri, Akureyri, Iceland***Panayota Sourtzi PhD RN***Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece***Mitra Unosson PhD RN***Professor, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden***Adelaida Zabalegui PhD RN***Professor, Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona, Spain***Helena Leino-Kilpi PhD RN***Professor, Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland**Nurse Manager, Hospital District of Southwest Finland, Turku, Finland**Accepted for publication April 2013*

Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, Cano S, Charalambous A, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, Johansson Stark Å, Katajisto J, Lemonidou C, Papastavrou E, Sigurdardottir AK, Sourtzi P, Unosson M, Zabalegui A, Leino-Kilpi H. *International Journal of Nursing Practice* 2013; ••: ••–••

**Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey**

Ageing population entails a growing international problem of osteoarthritis. Best practices for education of these patients are lacking. This study focused on empowering education in Northern (Finland, Iceland, Lithuania and Sweden) and Southern Europe (Cyprus, Greece and Spain). The aim was to analyse associations between expected knowledge and background factors. The data were collected from European arthroplasty patients with the Knowledge Expectations of hospital patients- scale, (KE<sub>hp</sub>- scale), including bio-physiological, functional, experiential, ethical, social and financial dimensions. Patients had essential bio-physiological and functional knowledge expectations. Women expected more than men, employed less than retired, unemployed or who worked at home. Generally, patients in Northern countries expected more than in Southern countries. However, highest expectations were found in Sweden and Greece, lowest in Spain and Cyprus. There are differences in knowledge expectations based on patients' backgrounds. Development of common standards in European patient education needs further research.

**Key words:** empowering patient education, knowledge expectations, orthopaedics.



## INTRODUCTION

In today's united Europe, health care has a growing role in the European collaboration. However, there might be differences between countries in the standards of nursing care, and patient education is one of the areas with potential differences.<sup>1</sup> Development of internationally accepted methods, for example in patient education, could therefore contribute to more equal health care. Furthermore, cultural characteristics of the European regions, such as Northern and Southern Europe, might lend special richness to the collaboration and opportunities for cultures to learn from each other.<sup>2</sup> Increasing immigration requires health-care professionals to assimilate their strategies when providing care and education to culturally diverse populations. However, in order to reach the goal of equality in health care in Europe, we need equal patterns and collaborating scientific research between different cultural areas.<sup>3</sup> Furthermore, The Euro Health Consumer Index (EHCI 2012)<sup>4</sup> indicates that European health care is not equal, although health care in Europe is better than ever and still keeps improving. Collaboration between European countries in different areas, including patient education, is desirable in order to reach the goal of equivalent health care in European countries.

Besides culturally bound ideas of the society, such as participation of significant others, differences in health-care systems in Northern and Southern European countries have been explained, for example by different stages of development of the system and nurses' educational backgrounds, employment situation or work satisfaction.<sup>5-7</sup> However, research on patient education seems to be insufficient on European level. There is a gap between scientific evidence and nursing practice. National and joint European resources could therefore be a force in the creation of common standards of patient education in European nursing practice.<sup>8</sup>

In Europe, like in many other continents, osteoarthritis is a chronic health problem requiring active patient participation in decision making and self-management.<sup>9</sup> A higher rate of hip and knee replacements has been found in Northern Europe.<sup>10</sup> Thus, there are differences between Northern and Southern Europe regarding the incidences. However, a globally ageing population entails a growing problem of osteoarthritis as a common burden.<sup>11</sup> Furthermore, it seems that best practices for education of orthopaedic patient, specifically in the surgical context, are lacking worldwide.

Patient's education for orthopaedic patients undergoing surgery is important for several reasons. First and foremost, patients have the right to be informed in the field of their health problem or treatment. In some countries, such as Finland, Greece, Iceland and Sweden, this right is even statutory.<sup>12-16</sup> Second, increasing numbers of surgical osteoarthritis patients in the area of European Union,<sup>17-21</sup> among the growing older population<sup>22-25</sup> with short hospital stays,<sup>22-24</sup> put more focus on education of the patients. There are arthritis self-management programmes,<sup>26</sup> the treatment of osteoarthritis of the knee and hip,<sup>27</sup> as well as the requirements for orthopaedic implants.<sup>28</sup> The principles of orthopaedic surgeries are commonly identified in the Nordic countries,<sup>29</sup> and on national level there are recommendations for hip and knee osteoarthritis treatment, including surgical treatment.<sup>30-32</sup> Third, there is a high emphasis on national and international health-care strategies on patients' self-management, self-care and self-responsibility for their own health and care.<sup>33</sup> Fourth, the availability of health- and care-related information has increased due to easy access to databases (e.g. via the Internet), where patients can easily find information.<sup>34</sup> Fifth, the importance of patient education is stated in the curricula of health-care professionals on both national<sup>35-38</sup> and European levels.<sup>39</sup> However, patients have their own expectations about providing patient education.<sup>40</sup>

Expectations are defined as cognitions about experiences in the future,<sup>41</sup> which often exist before substantial information. Expectations about some phenomena influence patient's behaviour and attitudes which, in turn, influences subsequent expectations.<sup>42</sup> Patients' expectations have also been divided in two different ways: as probabilities, what the patient believes to occur, and as values, what the patient wants and needs<sup>43</sup> and they are affected by background factors. For example, elderly females, patients with low educational level and retired people expect more knowledge.<sup>44-46</sup> Furthermore, differences in cultural backgrounds in different countries cause variation in standards and prevailing practices in health care,<sup>3,47</sup> responsiveness of which might predict patients' expectations about the care they are going to get.<sup>47</sup> The orthopaedic patients undergoing joint replacement surgery have knowledge expectations related to issues such as arthritis, rehabilitation and functional recovery, which issues could be alleviated through patient education.<sup>48</sup> Patient education has a demanding challenge to create interventions and ensure that patients'

informational needs, expectations and received knowledge will meet.<sup>40,45,49–52</sup>

In this study, the theoretical basis is empowering patient education, where the emphasis is on assessing patients' knowledge expectations and measuring the knowledge they receive.<sup>46,53–56</sup> It is assumed that the more patients' expectations of preoperative knowledge are met with the received knowledge, the more possibilities there are for empowerment,<sup>46</sup> self-management and the best possible recovery.<sup>57,58</sup> This theoretical approach is based on social-psychological theories and constructive learning theory. The main emphasis is on the individual's own cognitive processing and use of knowledge. It has its roots in the empowerment theory<sup>59</sup> but has been specifically developed for nursing care purposes<sup>53,54</sup> and is used particularly in the education of long-term patients,<sup>60</sup> health counselling<sup>61</sup> and in some specialized fields, such as orthopaedic health care.<sup>46,56</sup>

The focus of this study is on the knowledge expectations of orthopaedic patients in the surgical context in Northern (Finland, Iceland, Lithuania and Sweden) and Southern (Cyprus, Greece and Spain) Europe. The aim of this study was to describe and compare the patients' expected knowledge before knee and hip replacement in seven European countries and analyse associations between expected knowledge and background factors.

The study questions were:

1. What knowledge do orthopaedic patients expect to have prior to the surgical procedure?
2. What background factors are connected with these expectations?

## METHODS

### Design and participants

A descriptive survey of orthopaedic patients in the surgical context in seven European countries was carried out and data were collected during the years 2009–2012. The required sample size, at least 1.540 patients, was based on power calculation<sup>62</sup> with a power level of 0.90 and 0.8 difference of mean scores with 0.95 standard deviation within groups at the significance level of 0.01. The following inclusion criteria were applied: The patients must: (i) be able to understand Finnish/Icelandic/Lithuanian/Swedish/Cypriot/Greek or Spanish; (ii) be able to complete the questionnaires independently or with help from others; (iii) be 18 years of age or older; (iv) have volunteered to participate in the study and signed informed consent; and (v) be attending elective knee or

hip replacement surgery for osteoarthritis. The study is a part of a larger European project on empowering patient education of osteoarthritis patients in the surgical context.<sup>63</sup>

### Instrument and data collection

A previously tested, validated and inductively developed, structured instrument on empowering knowledge, Knowledge Expectations of hospital patients- scale [ $\mathbf{KE}_{hp}$ , 55, 46] was used. This 40-item instrument measures empowering knowledge from the point of view of knowledge expectations and includes six subscales: biophysiological (eight items; e.g. illness, symptoms, examinations, treatment and complications), functional (eight items; e.g. mobility, rest, nutrition and body hygiene), experiential (three items; emotions and experiences), ethical (nine items; e.g. rights, duties, participation in decision making and confidentiality), social (six items; e.g. significant others, support persons and patient organizations) and financial (six items; e.g. costs, benefits and insurances) knowledge. Statements were ranked on a 4-point scale (1 = fully disagree–4 = fully agree, 0 = not applicable in my case). The higher the score, the more knowledge expectations the patient had. In a previous study, the internal consistency of  $\mathbf{KE}_{hp}$  with Finnish surgical patients was satisfactory (Cronbach's alpha, total scale = 0.91, 38). In the present study, Cronbach's alpha for each of the dimensions ranged between 0.87 and 0.94, which further supports its reliability. The  $\mathbf{KE}_{hp}$  has been used and tested before with surgical patients;<sup>45,46</sup> this is the first time it has been used internationally.

The background factors of the patients included age, gender, basic education, and vocational education, employment status, employment in health care or social services, having chronic illness, having hip or knee arthroplasty, having first or more arthroplasties, having been in this hospital before, as well as country. The data were collected preoperatively from hip or knee arthroplasty patients prior to scheduled preoperative counselling. The questionnaire was attached to the patient's surgery appointment letter, delivered otherwise prior to surgery or handed out during admission, depending on the prevailing practice at the hospital. Patients returned the questionnaire at admission or posted it to researchers prior to surgery. The instruments with cover letters to respondents, as well as informed consent forms, were piloted in each country with a similar group of patients.

### Statistical analysis

In  $KE_{hp}$ , each dimension of expected knowledge was constructed by calculating the means of the corresponding items, including the patients who had answered at least 50% of items. The scores for each dimension is the mean scores for included items with a range between 1 and 4. The connections between the background factors and total scale of  $KE_{hp}$  were tested using the multifactor analysis of variance. Statistically significant background factors of multifactor analysis were further tested with two-sample *t*-test (gender) and one-way analysis of variance (employment status) for each dimension. In all tests, statistical significance was set at 0.05.<sup>62</sup> The statistical analyses were performed using SPSS 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

### Ethical issues of the study

The study was approved by the ethical authorities based on national standards in each country (reference numbers of ethical approvals: Iceland 09-084-SI; Spain 2010/5955; Sweden Dnr. M69-09; Greece 3029/17.08.2010; Cyprus Y.Y.15.6.17.9 (2); Finland ETMK:102/180/2008; Lithuania Sv 14,17/04/2009). Patients were informed about the purpose and procedures of the study and the principles of voluntariness and confidentiality. A written consent was obtained from all patients prior to completing the questionnaire.<sup>64</sup>

## RESULTS

### Characteristics of the sample

A total of 1634 orthopaedic surgery patients were enrolled in the study from seven countries. Most of the patients were women, retired and had lower education; their mean age was 67 years (standard deviation 10.7/range 25–91). The number of participants from different countries ranged between 172 (11%) and 279 (17%). The majority of patients came for knee arthroplasty and for the majority this operation was also their first arthroplasty (Table 1).

### Patients' knowledge expectations prior to their surgical procedure

The patients had high expectations [Mean 3.558, range 3.426–3.724 in all dimensions]. The highest knowledge expectations were on the bio-physiological and functional knowledge dimensions, whereas the lowest expectations were on the experiential as well as social dimension (Table 2).

### Patients' background factors related to the knowledge expectations

There were statistically significant relationships between patients' knowledge expectations and gender, employment status and country (Tables 3,4).

Significant differences in patients' knowledge expectations among the seven European countries were found. Significantly, most expectations had patients in Sweden and Greece and the least patients in Spain and Cyprus. Differences between Northern and Southern Europe were found but also among Northern and among Southern European countries. Patients in Northern countries expected significantly more than patients in Southern countries, except for Greece. In Finland, patients had significantly less expectations than patients in the other Northern countries but more in comparison with the Southern countries (Table 3).

Female patients had significantly more *ethical* and *social* expectations than males. Retired patients had significantly more *experiential*, *ethical* and *social* expectations than employed patients. Patients who worked at home had significantly more *social* expectations in comparison with employed patients. Others, whose employment status was not defined, had significantly more social expectations, but also more experiential expectations than employed patients (Table 4).

## DISCUSSION

The aim of this study was to describe the expected knowledge and related background factors of preoperative orthopaedic patients at European level. The results showed that orthopaedic surgery patients had high knowledge expectations prior to their surgery. They had higher knowledge expectations about probable occurrences during the surgical process but wanted also attention to their needs and fears. The highest expectations were not only related to the bio-physiological and functional dimensions of knowledge but also other rather essential dimensions of knowledge were represented.

Most participants in this study were women, older retired patients and patients with lower education, characteristics that are similar to those of participants in previous studies.<sup>44</sup> Thus, these patients are in need of intensive and effective patient education. Furthermore, bio-physiological and functional dimensions are reported to be the most essential issues among surgical patients in accordance with previous studies.<sup>45,46</sup> One possible explanation for this is that surgical patients, especially those

**Table 1** Characteristics of the sample ( $n = 1634$ )

Patients		<i>n</i>	%
Gender	Female	1007	61.7
	Male	596	37
	Missing	31	1.3
Basic education	Primary school	766	46.9
	Comprehensive school	425	26
	Matriculation examination	327	20
	Missing	116	7.1
Vocational education	No vocational education	694	42.5
	Secondary vocational education	329	20.1
	College level vocational education	229	14
	Academic degree	171	10.5
	Missing	211	12.9
Employment status	Employed	416	25.5
	Retired	875	53.5
	Working at home	166	10.2
	Unemployed/job applicant	30	1.8
	Other	57	3.5
	Missing	90	5.5
Employed in health or social care	Yes	257	15.7
	No	1339	81.9
	Missing	38	2.4
Chronic illness	Yes	720	44.1
	No	850	52
	Missing	64	3.9
Reason for hospital stay	Hip arthroplasty	600	37
	Knee arthroplasty	1001	61
	Missing	33	2
	First hip/knee arthroplasty	1103	67
	Second or more hip/knee arthroplasty	322	20
	Missing	209	13
Previously in this hospital	Yes	1174	71.8
	No	424	26
	Missing	36	2.2
Country	Finland	266	16
	Sweden	270	16
	Iceland	279	17
	Lithuania	172	11
	Spain	263	16
	Greece	209	13
	Cyprus	175	11

**Table 2** Knowledge expectations of the patients ( $KE_{hp}$ - scale\*; 1 = fully disagree – 4 = fully agree)

Dimensions of knowledge expectations	n (%)	Mean (SD)
Bio-physiological	1634 (100)	3.724 (0.50)
Functional	1633 (99)	3.650 (0.58)
Experiential	1585 (97)	3.426 (0.79)
Ethical	1615 (98)	3.500 (0.65)
Social	1609 (98)	3.430 (0.66)
Financial	1570 (96)	3.465 (0.77)
Total	1634 (100)	3.558 (0.55)

\* © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003, version 2.0.

about to undergo demanding procedures, such as knee or hip arthroplasties, have focused on bio-physiological and functional issues preoperatively. If the patients are older, retired people, it is no wonder if those dimensions concern them before surgery. They might be considering, what is going to happen during and after their surgery, how they will recover and then manage postoperatively.<sup>48</sup> In addition, according to the results of this study, it is confirmed that women have significantly more expectations than men regarding all dimensions of knowledge related to the surgical procedure. This merits more investigation in order to explore if this is the result of women's more demanding responsibilities in everyday life or higher anxiety regarding the whole procedure.

Employed patients had significantly less knowledge expectations than patients who were retired, worked at home or were unemployed. The patients who work outside their homes are probably younger, in better physical condition and have many other things on their mind. Surgery is just one event in their lives.<sup>45</sup> Retired patients, in comparison with employed patients, seemed to be more concerned about experiential issues, issues concerning values: quality of their social life, ethical details and being treated well. In comparison with employed patients, patients who were working at home were also more concerned about social issues. Their lives might be particularly dependent on the success of the surgery and they might be more involved in everyday life with significant others than employed patients. Bio-physiological and functional knowledge expectations might have been the most essential dimensions for surgical orthopaedic patients because if there are problems in those areas,<sup>48</sup> it

**Table 3** Significant relationships between patients' background factors and knowledge

Background factor	Mean	P-value
Gender		
*Female	3.665	
vs. male	3.537	<0.0001
Employment status		
*Employed	3.442	
vs. retired	3.580	0.017
vs. worked at home	3.693	<0.0001
vs. unemployed	3.792	0.018
Country		
*Finland	3.490	
vs. Northern Europe		
Sweden	3.781	<0.0001
Iceland	3.843	<0.0001
Lithuania	3.731	0.002
vs. Southern Europe		
Spain	3.312	0.041
Greece	3.841	<0.0001
Cyprus	3.293	0.008
*Sweden	3.781	
vs. Southern Europe		
Spain	3.312	<0.0001
Cyprus	3.293	<0.0001
*Iceland	3.843	
vs. Southern Europe		
Spain	3.312	<0.0001
Cyprus	3.293	<0.0001
*Lithuania	3.731	
vs. Southern Europe		
Spain	3.312	<0.0001
Cyprus	3.293	<0.0001
Southern Europe		
*Greece	3.841	
vs. Spain	3.312	<0.0001
Cyprus	3.293	<0.0001

\* © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003, version 2.0.

probably affects the long-term recovery of the patient experientially, socially, financially as well as ethically. In the present study, financial issues did not seem to be on top of the list of worries of the participating patients. However, patients' preoperative fears can and should be relieved by adequate, empowering education.<sup>12–16</sup>

The data were collected on European level, and there were some differences in patients' total knowledge expectations between the countries.<sup>2,3,47</sup> Among these

**Table 4** Significant relationships between patients' background factors and dimensions of knowledge expectations ( $n = 1634$ ;  $\mathbf{KE}_{\text{hp}}$ - scale\*; 1 = fully disagree – 4 = fully agree)

Dimensions of knowledge expectations	Background factor mean (SD)		P-value
	Female (F)	Male (M)	
Ethical ( $n = \text{F } 978 / \text{M } 591$ )	3.541 (0.653)	3.458 (0.639)	0.014
Social ( $n = \text{F } 973 / \text{M } 590$ )	3.471 (0.659)	3.382 (0.669)	0.010
Experiential ( $n = \text{R } 830 / \text{E } 403$ )	Retired (R)	Employed (E)	0.010
	3.480 (0.750)	3.325 (0.783)	
Ethical ( $n = \text{R } 846 / \text{E } 409$ )	3.551 (0.635)	3.414 (0.625)	0.003
Social ( $n = \text{R } 841 / \text{E } 410$ )	3.499 (0.621)	3.280 (0.697)	<0.0001
Social ( $n = \text{W } 161 / \text{E } 410$ )	Worked at home (W)	Employed (E)	<0.0001
	3.569 (0.653)	3.280 (0.697)	
Social ( $n = \text{O } 56 / \text{E } 410$ )	Other (O)	Employed (E)	0.051
	3.519 (0.568)	3.280 (0.697)	
Experiential ( $n = \text{O } 56 / \text{E } 403$ )	3.595 (0.590)	3.325 (0.783)	0.028

\* © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003, version 2.0.

countries, there are some that do not yet have established a National Plan for Health Care, as is the case with countries that are in a stage of transition, such as Cyprus.<sup>10</sup> Furthermore, differences in health-care systems between Northern and Southern European countries, cultural issues as well as differences in educational systems for health-care professionals might cause variation in patients' satisfaction which, in turn, is connected to knowledge expectations.<sup>1</sup> Differences might be caused by the fact that hip fracture and joint replacement rates are higher in Northern Europe, where the degree of experiences of professionals might be different. However, if patients are satisfied, they probably do not expect more. On the other hand, if patients have had good experiences in the past, it might increase their expectations. Thus, when patients are within a health-care system, they apparently do not think about the system. They have knowledge expectations concerning their own care, their own recovery and their own significant others from the point of view of their own background. In national and international health-care strategies, high emphasis on patients' self-management, self-care and self-responsibility for their own health<sup>33</sup> is crucial. This corresponds with the theoretical basis of empowering patient education.

As mentioned earlier, there might be some cultural differences in patients' concerns and expectations between different European countries or patients have otherwise different informational needs. However,

disappointment rises when expectations are not fulfilled. Patients' unfulfilled preoperative expectations are significant predictors of their dissatisfaction.<sup>50</sup>

Furthermore, expectations of health care and health-care providers are increasing that makes it important to understand patients' expectations, even more than before, when the goal is relevant decision making for the patients and clinical practice. Surveying of patients' expectations profiles the quality of health-care system.<sup>42</sup>

Available information on the Internet is increasing. Many patients in different countries search for information via Internet. Internet-based patient education offers many advances but also demands ongoing development to respond to the patients' knowledge expectations.<sup>49,52</sup> Development of preoperative patient education requires knowledge about patients' expectations. Although patients' informational needs are individual, there are common characteristics and dimensions that are related to patients' background factors.<sup>45,46</sup> Measurement and closer examination of patients' expectations produces knowledge for further research and development of interventions for constructing and developing preoperative educational programs for patients, as well as for educating of nurses.<sup>3,51</sup> When Internet-based information is available for potential patients and health-care professionals, for example at European level, collaboration between European countries in patient education is worth achieving. Furthermore, it seems that the technical skills of

surgical nurses are rather similar in different European countries, but there is variation in their abilities to meet the informational needs of patients.<sup>40</sup> This makes collaboration in scientific nursing research even more important.

This study has some limitations concerning the sample, the data collection and the data collection instrument. The sample was collected only in one to five hospitals per country. The collection was implemented similarly in each country, but there might have been small differences depending on care practices. On the other hand, the hospitals were carefully selected so that their preoperative care practices for arthroplasty patients were as similar as possible. Moreover, we could not be sure of whether the participants had received preoperative knowledge from some other source, such as the Internet, prior to surgery. On the other hand, the main principles for data collection were granted by common protocols and guidelines. The sample size per country is considered to be adequate, but we had an important limitation in the sense that our sample was not randomly selected. The results of this study cannot be generalized. Furthermore, most of the patients were admitted for knee arthroplasty ( $n = 1001$ , 61%), which might have influenced the results. However, participating patients had the same disease and indication for surgery, osteoarthritis. Most patients ( $n = 1174$ , 71.8%) had stayed earlier in the same hospital, and this might have affected their attitudes about the hospital or health-care professionals. On the other hand, as this operation was the first arthroplasty for most patients ( $n = 1103$ , 67%), this was a new situation for most of them.

Cultural issues might have influenced the results of the study. The data included missing values of explanatory variables. It is possible that some patients did not find the appropriate response alternative for themselves or did not want to answer the question. The data were collected in seven countries, and it is possible that, for example language-based issues influenced the collection. The instrument was translated first from Finnish to English, then to the different languages and back to English. The piloting translated processes were implemented in the same way in the different countries, and the instrument was found easy to use. However, the English version has not been used previously. Thus, more testing with international data is needed.

In conclusion, significant differences in patients' preoperative knowledge expectations between the seven European countries require more focus on patient

education research at a European level. Joint research projects between countries are needed in order to developing common patient education standards of prevailing practice in multicultural Europe.

## REFERENCES

- 1 Palese A, Tomietto M, Suhonen R *et al.* Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: A descriptive and correlational study in six European countries. *Nursing Scholarship* 2011; **43**: 341–350.
- 2 Visser A, Deccache A, Mensing J. Patient education in Europe: United differences. *Patient Education and Counseling* 2001; **44**: 1–5.
- 3 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 Education and Counseling* 2010; **78**: 275–281.
- 4 Euro Health Consumer Index. 2012 (EHCI): the 6th edition of the Euro Health Consumer Index 2012, Health Consumer Powerhouse AB. Available from URL: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>. Accessed 20 December 2012.
- 5 OECD. *OECD Health Data*, 2009. Available from URL: <http://www.oecd.org/health/oecdhealthdata2009comparinghealthstatisticsacrosoecdcountries.htm>. Accessed 9 September 2013.
- 6 Griffiths P. RN+RN=better care? What do we know about the association between the number of nurses and patient outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 2009; **46**: 1289–1290.
- 7 Bortoluzzi G, Palese A. The Italian economic crisis and its impact on nursing services and education: Hard but challenging times. *Journal of Nursing Management* 2010; **18**: 516–519.
- 8 Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: Common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education and Counseling* 2001; **44**: 7–14.
- 9 World Health Organisation WHO. 2012: Chronic diseases and health promotion: chronic rheumatic conditions. Available from URL: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>. Accessed 20 December 2012.
- 10 OECD iLibrary. 2011. Hip and knee replacement. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Available [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-35-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-35-en). Accessed 20 December 2012.
- 11 Cheng SY, Levy AR, Lefavre KA, Guy P, Kuramoto L, Sobolev B. Geographic trends in incidence of hip fractures: A comprehensive literature review. *Osteoporosis International* 2011; **22**: 2575–2586.
- 12 Ministry of Social Affairs and Health (Finland). 1992. Act 785/1992 About Patients' Rights. Available from URL: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>. Accessed 20 December 2012.



- 13 Icelandic Directorate of Health (Iceland). 1997. Act 74/1997: Act on Patients' Rights. Available from URL: <http://www.althingi.is/lagas/138b/1997074.html>. Accessed 20 December 2012.
- 14 Ministry of Health and Social Solidarity (Greece). 1992, 1998. GR- Act 2071/92 & 2619/98.
- 15 Health and Medical Services Act. SFS 1982:763 (Hälsa- och sjukvårdslag).
- 16 Loredana S, Alessandro S, Máximo GJ and Gennaro R. Code of ethics and conduct for European nursing. *Nursing Ethics* 2008; **15**: 821–836.
- 17 EU Commission DG for Health and Consumers. 2008. Major and chronic diseases. Available from URL: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/musculoskeletal/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/musculoskeletal/index_en.htm). Accessed 20 December 2012.
- 18 Ministry of Social Affairs and Health, Stakes. 2007. The National Agency of Medicines 1/2009. The 2007 Implant yearbook on orthopaedic endoprotheses. Finnish Arthroplasty Register. Available from URL: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/implantirekisteri/Orto\\_yearbook\\_2007.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/implantirekisteri/Orto_yearbook_2007.pdf). Accessed 20 December 2012.
- 19 Annual report 2011 from the Swedish Knee Arthroplasty Register. 2011. Dept. of Orthopedics, Skåne University Hospital, Lund. Available from URL: [http://www.knee.nko.se/english/online/uploadedFiles/115\\_SKAR2011\\_Eng1.0.pdf](http://www.knee.nko.se/english/online/uploadedFiles/115_SKAR2011_Eng1.0.pdf). Accessed 20 December 2012.
- 20 Garellick G, Kärrholm J, Rogmark C, Herberts P. 2010. Annual report 2010 from the Swedish Hip Arthroplasty Register. Available from URL: <http://www.shpr.se/Libraries/Documents/AnnualReport-2010-2-eng.sflb.ashx>. Accessed 20 December 2012.
- 21 Icelandic Directorate of Health. 2013. Surgical-procedures. Available from URL: <http://www.landlaeknir.is/english/statistics/health-care-services/surgical-procedures/>. Accessed 20 December 2012.
- 22 Eurostat. 2010a. Key figures on Europa 2010. Available from URL: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-GO-13-001/EN/KS-GO-13-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-GO-13-001/EN/KS-GO-13-001-EN.PDF). Accessed 9 September 2013.
- 23 Eurostat. 2010b. Europa in figures – Eurostat Yearbook 2010 –Health. Available from URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>. Accessed 9 September 2013.
- 24 Eurostat. 2010c. Updated 30.6.2010. In-patient average length of stay (ISHMT, in days) by region – Total Available from URL: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/dataset?p\\_product\\_code=HLTH\\_CO\\_INPSTT](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=HLTH_CO_INPSTT). Accessed 20 December 2012.
- 25 Nomesco. 2007. Health Statistics for Nordic Countries 2007. Available from URL: <http://nomesco-eng.nomnos.dk/filer/publikationer/Helse%202007.pdf>. Accessed 20 December 2012.
- 26 Osborne RH, Buchbinder R, Ackerman IN. Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve health-related quality of life in people with hip or knee osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; **7**: 90. doi:10.1186/1471-2474-7-90.
- 27 Zhang W, Doherty M, Arden N *et al.* EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2005; **64**: 669–681.
- 28 EEC. 2010. Directive 93/42/EEC concerning medical devices 27.8.2010. Available from URL: <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>. Accessed 20 December 2012.
- 29 Lohmander LS, Engesaeter LB, Herberts P, Ingvarsson T, Lucht U, Puolakka TJS. Standardized incidence rates of total hip replacement for primary hip osteoarthritis in 5 Nordic countries: Similarities and differences. *Acta Orthopædica* 2006; **77**: 733–740.
- 30 Räsänen P, Paavolainen P, Sintonen H *et al.* Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. *Acta Orthopædica* 2007; **78**: 108–115.
- 31 The National Board of Health and Welfare (Sweden). 2012. Guidelines for hip and knee arthroplasty, available in May 2012. Available from URL: <http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>. Accessed 20 December 2012.
- 32 Avellana LF. Guideline for best practices in Geriatrics. Elderly patient with knee replacement (Guía de buena práctica clínica en Geriatria). Anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Elsevier Doyma. 2007. ISBN: 978-84-690-5214-3.
- 33 European Health Forum. 2008. Euractiv.com 6.10.2008. Available from URL: <http://www.euractiv.com/health/informed-patient/article-152133>. Accessed 20 December 2012.
- 34 Lewis D. Computers in patient education. *Computers Informatics Nursing* 2003; **21**: 88–96.
- 35 Finnish Nurses Association. 2012. Nursing and nurse education in Finland. [http://www.nurses.fi/nursing\\_and\\_nurse\\_education\\_in\\_f/](http://www.nurses.fi/nursing_and_nurse_education_in_f/). Accessed 20 December 2012.
- 36 National Swedish Board of Health and Welfare. Descriptions of competence for nurses and midwives. 1995; **5**: 29.
- 37 Republic of Cyprus. Nursing and Midwifery Law, 214/88.
- 38 Ministry of Science and Innovation of Spain, 12388 ORDEN CIN/2134/2008, July 3. Spain.
- 39 The European parliament and the council. Directive 2005/36/EC. Available from URL: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> Accessed 20 December 2012.
- 40 Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G *et al.* Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care.



- Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; **26**: 372–380.
- 41 Olson JM, Roese NJ, Expectancies ZMP, In Higgins ET, Kruglanski AW (eds). *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York: The Guilford Press, 1996; 211–238.
- 42 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 Expectations* 2006; **9**: 37–48.
- 43 Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: An expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review* 1996; **53**: 3–27. doi:10.1177/107755879605300101.
- 44 Johansson K, Hupli M, Salanterä S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 2002a; **11**: 634–639.
- 45 Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Hiltunen A *et al.* Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 2008; **60**: 270–278.
- 46 Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K *et al.* Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; **19**: 113–119.
- 47 Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.e1717.
- 48 Soever LJ, Saryeddine T, Davis AM *et al.* Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada* 2010; **62**: 206–214.
- 49 Heikkinen K, Suomi R, Jääskeläinen M, Kaljonen A, Leino-Kilpi H, Salanterä S. The creation and evaluation of an ambulatory orthopedic surgical patient education web site to support empowerment. *Computers, Informatics, Nursing* 2010; **28**: 282–290.
- 50 Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, Charron KDJ. Patient satisfaction after total knee arthroplasty. Who is satisfied and who is not. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2010; **468**: 57–63.
- 51 Culliton SE, Bryant DM, Overend TJ, MacDonald SJ, Chesworth BM. The relationship between expectations and satisfaction in patients undergoing primary total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 2012; **27**: 490–492.
- 52 Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomized trial. *Patient Education and Counseling* 2012; **88**: 224–231.
- 53 Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 1998; **18**: 116–123.
- 54 Leino-Kilpi H, Mäenpää I, Katajisto J. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing* 1999; **3**: 138–145.
- 55 Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H, Salanterä S. Patient education and health-related quality of life, surgical patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 2005; **20**: 307–316.
- 56 Johansson K. *Empowering Orthopaedic Patients through Education*. Turku: Annales Universitatis Turkuensis D728, University of Turku, 2006.
- 57 Noble PC, Conditt MA, Cook KF, Mathis KB. Patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2006; **452**: 35–43.
- 58 Mancuso CA, Graziano S, Briskie LM *et al.* Randomized trials to modify patients' preoperative expectations of hip and knee arthroplasties. *Clinical Orthopaedic Related Research* 2008; **466**: 424–431.
- 59 Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 2000; **31**: 235–241.
- 60 Anderson B, Funnell M. *The Art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Education*. Alexandria, Virginia: American Diabetes Association, 2005.
- 61 Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P. Speech practices that facilitate client participation in health counseling—A way to empowerment. *Health Education Journal* 2003; **62**: 326–340.
- 62 Petrie A. Statistics in orthopaedic papers. *Journal of Bone and Joint Surgery* 2006; **88B**: 1121–1136.
- 63 ESOPTE. *Empowering Surgical Orthopaedic Patients Through Education*. Turku, Finland: Available from URL: Department of Nursing Science, University of Turku, 1998; <http://www.med.utu.fi/hoitotiede/epe/research/post-doctoral-studies/eepo.html>. Accessed 20 December 2012.
- 64 World Medical Association Declaration of Helsinki. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Geneva: World Medical Association, 2000.



#### 5.4 Artículo 4

“Emotions in orthopaedic patients in the surgical context: An European Survey”.

Artículo que se enviará a la *Orthopaedic Nursing*.

Impact Factor: 0.581

---

#### **Emotions in orthopaedic patients in the surgical context: An European Survey**

**Journal: Orthopaedic Nursing**

**Adelaida Zabalegui**, Vicedirector of Nursing, PhD, RN, Hospital Clinic of Barcelona, Spain

**Sara Cano**, Nurse Manager, RN, MNS, Hospital Universitario General de Cataluña, Spain

**Helena Leino-Kilpi**, Professor, PhD, RN, Department of Nursing Science, University of Turku, Finland; Nurse Director, Hospital District of Southwest Finland, Finland

**Panagiota Copanitsanou**, PhD, BSc, Msc, RN, General Hospital of Piraeus “Tzaneio”, Department of Orthopaedics, Faculty of Nursing, University of Athens, Greece

**Natalja Istomina**, Vice dean for development, Adjunct professor, PhD, RN, Department of Nursing, Klaipeda University, Lithuania

**Jouko Katajisto**, MSocSci, Department of Statistics, University of Turku, Finland

**Mitra Unosson**, Professor emeritus, PhD, RN, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Sweden

**Kirsi Valkeapää**, Adjunct professor, PhD, RN, Department of Nursing Science, University of Turku, Finland; Dean, Faculty of Social and Health Care, Lahti University of Applied Sciences, Finland

**Esther Cabrera**, Associate Professor, School of Health Sciences, Tecno Campus, University Pompeu Fabra, Mataró (Barcelona), Spain.

**Corresponding author:** Adelaida Zabalegui, Vicedirector of Nursing education and research, PhD, RN, Hospital Clinic of Barcelona, Spain email: azabaleg@clinic.ub.es, tel +349 3 2275424

**Acknowledgements:**

To the people from participating countries that have given their contribution to this study.

We especially thank the following persons:

Arun K Sigurdardottir, Evridiki Papastavrou, Chryssoula Lemonidou, Panayota Sourtzi, Darius Kurlys, Panayiota Vasileiou, Theologia Tsitsi, Melanie Charalambous, Androulla Ioannou, Markas Fiodorovas, Teresa Faura, Cristina Moreno, Laia Lacueva, Olga Monistrol, Juan Manuel Verge, Teresa Camps, Gudjona Kristjansdottir, Gunnhildur Gunnlaugsdottir, Kolbrun Kristiansen

**Conflict of Interest:** No conflict of interest has been declared by the authors.

**Fundings:**

This study was financially supported by

Finland: University of Turku; The Academy of Finland; The Finnish Association of Nursing Research; The Finnish Foundation of Nursing Education

Cyprus: The Cyprus University of Technology

Spain: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Sweden: The Swedish Rheumatism Association

Iceland: The Landspítali University Hospital Research Fund; The Akureyri Hospital Science

Fund; The University of Akureyri Science Fund; the KEA fund, Akureyri;

The Icelandic Nurses' Association Science Fund

Lithuania: Klaipeda University

**Introduction**

Arthroplasty of hip or knee is a successful treatment for the rapidly increasing population of patients suffering from osteoarthritis (OA), and it improves well-being and health-related quality of life (Ethgen *et al.*, 2004). It is estimated that 9.6% of men and 18.0% of women older than 60 have symptomatic osteoarthritis. Between 2008 and 2012, every year 811 383 hip and 555 373 knee replacements were done in average in Europe.

Before the surgical procedure patients' quality of life is affected by their pain, loss of mobility, loss of sense of dignity, change in family and social activities and cost. These patients have reported to feel uncertainty and anxiety, depression, loss of motivation to cope with the disease and less treatment compliance, and also loss of control and frustration. Moreover, higher levels of anxiety have been described in women waiting for a hip or knee replacement from lower socioeconomic status.

Fitzsimons (2000) described thoughts and feelings during waiting time for coronary surgery in Ireland. The findings were grouped into 9 categories and resembled those expressed by patients with OA: uncertainty, pain, anxiety, lack of control, dissatisfaction with treatment, anger / frustration, physical incapacity, reduction of self-esteem, alteration in family-social relations and a decrease in their social contacts and their ability to socialize, which made them feel alone and isolated.

The average length of hospital stay in European countries is decreasing during recent years (OECD, 2013a, 2013b). Short time in the hospital leaves less time for education; however, knowledge obtained from patient education is essential to make recovery at home successful for patients and their families (Mattila, Kaunonen, Aalto & Astedt-Kurki, 2014; Soever et al., 2010).

The quality of patient education improves the level of patients' knowledge of postoperative skills and activities, decreasing postoperative complications (Thomas, Sethares, 2008). Some studies suggested that patients have their own expectations about providing patient education (Suhonen, Papastavrou, Efstathiou, et al., 2012). Expectations are defined as cognitions about future experiences (Olson, Roese, Expectancies, 1996) which often exist before gathering substantial information. Expectations and emotions about some phenomena affects patient's behaviour and attitudes which, in turn, influences subsequent expectations (Janzen et al., 2006).

Healthcare professionals have been tasked with supporting and improving health information, empowerment and communication. Besides, perioperative nurses have to provide holistic care including an understanding of patient's lived experience during the hospitalization beyond the surgical procedure to avoid loss of personal identity and psychological distress.

Despite of these evidences, research focusing on orthopedic patient knowledge expectation and received, and emotions in the surgical context is still limited. To develop evidence-based patient education practices, more research is needed on what knowledge patients expect to get and actually receive. In this context, identification of factors related to expectations and emotions could be the best option to improve patient empowerment

The main objective of this study was to analyze the emotions in patients attending elective knee or hip replacement surgery for osteoarthritis in seven European countries and identify which factors could relate to higher emotional state after this process.

## **Methods**

This pre-post intervention analysis is a part of a larger European project on empowering patient education of osteoarthritis patients in the surgical context (EPPO, 1998). The basic assumption of this research project is that success in patient education during surgical treatment process improves patients' empowerment, symptom management and quality of life. The project aims to evaluate and improve the empowerment of OA patients in connection with their surgical, orthopaedic treatment of hip and knee replacement. Main intervention for improving the empowerment and recovery in this project is empowering patient education which aims to identify, evaluate and support patients' own resources through education in seven European countries (Finland, Iceland, Lithuanian, Sweden, Cyprus, Greek and Spain). A total of 1 634 patients were included in the global study.

### *Sample:*

Patients attending elective knee or hip replacement surgery for osteoarthritis between 2009 and 2012 who understood Finnish / Icelandic / Lithuanian / Swedish / Greek / or Spanish, were included in this analysis. Inclusion criteria: (i) be able to complete the questionnaires independently or with help from others; (ii) be 18 years of age or older; and (iii) have volunteered to participate in the study and signed informed consent. According to power analysis at least 1540 patients were required (Petrie, 2006). Power calculation, based on the instrument the Knowledge Expectations of hospital patients-scale (KEhp) was performed with a power level of 0.90 and 0.8 difference of mean scores, with 0.95 standard deviation within groups, at a significance level of 0.05.

### *Procedures:*

Educational knowledge consisting of upcoming surgery, patients' self-management and symptom management, recovery, and health-related quality of life was provided by health

care professionals during the patients' hospital stay on orthopedic wards. The contents of patient education were provided to the patients according to the educational model of each country. The instruments RKhp and EKhp (Leino-Kilpi et al., 2005; Rankinen et al., 2007) were used in the data collection. The instruments, RKhp and EKhp, are parallel 40-item instruments measuring received (RKhp) and expected knowledge (EKhp) of hospital patients. They include six dimensions of knowledge content: biophysiological (eight items: for example, illness and symptoms), functional (eight items: for example, mobility and nutrition), experiential (three items: for example, emotions and experiences), ethical (nine items: for example, rights and confidentiality), social (six items: for example, significant others and patient organizations), and financial (six items: for example, costs and benefits) dimensions. Statements are ranked on a 4-point scale (1 = fully disagree to 4 = fully agree, 0 = not applicable in my case). The scores for each dimension are the mean scores for included items and range between 1 and 4; the higher the score, the more received knowledge/knowledge expectations. The data were collected pre- and postoperatively from hip and knee arthroplasty patients. The questionnaires were distributed to the patients by the researcher, research assistant, or staff nurse. The preoperative questionnaire (EKhp) was delivered prior to surgery (Cyprus, Finland, Iceland, Spain, Sweden) or handed out during admission (Greece, Lithuania) before scheduled counseling. Patients returned the questionnaire at admission or by post prior to their surgery. Prior to discharge, the postoperative questionnaire (RKhp) was distributed to the patients. They were asked to return the completed questionnaire to the mailboxes placed on the wards for this purpose, or send it back in a prepaid envelope.

The data collection process in each country was guided by the same protocol. The data collection instruments, RKhp and EKhp, have been used and tested before with surgical patients (Rankinen et al., 2007), also in orthopedic settings (Heikkinen et al., 2007). Two additional questionnaires were included in this questionnaire: symptoms and emotions related to any disease. Symptoms (tiredness or fatigue, sleeplessness, pain, sense of weakness, itching, breathless, loss of appetite, and nausea or vomiting) were collected asking 8 questions and emotions consisted in 9 questions. Emotions included: fear, concern despair, impatience, grief, depression, anxiety and uncertainty (negative emotions) and hope (positive emotion) (Heikkinen, 2011). For each emotion a 4-point scale also was used (1 = very often, 2 = sometimes, 3 = rarely, 4 = not at all) and the final scores were the sum of the different items where the higher score, the better feeling in symptoms and higher emotional status. The internal consistencies of RKhp and EKhp were satisfactory in a previous study (Cronbach's  $\alpha$ , total scale: RKhp = 0.93, EKhp = 0.91; Rankinen et al., 2007; Klemetti et al., 2014).

Quality of Life (QoL) using the EuroQoL (EQ-5D, 1990), was analysed. The EQ-5D also has a visual analogue scale (VAS), which allows the respondent to judge their current health status on a scale ranging from 0 (worst health state imaginable) to 100 (best health state imaginable).

The background factors of the patients included age, gender, basic education, and vocational education, employment status, employment in health care or social services, having chronic illness, having hip or knee arthroplasty, having the first or additional arthroplasties, having been in the same hospital before and symptoms. The data were collected preoperatively from hip or knee arthroplasty patients prior to scheduled preoperative counselling. The questionnaire was attached to the patient's surgery appointment letter, delivered otherwise prior to surgery or handed out during admission, depending on the prevailing practice at the hospital. Patients returned the questionnaire at admission or posted it to researchers prior to surgery. The instruments with cover letters to respondents, as well as informed consent forms, were piloted in each country with a similar group of patients.

#### *Statistical Analysis*

Frequency and valid percentage of the qualitative variables have been determined. Regarding the quantitative variables, measurements of central tendency (mean, median), and measurements of position (quartiles) and dispersion (standard deviation or interquartile range (IQR)) were used.

In RKhp and EKhp, each dimension of knowledge was constructed by calculating the means of the corresponding items (range = 1-4). The patients who had answered at least 50% of the items were included. Furthermore, for each patient, the difference between received (RKhp) and expected (EKhp) knowledge scores was calculated for the total scale. If the difference of scores was negative, the patient had higher expected than received knowledge, whereas if it was positive, the patient had received more knowledge than she or he had expected.

Comparison of the two measurements of emotions sum scores in patients were tested with paired-sample t-test. Relationships between difference of received and expected knowledge and difference of two measurements of emotions has been examined with Pearson and Spearman coefficient of correlation.

Emotions scores at baseline and at discharge were transformed into qualitative variables according to median values (baseline:  $< 24$  and  $\geq 24$ , discharge  $< 26$  and  $\geq 26$ ). A back



wise step multivariate logistic regression model was performed in order to identify variables related to higher negative emotional status at discharge ( $\geq 25$  points). Items included in the negative emotions score were fear, concern despair, impatience, grief, depression, anxiety and uncertainty. Variables showing a  $p$  value  $< 0.1$  in bivariate analysis were included as independent variables in this model. Unadjusted and adjusted Odds ratios (ORs) and 95 % confidence intervals were calculated.

In all tests, statistical significance was set at 0.05 (Petrie, 2006). The statistical analyses were performed by SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

### *Ethical issues*

The study was approved by the ethical authorities based on national standards in each country (Reference numbers of ethical approvals: Iceland 09-084-SI; Spain 2010/5955; Sweden Dnr. M69-09; Greece 3029/17.08.2010; Cyprus Y.Y.15.6.17.9 (2); Finland ETMK:102/180/2008; Lithuania Sv 14,17/04/2009) and according to the World Medical Association Declaration of Helsinki (2000). Patients were informed about the purpose and procedures of the study and the principles of voluntariness and confidentiality. A written consent was obtained from all patients prior to completing the questionnaire.

### **Results**

A total of 1,590 patients from seven European countries were included in this analysis with a mean age of 66.7 (SD: 10.6), 977 (62.2 %) were female, 752 (50 %) had primary school education, 845 (56.2 %) were retired and 701 (45.8 %) presented some chronic disease. A total of 1 223 patients (78.2 %) underwent the first arthroplasty, a majority of patients of the sample were discharged at home 1 029 (81.7 %) and the mean of hospital stay was 8.1 (SD: 5.3) days (table 1).

**Table 1. Baseline characteristics (N=1590)**

<b>Variable</b>	<b>Mean (SD) or n (%)</b>
Age (years), <i>mean (SD)</i>	66.7 (10.6)
Gender (female), n=1571	977 (62.2)
Basic education, n=1503	
– Primary school	752 (50)
– Comprehensible school (grammar school)	411 (27.3)
– Matriculation examination	316 (21.0)
– University degree	24 (1.3)
Superior education, n=1433	
– No	680 (47.5)
– Secondary degree	320 (22.3)
– College level	220 (15.4)
– Academic degree	166 (11.6)
– Doctorate	77 (3.3)
Employment status, n=1503	
– Employed	409 (27.2)
– Retired	845 (56.2)
– Stay at home	164 (10.9)
– Un employed/job applicant	30 (2)
– Other	55 (3.7)
Employed in health or social service, n=1554	250 (16.1)
Chronic illness, n=1529	701 (45.8)
First arthroplasty, n=1563	1223 (78.2)
Type of arthroplasty, n=1539	
– Hip	573 (37.2)
– knee	966 (62.8)
Same hospital before, n=1556	1142 (73.4)
Hospital stay (days), <i>mean (sd)</i>	8.1 (5.3)
Discharge to (n=1260)	
– Home	1029 (81.7)
– Different organization	231 (18.3)
Care realized as expected, n=1259	1159 (92.1)

## Differences regarding knowledge and emotions between baseline and at discharge

The knowledge received at discharge on all studied dimensions (biophysiological, functional, experimental, ethical, social and financial) were all significantly ( $p < 0.001$ ) lower than the expected knowledge before admission, so that patients had an expected knowledge, as measured by a mean of KEhp score of 3.6 (SD = 0.6), whereas at discharge the received knowledge as measure by the RKhp score was 3.0 (SD = 0.8), as shown in table 2. However, in 310 (24 %) of all patients had better knowledge than expected at discharge.

In contrast to the finding that patient received less knowledge than expected, all negative emotions increased between baseline and discharge. Thus, patients presented a mean of emotions score of 22.6 (SD = 7.6) points at baseline, which was significantly lower ( $p < 0.001$ ) than the mean emotions of 24.4 (SD = 7.3) at discharge. The frequency of negative emotions of despair, depression, fear and grief were high, since they were felt very often (Figure 1). The total score of emotions between baseline and at discharge increased significantly in all countries (24.4 (SD: 7.3;  $p < 0.001$ ). Analyzing each emotion separately, we found a statistical increase ( $p < 0.001$ ) in the intensity of all emotions except in fear ( $p = 0.185$ ) and hope ( $p = 0.513$ ). Moreover, hope as a positive emotion behaved inversely to the negative emotions; thus, most patients felt low level of hope at baseline and it was the only emotion that improved at discharge, despite this difference not being significant. In contrast, all negative emotions, with the exception of fear, increased at discharge as compared to baseline level. Hope was the positive emotion more frequently observed (68 %) and concern and impatience were the negative emotions more frequently found in this cohort. Figure 1 shows the frequencies of each emotion in a likert scale.

We observed that Nordic Countries (Iceland, Sweden and Finland) had higher level of emotions, both at baseline and at discharge, than Mediterranean Countries (Cyprus and Greece), whereas Lithuania had a distinctive pattern. Lithuania had the widest difference in emotions between baseline and at discharge; thus, having the lowest level of emotions at baseline and the second highest at discharge. Spain showed a pattern similar to Sweden. As happened with the whole cohort of patients, patients in each country had a higher state of emotions at discharge (all  $p < 0.05$ ) as compared to baseline (figure 2).

Despite we observed that patients received less knowledge than expected and that all negative emotions increased between baseline and discharge, no linear relationship was found when plotting for the whole patient cohort the difference between received and expected knowledge and the change in each emotion between baseline and discharge.

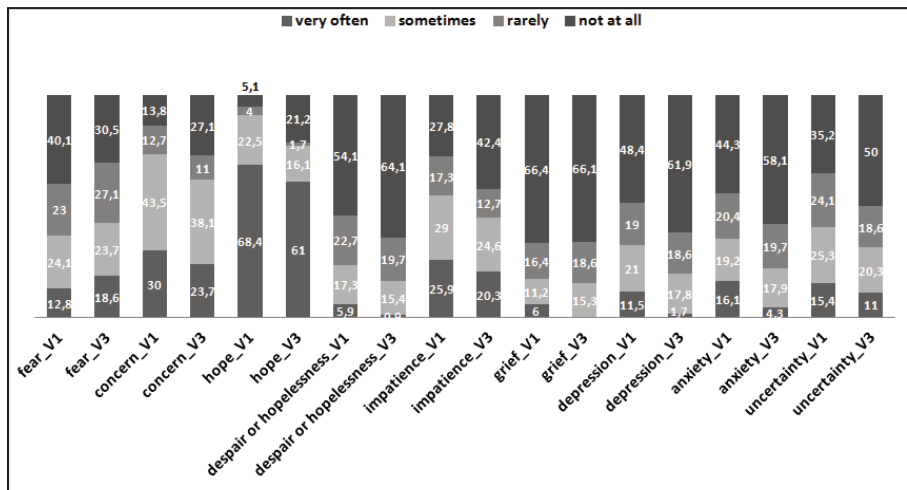
Symptoms intensity was significantly ( $p < 0.001$ ) higher at discharge 24.4 (SD: 5.1) than at baseline 21.2 (SD: 5.9). Differences were also observed at discharge as compared to baseline for QoL, using EQ5D, and pain, using the VAS scale (both,  $p < 0.001$ ) in the entire sample. QoL decreased while pain increased.

**Table 2. Studied variables at baseline and discharge**

Variable	Baselinen=1590	Dischargen=1100	P value <sup>1</sup>
Biophysiological (1-8), n=1281	3.7 (0.5)	3.4 (0.8)	<0.001
Functional (9-16), n=1274	3.6 (0.6)	3.3 (0.7)	<0.001
Experimental (17-19), n=1182	3.4 (0.8)	2.8 (1.1)	<0.001
Ethical (20-28), n=1250	3.5 (0.7)	2.8 (0.8)	<0.001
Social (29-34), n=1235	3.5 (0.7)	2.8 (0.9)	<0.001
Financial (35-40), n=1149	3.5 (0.8)	2.5 (1.1)	<0.001
KEhp and RKhp total score (1-40), n=1289	3.6 (0.6) <sup>2</sup>	3.0 (0.8) <sup>3</sup>	<0.001
Difference of knowledge received vs. expected		-0.54 (0.9)	
Better knowledge than expected (1-40) *, n (%)		310 (24%)	
Symtoms (41), n=1277	21.2 (5.9)	24.4 (5.1)	<0.001
EQ5D, n=1044	0.59 (0.2)	0.56 (0.2)	<0.001
VAS of pain	56.7 (21.0)	61.9 (19.6)	<0.001
Emotions (42), <i>total score</i> , n=1590	22.6 (7.6)	24.4 (7.3)	<0.001
– Fear	3.1 (1.2)	3.2 (0.9)	0.185
– Concern	2.3 (0.9)	2.7 (0.9)	<0.001
– Hope	1.6 (0.8)	1.5 (0.8)	0.513
– Despair	3.2 (1.0)	3.3 (0.9)	<0.001
– Impatience	2.4 (1.1)	2.6 (1.1)	<0.001
– Grief	3.1 (1.1)	3.3 (0.9)	<0.001
– Depression	3.1 (1.0)	3.3 (0.9)	<0.001
– Anxiety	2.7 (1.1)	2.8 (1.1)	<0.001
– uncertainty	2.8 (1.1)	2.9 (1.1)	<0.001

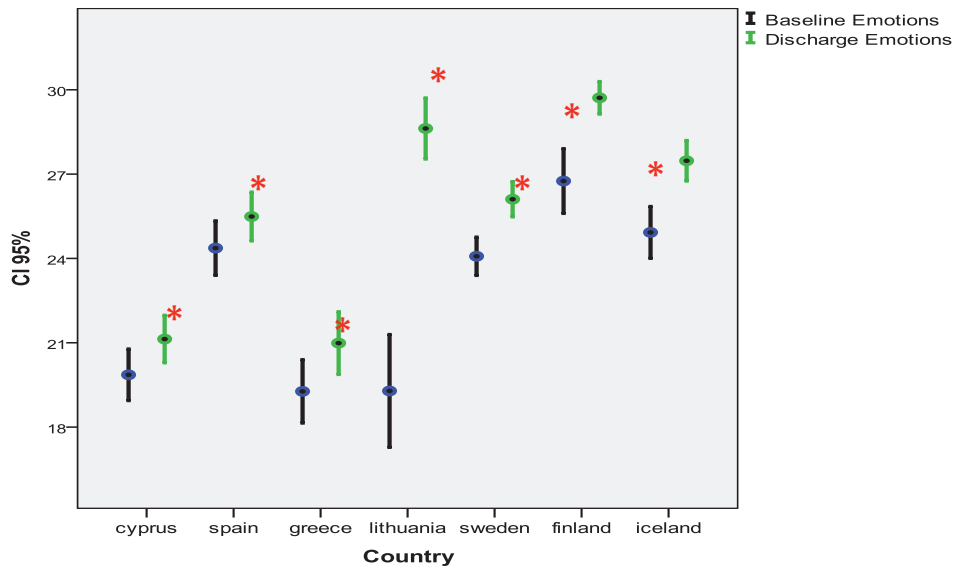
<sup>1</sup> T Test paired test (discharge vs. baseline); <sup>2</sup>KEhp: Preoperative Knowledge Expectations of hospital patients-scale; <sup>3</sup> RKhp: post-operative received knowledge of hospital patients-scale; VAS: Visual Analog Scale; \*calculated from the difference between received knowledge (RKhp) and expected (EKhp). Negative scores means higher expected knowledge than received knowledge and if difference of scores is positive patient has received more than expected. Score at discharge compared to baseline.

Figure 1. Frequency of emotions at baseline and at discharge



V1= baseline and V3= discharge

Figure 2. Emotions according to countries. Comparisons between emotions at baseline (blue) and discharge (red) for each country (\* p<0.05)



### Relationship between baseline factors and higher degree of negative emotional status at discharge

As mentioned in methods section, items included in the negative emotions score were fear, concern despair, impatience, grief, depression, anxiety and uncertainty. Univariate analysis showed that male patients with a higher intensity of symptoms, pain, negative emotions ( $\geq 24$  points), stay at home, lower level of EQ5 and less days of hospital stay were related to higher negative emotional status at discharge ( $\geq 26$  points). But, multivariate model showed that higher degree of pain (OR = 1.012, 0.004), less days of hospital stay (OR = 0.960; 0.011) and higher degree of negative emotions at baseline  $\geq 24$  points (OR = 4.297,  $p = 0.001$ ) increased the probability of negative emotional status at discharge independently to the other factors (Table 3).

**Table 3. Multivariate logistic regression model to higher negative emotional status ( $\geq 26$  points)**

Variable	Un adjusted OR	CI95%	P value	Adjusted OR	CI95%	P value
<b>Age</b>	0.998	0.988-1.014	0.896			
<b>Gender (male)</b>	1.831	1.310-6.775	<b>0.001</b>			
<b>Working status</b>						
– Employed (ref)	1					
– Retired vs. ref	0.908	0.685-1.204	0.503			
– Stay at home vs ref	0.370	0.236-0.580	<b>0.001</b>			
<b>Chronic disease</b>	1.175	0.923-1.495	0.191			
<b>Baseline symptoms</b>	1.092	1.065-1.118	<b>&lt;0.001</b>			
<b>Baseline EQ5</b>	0.225	0.175-0.280	<b>0.001</b>			
<b>Baseline VAS</b>	1.018	1.012-1.024	<b>0.001</b>	1.012	1.004-1.021	<b>0.004</b>
<b>KEhp total score(1-40)</b>	1.047	0.849-1.292	0.665			
<b>Baseline emotions<math>\geq 24</math></b>	6.446	4.963-8.392	<b>0.001</b>	4.297	3.046-6.061	<b>0.001</b>
<b>Hospital stay (days)</b>	0.918	0.882-0.941	<b>0.001</b>	0.960	0.917-0.991	<b>0.011</b>
<b>First arthroplasty vs second</b>	0.882	0.659-1.190	0.397			
<b>Discharge to home vs other</b>	1.250	0.950-1.987	0.125			
<b>Knee arthroplasty vs. hip</b>	1.022	0.822-1.305	0.723			

EQ5D: EuroQol five dimensions questionnaire; VAS: Visual Analog Scale; KEhp Knowledge Expectations of hospital patients-scale; VAS: Visual Analog Scale; OR: odds ratio

## Discussion

Most participants in this study were women, older retired and with lower education, characteristics that are similar to those patients in previous studies (Johansson et al., 2002). Therefore, the results obtained from the study of our cohort may be applicable to most patients that undergo arthroplasty since they share similar characteristics.

Our study indicated that in our cohort the received knowledge at discharge was lower than the expected knowledge before surgery. Therefore, most patients had knowledge expectations which were not fulfilled within any of the six studied knowledge dimensions. Only 24 % of them reported to have acquired better knowledge than expected at discharge. The unfulfilled knowledge expectations may have contributed to increase negative emotions in patients during hospital stay. One possible explanation for this is that surgical patients focus on getting knowledge on bio-physiological and functional issues preoperatively rather than on coping with their emotions during recovery from surgery. Previous studies found that women have significantly more expectations than men regarding all dimensions of knowledge related to the surgical procedure. Other studies observed that retired patients seemed to be more concerned about experiential issues, issues concerning values: quality of their social life, ethical details and being treated well (Heikkinen et al., 2008). If the patients are older, retired people, it is no wonder if those dimensions concern them before surgery. They might be considering, what is going to happen during and after their surgery, how they will recover and then manage postoperatively (Soever et al., 2010). The influence of some background factors on patients' evaluation of the received knowledge have been reported in other studies (Johansson et al., 2003; Vogel, Bengel & Helmes, 2008) as an important key point in the empowerment process. Therefore, an effort has to be placed in improving patient knowledge on all dimensions of empowering them to get better outcomes in relation to the surgical procedure including to improve their state. More research and development of empowering patient education aimed at orthopedic patients is clearly needed internationally because fulfilled expectations of patients are an essential part of recovery (Vogel et al., 2008).

Whereas the emotion scores for patients varied during the surgical process, there were no differences regarding the variation in emotional score during hospital stay in relation to educational status, a finding that agrees with previous analysis (Johansson et al., 2004). Despair, depression, fear and grief were the negative emotions that registered a higher level in our cohort. In earlier studies, researchers focused most of their attention on patients levels

of anxiety and depression, and their prevalence preoperatively might have an effect on the postoperative emotions that patients experienced as well. Certain emotions are connected with preoperative issues and other emotions with intraoperative issues and these findings suggest the importance of monitoring the emotional status of orthopedic surgery patients in the whole process.

On the other hand, the fact that Nordic countries had a higher level of negative emotions than Mediterranean countries, both at baseline and at discharge, despite in both groups negative emotions increased during hospital stay, may indicate a different emotional approach towards undergoing an orthopedic surgical procedure, which may underlie cultural differences in their approach to disease. Nevertheless, in all countries the needs remain for developing interventions that control or reduce negative emotions during hospital stay.

This study showed that a high level of negative emotions at baseline predicts a higher increase in negative emotions at discharge. Our results also showed that high degree of pain was related to higher negative emotional status. The effect of pain perception on emotions is generally recognized and this relationship is clearly bidirectional. In this sense, endorphin system of pain suppression is highly influenced by emotional states. The control of pain in these patients is so important in order to control negative emotions during the surgical process. Our study also showed a relationship between the length of hospital stay and emotional negative status at discharge. Our patients reported a higher emotional status the fewer days they were hospitalized. This result could be explained because patients showed higher expected knowledge than received knowledge and maybe they would need to get more information from the health professionals on how to improve their emotional outcomes.

The results of this study show that higher pain perception, negative emotions at baseline and less days of hospital stay increased the probability of higher negative emotional status at discharge independently to the other factors. Therefore, an intervention directed to increase patients' knowledge so that it reaches a level that fulfills their expectations, and to ensure pain control, prolonging when necessary hospital stay and closely monitoring patients that have high negative emotions and/or high level of pain at baseline, may help to decrease their negative emotions at discharge. Such an intervention could be an important approach in order to achieve patient empowerment.

This study has some limitations concerning the sample, the data collection and the data collection instrument. The collection was implemented similarly in each country, but there might have been small differences depending on care practices. On the other hand, the hospitals were carefully selected so that their preoperative care practices for arthroplasty



patients were as similar as possible. Moreover, we could not be sure of whether the participants had received preoperative knowledge from some other source, such as the Internet, prior to surgery. On the other hand, the main principles for data collection were granted by common protocols and guidelines. The sample size per country is considered to be adequate, but we had an important limitation in the sense that our sample was not randomly selected. The non-random choice of hospitals means that the results may not be generalized to more than participating hospitals. The instruments, KEhp, RKhp and the self-reported scales for symptoms and emotions have been developed and used in Finland, and content validity and reliability has been tested in a Finnish context (Heikkinen et al., 2012; Leino-Kilpi et al., 1998, 1999). Even though the Nordic countries have a similar cultural context and comparable health care, there may have been some difficulties in the translation and cultural validation (Cha et al., 2007). There might for example have been different perceptions about what a depressive state means in the different languages and for different levels of education.

## **Conclusions**

Despite the limitations, the study identified presence of pain and a high level of negative emotional status, preoperatively, as the most important factors independently related to poor negative outcome at discharge, in patients attending elective knee or hip replacement surgery for osteoarthritis. Our results suggest that interventions which increase patients' knowledge, so that it fulfills their expectations, that ensure pain control and even, when necessary, prolonging hospital stay could improve patient emotional outcomes at discharge and therefore empowering patients. Moreover, focusing these interventions on patients with high level of negative emotions and/or high level of pain before surgery may have a greater impact on obtaining better emotional outcomes.

## **References**

- Cha, E. S., Kim, K. H., Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395.
- Ethgen, O., Bruyère, O., Richy, F., Dardennes, C., Reginster, J. (2004). Healthrelated quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 86(5), 963-974.
- EuroQoL Group. (1990). EuroQoL: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.

- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Stringer, M. (2000). Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Jan*, 32(5), 1243-1252.
- Heikkinen K. (2011). Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turku: University of Turku.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H., Salanterä, S. (2007). Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 270-278.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H., Salanterä, S. (2008). Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 270-278.
- Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T., Leino-Kilpi, H. (2012). Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using different patient education methods. *Journal of Perioperative Practice*, 22(7), 226-231.
- Janzen, J.A., Silvius, J., Jacobs, S., Slaughter, S., Dalziel, W., Drummond, N. (2006) What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expectations*, 9, 37-48.
- Johansson, K., Hupli, M., Salanterä, S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 634-639.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T. Ahonen, P., Elomaa, L., Salmela, M. (2003). Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51, 239-245.
- Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2004). Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 175-181.
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Katajisto, J. ...Valkeapää, K. (2014). Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Coun-

- tries. *Clinical Nursing Research*, 24(6), 624-643.
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 30, 116-123.
- Leino-Kilpi, H., Maenpaa, I., Katajisto, J. (1999). Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3(3), 138-145.
- Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., Salanterä, S. (2005). Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, 307-316; quiz 317-318.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Astedt-Kurki, P. (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 305-314.
- OECD. (2013a). Factbook statistics. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2013b). Health at Glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- Olson, J. M., Roese, N. J. (1996). Expectancies ZMP. In E. T. Higgins, A. W. Kruglanski (ed.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (p. 211-238). New York: The Guilford Press.
- Petrie, A. (2006). Statistics in orthopaedic papers. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 88(9), 1121-1136.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. (2007). Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 19(2), 113-119.
- Ryhänen, A. M., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H., Leino-Kilpi, H. (2012). The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 224-231.

- Soever, L. J., Saryeddine, T., Davis, A. M., MacKay, C., Flannery, J. F., Jaglal, S. B., Levy, C., Mahomed, N. (2010). Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 206-214.
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. ...Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372-380.
- Thomas, K.M., Sethares, K. A. (2008). An investigation of the effects of preoperative interdisciplinary patient education on understanding postoperative expectations following a total joint arthroplasty. *Orthopedic Nursing*, 27(6), 374-381.
- Valkeapää, K. Empowering Surgical Orthopaedic Patients Through Education. Turku: University of Turku. Available from URL: Department of Nursing Science, University of Turku. Retrieved from <https://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/epe/research/Pages/eepo.aspx>
- Vogel, B. A., Bengel, J., Helmes, A. W. (2008). Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 79-85.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2000). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Geneva: World Medical Association.

## 5.5 Artículo 5

“Empowering Education of Arthroplasty Patients’ Significant Others in Three Southern European Countries”.

Artículo enviado a la *International Journal of Older People Nursing*.

---



### **Empowering Education of Arthroplasty Patients’ Significant Others in Three Southern European Countries**

**Journal:** International Journal of Older People Nursing

**Manuscript ID** OPN-2017-0915

**Manuscript Type:** Original Article

**Keywords:** Empowerment, Education, Family, Arthritis, Older People, Care of Older People, Health Care, Nursing Care, Participation, User Involvement

## **Empowering Education of Arthroplasty Patients' Significant Others in Three Southern European Countries**

**Abstract** (298 words)

**Background:** The role of Significant Others (SO) in Southern European countries is a key element in the older patients' post- surgical recovery. However, people who take care of a person older than 65 years, as arthroplasty patients, are usually old themselves and need special support.

**Aims and Objectives:** To examine the relationship between the expected and received knowledge and the background characteristics of SO of patients undergoing total joint arthroplasty in three Mediterranean countries (Cyprus, Greece, and Spain), all of which deal with economic restrictions, have similar social systems of support with the family members acting as informal caregivers, and cultural similarities, among others.

**Design:** Descriptive longitudinal study.

**Methods:** Data were collected preoperatively from 189 and postoperatively from 185 SO using the Knowledge Expectations and the Received Knowledge of SO Scales during 2010-2012.

**Results:** Almost one fourth of the SO were older than 65 years. In SO knowledge expectations were not adequately addressed in any of the three countries; SO expected to be educated more on patient's biophysiological issues and received the lowest knowledge regarding financial issues. The difference between expected and received knowledge was the highest in Greece and the lowest in Cyprus. SO may be less prepared for dealing with situations at home following discharge due to the knowledge difference between expected and received knowledge.

**Conclusions:** SO receive less education comparing to what they expect, therefore they are not prepared for dealing with problematic situations during their older patient's recovery. This is especially important in Mediterranean countries, where family members usually act as informal caregivers.

**Implications for Practice:** As healthcare is changing towards active participation of patients and SO, our results give suggestions to redesigning education, with increased emphasis on a more holistic approach including the family and strengthening their caring skills for the older patient.

**Key Words:** "empowerment", "significant others", "family", "arthroplasty", "surgery"

**Word count (from Summary Statement of Implications for Practice to Discussion):**  
4997

## **SUMMARY STATEMENT OF IMPLICATIONS FOR PRACTICE**

### **WHAT DOES THIS RESEARCH ADD TO EXISTING KNOWLEDGE IN GERONTOLOGY?**

- This study included the effects of age (as SO who take care of arthroplasty patients are generally old), and cultural variations on SO empowering knowledge.
- Evidence has been provided that SO knowledge expectations are not addressed, therefore they are unprepared for dealing with patients' postoperative recovery.
- Findings suggest that SO are not adequately educated, thus they are not empowered to participate actively in their relative's care postoperatively.

### **WHAT ARE THE IMPLICATIONS OF THIS NEW KNOWLEDGE FOR NURSING CARE WITH OLDER PEOPLE?**

- As almost one fourth of the SO were older than 65 years old, nurses may consider that older SO have lower knowledge expectations.
- Nursing care could be influenced to include the assessment of SO expectations, to provide the education needed, especially in older SO.
- Because common patterns seem to exist in SO education in Mediterranean countries, findings suggest possible directions for the development of education.

### **HOW COULD THE FINDINGS BE USED TO INFLUENCE POLICY OR PRACTICE OR RESEARCH OR EDUCATION?**

- As healthcare is changing towards shorter hospital stays and active participation of patients and SO, our results give suggestions for redesigning education, with emphasis on SO expectations.
- These findings can influence healthcare policies towards the provision of empowering education for SO, to support them in their demanding task.
- As ageing leads to higher healthcare costs, patient and SO education may increase the efficiency of healthcare systems.
- Future randomized studies could focus on knowledge expectations of SO, the role that age plays, and the effects of empowering education on SO outcomes.

## Introduction

With the improvement of the quality of life after a Total Joint Arthroplasty (TJA), age is not a barrier for having this surgical procedure (Jones et al., 2001). More and more older patients choose to undergo TJAs (Rubin et al., 2016), but they may face difficulties following discharge (McMurray et al., 2005). They may feel unable to manage possible problems and need emotional support during recovery. Therefore, informal caregivers, in this study reported as SO, are identified as important sources of support during this critical period (Heine et al., 2004).

The support of patients by their SO is necessary during postoperative recovery (Lipp, 2008; Tay Swee Cheng et al., 2015). This is also a period where many surgical patients expect active participation of their SO in decision making (Lin et al., 2012). Apart from the patient, SO are also in need of support (Joseph et al., 2015), as they may experience anxiety or other unmet needs (Oberoi et al., 2016); this anxiety may be exacerbated if they are not provided with adequate knowledge (Muldoon et al., 2011).

The European Parliament and Council have adopted the Directive 2011/24/EU on patients' rights in cross-border healthcare, including the right for information (Delnoij & Sauter, 2011). Older patients have also the right to select their carer (i.e. a family member) and this person (after consent) should be trained to provide care. Therefore, both patients and SO need access to trustworthy and understandable knowledge (European Patients Forum 2011).

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations recognizes as the most important standard for patient education a philosophy that views education as an interactive process. Older people (both patients and SO) need to be involved in the design and implementation of policies to ensure their needs are met, so the key questions to ask include their education needs (Standing Committee of European Doctors 2013). One of the practices involved is the direct education of the patient and of the SO, that includes the assessment of the learning needs, abilities, preferences, and readiness to learn. However, many patients and their SO, especially the older ones, may find it hard to participate in healthcare decisions, or to question healthcare professionals, and may even have limited understanding of healthcare issues or where to seek for information (Standing Committee of European Doctors 2013).

The effects of SO support on patients' outcomes (i.e. satisfaction, recovery, coping outcomes) have been previously investigated (Leikkola et al., 2014; Marques et al., 2015).



However, the experience of SO during their patient's surgery has been scarcely examined; for example, it has been found that SO of surgical patients report more depressive symptoms than patients both preoperatively and postoperatively (Lenz & Perkins, 2000).

Furthermore, the studies about the educational expectations of SO have been conducted a long time ago (Astedt-Kurki et al., 1997; Rantanen et al., 2004), and most of them concern SO of patients with cardiac (Theobald, 1997, Rantanen et al., 2004), neurological (Astedt-Kurki et al., 1997; Paunonen & Lehti, 1997), and surgical problems (Majasaari et al., 2005, Sayin & Aksoy, 2012).

Thus, education expectations of SO have not been studied adequately, even in SO of patients with chronic diseases, let alone orthopaedic patients, and it is obvious that their knowledge expectations are not met sufficiently (Zabalegui et al., 2008). In a study about the experiences of TJA patients' spouses, it was found that both patients and spouses needed help in making transitions (i.e., role changes, relationships, International Journal of Older People Nursing 36 For Peer Review abilities, behaviours) and that incongruence between expectations and reality constituted a source of distress, which could be addressed by education (Showalter et al., 2000).

The expectations of SO of patients undergoing TJA are important to be assessed, because SO are compelled to care for the patient who faces pain and decreased mobility (Dayton et al., 2015). Also, as TJA patients are generally over 60 years old (Glyn-Jones et al., 2015) they need increased support after their operation. This is further complicated by the fact that people who take care of a person older than 65 years, as TJA patients, are 63 years old on average (Administration on Aging, 2004).

Some of these challenges, however, may be addressed to some extent with education, considering the increased incidence of TJA due to the increased longevity of the population (Singh, 2011). Nurses have an important role in supporting SO, as well as patients, to be adequately prepared throughout the treatment (Lipp, 2008), by adjusting the education provided according to family preferences (Kloos & Daly, 2008).

The study of empowering education of TJA patients' SO in the Mediterranean countries was chosen due to numerous reasons; a) the general economic framework in these countries, because of the financial crisis, which shifts caring responsibilities to the SO without formal support by the healthcare system, b) the social system of support that remains vastly family oriented (Zabalegui & Cabrera, 2010), with SO often acting as informal caregivers and the concepts of "family orientation" and "family support" acquiring an important me-

aning (Alvira et al., 2015), c) the cultural similarities, and d) similarities regarding the problems of the healthcare systems that have long existed, particularly nursing staff shortage (Sapountzi-Krepia et al., 2008).

A model of empowering SO education requires high knowledge on biophysiological, functional, experiential, social, ethical, and financial issues (Leino-Kilpi et al., 1998). For example, certain SO of TJA patients would like to be educated on issues such as symptom recognition and management, routine examinations, and treatment options (biophysiological dimension), or others would like to be educated on the way that the patient's personal record is kept and the patient's rights (ethical dimension). The purpose of this study was to examine the relationship between the expected and received knowledge and the background characteristics of SO of TJA patients in Southern European countries (Cyprus, Greece, Spain). Our main research questions were:

1. What knowledge do the SO of patients undergoing TJA expect to receive preoperatively?
2. What knowledge do the SO of patients undergoing TJA receive during the hospital stay?
3. Are there significant differences between expected and received knowledge of TJA patients' SO among the three countries?
4. Are there any relationships between the SO background characteristics and expected/received knowledge?

The ultimate goal of this research is to learn more about the knowledge which empowers SO, in order to support them to be independent and responsible for healthcare decisions (Leino-Kilpi et al., 2005).

## **Method**

### *Study Design*

A multicentre, descriptive, longitudinal, and correlational study was conducted in two phases: preoperatively and postoperatively.

### *Setting*

Data were collected using questionnaires from SO of patients undergoing an elective TJA, between 2010 and 2012. This study is part of a larger European study about surgical orthopaedic patients empowering education (EEPO Project), which was conducted in

seven European countries (Cyprus, Finland, Greece, Iceland, Lithuania, Spain, and Sweden) (Valkeapää et al., 2014; Klemetti et al., 2015; Klemetti et al., 2016). In an earlier publication (Sigurdardottir et al., 2015), data regarding SO empowering education were analysed in all seven countries. In this article part of the results are discussed more in depth from the point of view of Mediterranean countries.

### *Participants*

Data were gathered from 189 SO preoperatively (Greece: n=56, Cyprus: n=22, Spain: n=111) and 185 postoperatively (Greece: n=56, Cyprus: n=21, Spain: n=107) (response rate=97.9%) of patients undergoing TJA of the hip or knee. All SO were identified by the patients. Eligible patients and their SO were able to understand Greek or Spanish, were able to complete the questionnaires independently, and of age at least 18 years.

### *Variables- Instruments*

Background data of SO included age, gender, vocational education, employment status, presence of chronic illness, employment in healthcare previously, and relationship with the patient. The instruments used for data collection included the Knowledge Expectations of Significant Other (KEso) and the Received Knowledge of Significant Other (RKso) Scales (Leino-Kilpi et al., 1998, Leino-Kilpi et al., 2005, Sigurdardottir et al., 2015). These parallel instruments consist of 40 questions about the empowering knowledge, divided in six subscales: biophysiological, functional, experiential, ethical, social, and financial. Statements on these subscales are ranked on a 4-point scale (1= fully disagree to 4=fully agree, 0=not applicable in my case). The higher the score the more knowledge expectations or the more received knowledge the SO had. The KEso and RKso Scales were completed preoperatively and after the operation, respectively. The international practice was used for the translation and adaptation of the instruments in Greek and Spanish from the English language (Jones, 1987). Cronbach's alpha was high, 0.986 for the KEso Scale and 0.993 for the RKso Scale, in accordance with the study by Sigurdardottir et al. (2015).

### *Ethical Considerations*

The ethical principles for research involving human subjects of the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2008) were applied. The study was approved by the ethical authorities based on national standards in each country (reference numbers of ethical approvals: Cyprus Y.Y.15.6.17.9 (2); Greece 3029/17.08.2010; Spain 2010/5955). In addition, approvals were obtained from the local hospital Ethics Committees and the Mi-

nistry of Health in Cyprus. Patients and their SO were informed about the study, the voluntary participation and the right to withdraw at any time. A written informed consent was obtained from all participating patients and SO. Patients named the SO they wanted to participate in the study and the SO had to be willing to participate in the study as well.

### *Statistical Analysis*

Data analysis was performed with descriptive statistics for the total sample of SO and multifactor ANOVA analysis for the SO who responded to both the KEso and RKso. Only the questionnaires with at least 50% of the corresponding items completed were included in the analysis. In all tests, statistical significance was set at 0.05 (Redmond & Colton, 2001). The statistical analyses were performed using SPSS 20.0 (IBM Corp, 2011).

## **Results**

### *Descriptive Data*

The sample included 189 SO preoperatively and 185 postoperatively, while 142 SO were excluded because of incomplete questionnaires (less than 50% of the questions). The participants' mean age was 52.8 years [range 19-90 years, Standard Deviation (SD) 15.3 years], of whom 46 (24.3%) were older than 65 years old themselves. In their majority were women (69%), children (52-54%) or spouses of patients (32-34%) (Table 1).

### *Findings about Empowering Knowledge*

Knowledge expectations of SO were not adequately addressed in any country; for the whole sample of all three countries, mean expected knowledge was 3.65 (SD 0.54), mean received knowledge 3.14 (SD 0.96), and mean knowledge difference -0.51 (SD 0.98).

In all countries, SO expected to be educated more on biophysiological and functional issues. SO in Cyprus and Greece had fewer expectations regarding the ethical dimension of empowering knowledge, while SO in Spain had less expectations about the experiential dimension.

SO in Cyprus and Spain received more knowledge in the biophysiological dimension, while in Greece received more knowledge in the functional dimension, while in all countries the lowest received knowledge was on the financial dimension. SO in Cyprus received more knowledge than those in Greece and Spain in all dimensions (Table 2).

The difference between received and expected knowledge was highest in Greece and lowest in Cyprus ( $p=0.033$ ) in all empowering knowledge dimensions. SO in Greece presented the highest difference between received and expected knowledge in all dimensions, with statistical significance between Cyprus and Greece in the biophysiological, functional and experiential dimensions. The lowest knowledge difference in Cyprus was found in the biophysiological dimension, and in Greece and Spain in the functional dimension. The highest knowledge difference for all countries was in the financial dimension (Table 2).

#### *Relationships between Knowledge and Background Characteristics*

Knowledge expectations of SO were negatively correlated to their age in KEso Scale ( $r=-0.130$ ,  $p=0.020$ ), the experiential ( $r=-0.122$ ,  $p=0.032$ ) and the ethical subscale ( $r=-0.128$ ,  $p=0.023$ ), with older SO expecting less knowledge on these fields. Female SO had higher knowledge expectations than males in the total KEso Scale (3.69 versus 3.57 respectively,  $p=0.046$ ) and specifically in the experiential (3.66 versus 3.41 respectively,  $p=0.008$ ), and in the financial dimensions (3.58 versus 3.37, respectively,  $p=0.035$ ). Expected knowledge did not correlate to vocational education and employment status.

The only relationship between the received knowledge and background characteristics was that the SO employed in healthcare or social services reported lower received knowledge in the financial subscale (mean 2.39 versus 2.91,  $p=0.041$ ).

The difference between expected and received knowledge for the total scale was not correlated to any background factor. However, knowledge difference was correlated with age in the experiential subscale ( $r=0.136$ ,  $p=0.036$ ). SO who were employed in healthcare or social services reported higher knowledge difference in the experiential subscale (mean -1.04 versus -0.49,  $p=0.041$ ). Furthermore, SO who had a chronic illness reported lower knowledge difference compared to those who had not a chronic illness in the ethical subscale (mean -0.31 versus -0.66,  $p=0.034$ ) and in the financial subscale (mean -0.32 versus -0.70,  $p=0.037$ ).

## **Discussion**

The purpose of the present study was to examine the relationship between the expected and received knowledge of SO of TJA patients in Mediterranean countries and its relationship to their background characteristics. The authors considered this research as im-

portant due to the financial restrictions during the data collection (Zabalegui & Cabrera, 2010; Papastavrou et al., 2014a), as well as to the cultural similarities between these countries, where family bonds remain strong and family members often assume the role of the caregiver, because of family tradition and nursing staff shortage (Sapountzi-Krepia et al., 2008). In an earlier publication (Sigurdardottir et al., 2015), SO data about empowering education in seven European countries were analysed.

The education provided to surgical patients and their SO has been found to be an important source of support and promotes patients' coping (Heine et al., 2004, Leikkola et al., 2014). Patients' who receive sufficient support from their SO report higher levels of psychological well-being and overall satisfaction (White-Williams et al., 2013). Especially in older orthopaedic patients, who undergo TJAs, their SO undertake the demanding task of taking care of them during the post-operative period and rehabilitation, as the patients are not yet able to take care of themselves.

SO are referred in the literature as “secondary patients” because they also need guidance, since they are expected to deliver care that they are not trained or supported to deliver. This is especially true for SO who provide care to a patient older than 65 years, and often they are older themselves (Reinhard et al., 2008). Due to inadequate knowledge, SO may not know how to take care of the patient, or they may even neglect their own health, thus deteriorating both the patient's and their own wellbeing. One of the most important ways to support them is through education on patient's care (Reinhard et al., 2008). However, relevant research focuses mainly on the investigation of the patients' expectations, and only in a few studies the expectations of SO are assessed or addressed, while many studies have been conducted a long time ago (Astedt-Kurki et al., 1997; Rantanen et al., 2004), all of which signify a lack of relevant literature and the need for further research.

Knowledge expectations of SO were not adequately addressed in any of the participating Mediterranean countries. A possible interpretation is that there are common problems in the provision of nursing care in these countries, such as the understaffing (Sapountzi-Krepia et al., 2008; Ausserhofer et al., 2014), the inadequate education of nurses as in the case of Greece (Suhonen et al., 2003), and the lack of resources and support/ rehabilitation services after the surgery and discharge (Simou

& Koutsogeorgou, 2014). Therefore, it is probable that during the patient's hospitalization, SO received less education and support from nurses compared to what they expected and were less prepared for dealing with problematic situations related to the patient's post-operative recovery. In other clinical settings, informational support for the SO has also



been perceived as insufficient, such as in the study of SO of patients with a myocardial infarction (Theobald 1997) and neurological problems (Astedt- Kurki et al., 1997). In a study regarding the information that was required by patients and their SO perioperatively, SO wished more information about the surgical process and the postoperative period than they had received (Sayin & Aksoy, 2012). In another study, SO felt that they had received more education on the patient's hospitalization than on home care (Rantanen et al., 2004). However, Majasaari et al. (2005) found that more than half of the day surgery patients believed their SO were adequately informed.

In the present study, SO in Greece had higher knowledge expectations compared to SO in Cyprus and in Spain in all the empowering knowledge dimensions, while in Cyprus they received more knowledge than SO in Greece and in Spain, in all knowledge dimensions. Furthermore, Greek SO had the highest knowledge difference, and, therefore, it seems that this lack of education of SO in Greece may compromise the effects of the surgical treatment to a higher degree. It is also possible that this aspect may have even deeper consequences in reality, given the fact that these findings are reported in SO of TJA patients, who decide to undergo this operation voluntarily and may seek information preoperatively. However, this is not the case with the SO of orthopaedic patients admitted urgently, i.e. for a hip fracture, who do not have the time or the opportunity to seek information before they get operated. In addition, it is important to stress out that, due to nursing shortage in Greece (Sapountzi-Krepia et al., 2008), assistant nurses act as nurses, which further compromises the amount of information provided both for patients and SO. In a previous study, the Greek nurses' low educational level was associated with their perceptions of not providing information to patients (Suhonen et al., 2003). Understaffing in order to save money has been reported to adversely affect patient outcomes; based on the RN4Cast study, 49% of the nurses in Spain also did not have time to educate patients and families (Ausserhofer et al., 2014) due to understaffing (Aiken et al., 2014). Similar results have been reported for Cyprus, where patient education is not considered a priority by the nurses and it is often omitted (Papastavrou et al., 2014b, Vryonides et al., 2016). Although this finding may be consistent over the world (Jones et al., 2015), with the nurses claiming staff shortage, it seems that the origin of omitting "less visible" nursing tasks needs further investigation.

SO in Cyprus and Greece had fewer expectations regarding the ethical dimension of empowering knowledge, while SO in Spain had less expectations about the experiential dimension. These findings can be attributed to differences in people's perceptions and/or cultural values, i.e. SO in Cyprus and in Greece (two countries with strong historical, cultural, and language bonds) may have more confidence in the way that healthcare professionals protect e.g. the patients' rights and privacy, while SO in Spain feel more confident

in the way that the staff communicates about experiential issues. On the other hand, SO in all countries reported the lowest received knowledge in the financial dimension. This may be due to the similarities of the healthcare services in this aspect, i.e. people are not so interested in knowing more about the costs in systems in which the expenses are covered by the public health system. However, data were collected in the beginning of the financial crisis, so perhaps the results would be different if these were to be collected later.

The present study is a part of a larger European study (EEPO Project), which was conducted in seven European countries (Cyprus, Finland, Greece, Iceland, Lithuania, Spain, and Sweden). The results about SO were reported in the study of Sigurdardottir et al. (2015), which showed that 74% of SO (n=615) did not receive the knowledge they expected, and that spouses, those with having higher education, and employed, reported the highest difference between received and expected knowledge. Comparing the present results with those of the larger study, knowledge expectations are also not met, meaning that there are many common findings, with most unfulfilled knowledge expectations being in the financial, social and experiential dimensions of knowledge. The differences between SO in southern Europe were lower than those in northern Europe, as the latter had more unfulfilled knowledge expectations and less access to information from healthcare professionals. However, in the aforementioned study, mean age of SO was 57 years, while SO in the one reported here were younger, and reported higher knowledge expectations and higher received knowledge in total. Furthermore, older SO or those who worked in healthcare had a higher knowledge difference in the experiential subscale in our study, and SO who had a chronic illness reported a lower knowledge difference in the ethical and in the financial subscale, while SO in the large study (Sigurdardottir et al., 2015) had a higher knowledge difference if they had a higher education, or if they were retired or employed rather than unemployed. However, this study shares partly same data, so the differences and similarities are partly depending on that.

However, apart from the cultural differences between Mediterranean and Nordic countries (Leino-Kilpi et al., 2003), there are also differences in the healthcare systems, as well as the money spent on health; for example, self-reported unmet needs for medical examinations in Greece have the highest percentage (13.9%) among the seven countries (Sigurdardottir et al. 2015), while the lowest was in Finland (0.4%) (Eurostat, 2013). At the same time, the expenditure on care for older people as percent of the Gross Domestic Product is lowest in Cyprus and in Greece (about 0.09%) and highest in Sweden (2.33%) (Eurostat, 2008). As older populations lead to higher healthcare costs, patient and SO education may increase the efficiency of healthcare systems, especially in countries with financial restrictions (Standing Committee of European Doctors 2013).



Assessing the education expectations of SO is very important, in order for the nurses to provide the education needed, as higher levels of education than expected can have the opposite results and may lead to increased anxiety (Nikoletti et al., 2003). In the study of Rantanen et al. (2004), nurses' discussions with SO tended to focus on the coronary artery bypass patient's condition and follow-up care. This is supported by our findings, given that the SO in all countries expected to be educated more about biophysiological issues, which concern them more during the perioperative period, rather than e.g. ethical or financial issues. This may perhaps be attributed to the fact that SO are more interested in their patient's physical needs after the surgery, and less in ethical and financial issues. Another possible explanation may be that the healthcare systems in the Mediterranean countries are organized on biomedical models of care, as in many western countries (Wade & Halligan, 2004). In the aforementioned study, SO found it easier to discuss the patient's condition instead of their own needs and expectations. According to our findings, nursing care must be influenced regarding the importance of the assessment of SO expectations, in order to provide the education needed, especially in older SO who are responsible of taking care of patients.

In the present study, age was not correlated to knowledge difference, but SO who were older had lower knowledge expectations, which may be due to their tendency to generally expect less and be satisfied with less. In all three countries older patients have grown in difficult times due to political and financial conditions, such as civil conflicts and occupations, and their experience of a public healthcare system is only relatively recent; therefore they may appreciate what they get and are not necessarily very demanding about the healthcare they receive (Stevens & Gillam, 1998). We also found that female SO had higher knowledge expectations than males, their employment status was not related to knowledge, and those who had a chronic illness reported a lower knowledge difference than the SO who had not a chronic illness in two subscales. Thus, female SO, having the burden of caring of their spouse or parent, would be logically expected to wish more education in order to provide appropriate care, as gender disparities continue to exist and females usually undertake the burden of care, not only in Mediterranean countries (Reinhard et al., 2008; Borman et al., 2016; Nogueira et al., 2016). The finding that SO with a chronic illness reported a lower knowledge difference may be based on them being familiar with the healthcare system, and, thus, being more willing to report being educated, or on them already having knowledge regarding certain issues of care, on which they finally reported they received knowledge.

Some background characteristics are reported to be related to the knowledge needs of SO; in the study of Nikoletti et al. (2003), regarding the needs of SO of women undergoing

breast cancer surgery, the SO with children younger than twenty years old had a greater number of needs. However, there are no studies regarding the background characteristics that we examined in our study, especially in orthopaedic patients' SO. Although patients in the study of Rantanen et al. (2004) were more likely to identify the spouse as a support person, in our study the patients were more likely to identify their children as persons of support. Patients recognizing their children as their SO is also a cultural phenomenon in Mediterranean countries, as children usually take over the decision-making for their ageing parents, even in important health care issues.

Regarding the reliability of this study, SO factors such as preoccupation with their patient's hospitalization, burden due to the care they were offering at the time, physical and emotional fatigue, or, on the other hand, their satisfaction from the overall level of care, may perhaps affected their answers, towards a lower or higher evaluation, respectively, of the education they received. The instrument's internal consistency was excellent, as Cronbach's alpha was  $>0.90$ . The items included in the instrument are considered to represent adequately the questions that concern empowering education dimensions and are consistent with the theoretical concept (Leino-Kilpi et al., 1998). However, our results cannot be generalized beyond the sample in the study, as the sample was not chosen in random but in a purposive manner. Also, the patients in this study were old patients (mean age 72.3 years in Greece, 70 years in Spain, 64 years in Cyprus), undergoing elective TJAs, rather than patients hospitalized for an emergency reason, i.e. fractures; the latter patients may be in an even more compromised position, because they have not the opportunity to seek information before hand. Furthermore, the small number of participants, especially in Cyprus (which was however balanced to some extent by the multi-site data collection) and the fact that many SO had incomplete questionnaires which were, therefore, not included in the statistical analysis constitute limitations to generalizability. Moreover, this was not an interventional study, in which the effects of SO education on the patients' recovery, as well on the experience of SO could be examined. However, due to the fact that common patterns seem to exist regarding the education of SO in Mediterranean countries (e.g., more interest in biophysiological issues), this study's findings suggest possible directions for the development of education of SO. In the future more research is needed regarding the knowledge expectations of orthopaedic patients SO and the role that background characteristics play on their expected and received knowledge. Also, interventional studies would be more appropriate for determining the effects of an empowering education intervention on both patients' and SO outcomes, such as coping with the care and emotions.

For more active patients' and SO participation, our results give possible suggestions for redesigning education according to their experiences and expectations in order to provide

tailor-made, empowering education and support them during the challenging postoperative recovery. As it has been previously recognized, healthcare professionals must be informed about issues such as older patients' and SO knowledge, motivation, and competencies to access and apply health education in order to make informed decisions about healthcare, while guidelines must be developed regarding education for older people (European Patients Forum 2011). In this context, nursing care can be influenced regarding the importance of the assessment of SO expectations, in order to provide the education needed, as lower education may lead to poor patient outcomes and higher education may lead to increased anxiety for the SO. Nurses may keep in mind that older SO do not report higher knowledge difference, but have lower knowledge expectations.

## References

- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W.; RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Administration on Aging. (2004). National family caregiver support program complete resource guide. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Alvira, M.C., Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M.H., Meyer, G., Koskeniemi, J., Soto, M.E., & Zabalegui, A; RightTimePlaceCare Consortium. (2015). The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 1417-1434. doi: 10.1111/jan.12528.
- Astedt-Kurki, P., Paunonen, M., & Lehti, K. (1997). Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 908-914.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I.S., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L.H., & Schwendimann, R.; RN4CAST consortium. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multi-country cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318.

- Borman, P., Gökçe-Kutsal, Y., Terzioğlu, F., Okumus, M., Ceceli, E., Karahan, S., Senel, K., Gökkaya, K.O., Doğan, A., Eskiuyurt, N., Günaydın, R., Eyigör, S., Sahin, N., & Sahin, M. (2016). A Multicenter Pilot Study of Burden Among Caregivers of Geriatric Rehabilitation Patients with Neuromusculoskeletal Diseases. *Rehabilitation Nursing*, doi: 10.1002/rnj.272 [Epub ahead of print]
- Dayton, M.R., Judd, D.L., Hogan, C.A., & Stevens- Lapsley, J.E. (2015). Performance-Based Versus Self-Reported Outcomes Using the Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score After Total Hip Arthroplasty. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 95(2), 132-138. doi: 10.1097/PHM.0000000000000357.
- Delnoij, D., & Sauter, W. (2011). Patient information under the EU patients' rights Directive. *European Journal of Public Health*, 21(3), 271-272. doi: 10.1093/eurpub/ckr053.
- European Patients Forum. (2011). The Rights and Needs of Older Patients. In Proceedings of the EPF/FPP Conference on the rights and needs of older patients 2011, Warsaw.
- Eurostat. (2015). Statistics about "self-reported unmet needs for medical examinations" and "expenditure on care for elderly as percent of the Gross Domestic Product". Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Glyn-Jones, S., Palmer, A.J., Agricola, R., Price, A.J., Vincent, T.L., Weinans, H., & Carr, A.J. (2015). Osteoarthritis. *Lancet*, 386(9991), 376-387. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60802-3.
- Heine, J., Koch, S., & Goldie, P. (2004). Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 50, 227- 233.
- IBM Corporation. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jones, E. (1987). Translation of quantitative measures for use in cross-cultural research. *Nursing Research*, 36, 324-327.
- Jones, C.A., Voaklander, D.C., Johnston, D.W., & Suarez-Almazor, M.E. (2001). The effect of age on pain, function, and quality of life after total hip and knee arthroplasty. *Archives of Internal Medicine*, 161, 454-460.
- Jones, T.L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.

- Joseph, H.K., Whitcomb, J., & Taylor, W. (2015). Effect of Anxiety on Individuals and Caregivers After Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: A Review of the Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34, 285-288. doi: 10.1097/DCC.000000000000137.
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Katajisto, J., Papastavrou, E., Unosson, M., & Valkeapää, K. (2015). Difference between received and expected knowledge of patients undergoing knee or hip replacement in seven European countries. *Clinical Nursing Research*, 24(6), 624-643. doi: 10.1177/1054773814549992.
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Charalambous, A., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Katajisto, J., Unosson, M., Zabalegui, A., & Valkeapää, K. (2016). Information and Control Preferences and Their Relationship With the Knowledge Received Among European Joint Arthroplasty Patients. *Orthopedic Nursing*, 35(3), 174-182. doi: 10.1097/NOR.0000000000000246.
- Kloos, J.A., & Daly, B.J. (2008). Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 96-107; quiz 108-9. doi: 10.1097/01.CNQ.0000314469.41507.cb.
- Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2014). Staff support for back surgical patients and family members: does it improve coping at home? *Orthopedic Nursing*, 33, 352-358. doi: 10.1097/NOR.0000000000000099.
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., & Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 30, 116-123.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., Scott, P.A., Arndt, M., & Kaljonen, A. (2003). Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: general overview. *Nursing Ethics*, 10(1), 18-27.
- Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salanterä, S. (2005). Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, 307-316; quiz 317-318.
- Lenz, E.R., & Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*, 13, 142-150.
- Lin, M.L., Kan, W.M., & Chen, C.H. (2012). Patients' perceptions and expectations of family participation in the informed consent process of elective surgery in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 6, 55-59. doi: 10.1016/j.anr.2012.05.001.

- Lipp, A. (2008). Supporting the significant other in women undergoing abortion. *British Journal of Nursing*, 17: 1232-1236.
- Majasaari, H., Sarajärvi, A., Koskinen, H., Autere, S., & Paavilainen, E. (2005). Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN Journal*, 81, 1030-1039.
- Marques, A., Jácome, C., Cruz, J., Gabriel, R., Brooks, D., & Figueiredo, D. (2015). Family-based psychosocial support and education as part of pulmonary rehabilitation in COPD: a randomized controlled trial. *Chest*, 147, 662-672. doi: 10.1378/chest.14-1488.
- McMurray, A., Grant, S., Griffiths, S., Lefford, A., & Wilson, D. (2005). Mapping recovery after total hip replacement surgery: health-related quality of life after three years. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 22, 20-25.
- Muldoon, M., Cheng, D., Vish, N., Dejong, S., & Adams, J. (2011). Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety. *AORN Journal*, 94, 246-253. doi: 10.1016/j.aorn.2011.01.016.
- Nikoletti, S., Kristjanson, L.J., Tataryn, D., McPhee, I., & Burt, L. (2003). Information needs and coping styles of primary family caregivers of women following breast cancer surgery. *Oncology Nursing Forum*, 30, 987-996.
- Nogueira, P.C., Rabeh, S.A., Caliri, M.H., & Dantas, R.A. (2016). Health-Related Quality of Life Among Caregivers of Individuals with Spinal Cord Injury. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 28-34. doi: 10.1097/JNN.0000000000000177.
- Oberoi, D.V., White, V., Jefford, M., Giles, G.G., Bolton, D., Davis, I., Winship, I., Prince, H.M., Millar, J., Harrison, S., Kay, A., & Hill, D. (2016). Caregivers' information needs and their 'experiences of care' during treatment are associated with elevated anxiety and depression: a cross-sectional study of the caregivers of renal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4177-4186. doi: 10.1007/s00520-016-3245-8.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., & De Geest, S. (2014a). Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 314-335. doi:10.1177/1054773812469543.
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014b). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3-25. doi: 10.1002/hpm.2160.
- Rantanen, A., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., & Tarkka, M.T. (2004). Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 158-166.



- Redmond, C., & Colton, T. (2001). *Clinical significance versus statistical significance. Biostatistics in Clinical Trials. Wiley Reference Series in Biostatistics (3rd ed.)*. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Reinhard, S.C., Given, B., Petlick, N.H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: RGHughes (ed), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Rubin, L.E., Blood, T.D., & Defillo- Draiby, J.C. (2016). Total Hip and Knee Arthroplasty in Patients Older Than Age 80 Years. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 24, 683-690. doi: 10.5435/JAAOS-D-15-00278.
- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Sakellari, E., Toris, A., Vrettos, A., & Arsenos, P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1287–1294. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02033.x.
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN Journal*, 95, 772- 787. doi: 10.1016/j.aorn.2011.06.012.
- Showalter, A., Burger, S., & Salyer, J. (2000). Patients' and their spouses' needs after total joint arthroplasty: a pilot study. *Orthopedic Nursing*, 19, 49-57, 62.
- Sigurdardottir, A.K., Leino-Kilpi, H., Charalambous, A., Katajisto, J., Stark, Å.J., Sourtzi, P., Zabalegui, A., & Valkeapää, K. (2015). Fulfilment of knowledge expectations among family members of patients undergoing arthroplasty: A European perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 615-624. doi: 10.1111/scs.12199.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-119. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002.
- Singh, J.A. (2011). Epidemiology of Knee and Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *The Open Orthopaedics Journal*, 5, 80–85. doi: 10.2174/1874325001105010080.
- Standing Committee of European Doctors, European Patients Forum, Maastricht University, & Merck-Sharp & Dohme. (2013). *Concept Paper on Health Literacy, Making health literacy a priority in EU policy*. Retrieved from [http://www.eupatient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper\\_final.pdf](http://www.eupatient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf).

- Stevens, A., & Gillam, S. (1998). Needs assessment: from theory to practice. *BMJ*, 316(7142), 1448-1452.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Kaljonen, A., Arndt, M., & Leino-Kilpi, H. (2003). Patients' autonomy in surgical care: a comparison of nurses' perceptions in five European countries. *International Nursing Review*, 50(2), 85-94.
- Tay Swee Cheng, R., Klainin-Yobas, P., Hegney, D., & Mackey, S. (2015). Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. *Disability and Rehabilitation*, 37, 9-24. doi: 10.3109/09638288.2014.906663.
- Theobald, K. (1997). The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 595-601.
- Valkeapää, K., Klemetti, S., Cabrera, E., Cano, S., Charalambous, A., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Johansson Stark, Å., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sigurdardottir, A.K., Sourtzi, P., Unosson, M., Zabalegui, A., & Leino-Kilpi, H. (2014). Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: a European survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 597-607. doi: 10.1111/ijn.12189.
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Eleftheriou, C., & Merkuris, A. (2016). Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics*, pii: 0969733016664979. [Epub ahead of print]
- Wade, D.T., & Halligan, P.W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398-1401.
- White-Williams, C., Grady, K.L., Naftel, D.C., Myers, S., Wang, E., & Rybarczyk, B. (2013). The relationship of socio-demographic factors and satisfaction with social support at five and 10 years after heart transplantation. *Clinical Transplantation*, 27, 267-273. doi: 10.1111/ctr.12057.
- World Medical Association. (2008). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodriguez, E., Cabrera, E., Diaz, M., Gallart, A., Gonzalez, A., Gual, P., Izquierdo, M.D., Lopez, L., Pulpón, A., & Ramirez, A. (2008). Informal caregiving: Perceived needs. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 166-172. doi: 10.1177/0894318408314978.



**Table 1.** Significant others' background characteristics preoperatively (N=189) and postoperatively (n=184).

		Preoperatively		Postoperatively	
<b>Background characteristics</b>		N=189	%	N=185	%
<b>Relationship</b>	Spouse	65	34.4	60	32.4
	Child	100	52.9	101	54.6
	Other	24	12.7	24	13.0
<b>Gender</b>	Female	130	68.8	129	69.7
	Male	59	31.2	56	30.3
<b>Vocational education</b>	No vocational education	110	58.2	107	57.8
	Secondary vocational education	36	19.0	36	19.5
	College level vocational education	24	12.7	23	12.4
	Academic degree	19	10.1	19	10.3
<b>Employment status</b>	Employed	103	54.5	102	55.1
	Retired	43	22.8	40	21.6
	Working at home	28	14.8	28	15.1
	Unemployed/ job applicant	13	6.9	13	7.1
	Other	1	0.5	2	1.1
	Missing	1	0.5	0	0
<b>Employed in health or social care</b>	Yes	19	10.1	18	9.7
	No	170	89.9	167	90.3
<b>Chronic illness</b>	Yes	51	27.0	49	26.5
	No	138	73.0	136	73.5
<b>Country</b>	Cyprus	22	11.7	21	11.4
	Greece	56	29.6	56	30.3
	Spain	111	58.7	107	57.8
	Missing	0	0	1	0.5

**Table 2.** Means of empowering knowledge in the total KEso (preoperatively) and RKso (postoperatively) Scales (1= fully disagree, 4= fully agree, 0= not applicable in my case) and their difference.

Empowering knowledge dimensions	KEso (n=176-189)				RKso (n=166-185)				Difference between RKso and EKso Scales (n=156-183)			
	Cyprus	Greece	Spain	p*	Cyprus	Greece	Spain	p*	Cyprus	Greece	Spain	p*
<b>Biopsychological</b> (SD 0.23)	3.88 (SD 1.86)	3.94 (SD 0.57)	3.74 (Gr-Sp)	0.027 (SD 0.27)	3.83 (SD 0.99)	3.39 (SD 0.91)	3.27 (Cyp-Sp)	0.026 (SD 0.21)	-0.05 (SD 1.06)	-0.55 (SD 0.93)	-0.47 (Cyp-Gr)	0.045
<b>Functional</b> (SD 0.23)	3.88 (SD 1.19)	3.94 (SD 0.65)	3.63 (Gr-Sp)	0.004 (SD 0.30)	3.78 (SD 0.95)	3.43 (SD 0.89)	3.25 (Cyp-Sp)	0.021 (SD 0.25)	-0.10 (SD 1.00)	-0.51 (SD 0.95)	-0.38 (Cyp-Gr)	0.044
							0.038 (Cyp-Gr)					
<b>Experiential</b> (SD 0.40)	3.77 (SD 0.42)	3.87 (SD 0.83)	3.40 (Gr-Sp)	0.000 (SD 0.50)	3.57 (SD 1.18)	3.19 (SD 1.17)	2.87 (Cyp-Gr)	0.005 (SD 0.37)	-0.20 (SD 1.30)	-0.68 (SD 1.29)	-0.53 (Cyp-Gr)	0.012
							0.038 (Cyp-Gr)					
<b>Social</b> (SD 0.30)	3.89 (SD 0.29)	3.48 (SD 0.72)	0.000 (Gr-Sp)	3.44 (SD 0.50)	3.21 (SD 1.12)	2.84 (SD 1.05)	NS	-0.21 (SD 0.42)	-0.63 (SD 1.23)	-0.60 (SD 1.16)	NS	
<b>Ethical</b> (SD 0.41)	3.84 (SD 0.37)	3.44 (SD 0.77)	0.001 (Gr-Sp)	3.46 (SD 0.50)	3.27 (SD 1.15)	2.94 (SD 1.09)	NS	-0.31 (SD 0.44)	-0.62 (SD 1.22)	-0.54 (SD 1.16)	NS	
<b>Financial</b> (SD 0.40)	3.72 (SD 0.37)	3.90 (SD 0.88)	3.27 (Gr-Sp)	0.000 (SD 0.73)	3.36 (SD 1.18)	3.19 (SD 1.22)	2.63	NS	-0.36 (SD 1.35)	-0.71 (SD 1.24)	-0.64	NS
<b>Total</b> (SD 0.24)	3.90 (SD 0.23)	3.51 (SD 0.63)	0.000 (Gr-Sp)	3.60 (SD 0.35)	3.30 (SD 1.04)	3.01 (SD 0.95)	0.023 (Cyp-Sp)	-0.18 (SD 0.25)	-0.60 (SD 1.13)	-0.50 (SD 0.99)	0.033 (Cyp-Gr)	

Cyprus Greece Spain p\* Cyprus Greece Spain p\*

**Table 3.** Relationships between empowering knowledge (total KEso/ RKso Scales) and background characteristics.

Background characteristic	Knowledge expectations (p-value)	Received knowledge (p-value)	Difference between expected and received knowledge (p-value)
Age	r=-0.130, p=0.020*	NS*	NS*
Gender	p=0.046**	NS**	NS**
Vocational education	NS***	NS***	NS***
Employment status	NS***	NS***	NS***
Employed in healthcare or social services	NS**	p=0.041**	NS**
Chronic illness	NS**	NS**	NS**

\*Pearson correlation, \*\* t-test, \*\*\* ANOVA



## 6. DISCUSIÓN

El incremento de la esperanza de vida conlleva un aumento del envejecimiento de la población con patologías crónicas asociadas, como puede ser la OA. Esta realidad plantea la necesidad de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas y planes de cuidados orientados a diseñar un programa de educación encaminado, a su vez, a facilitar la autogestión en el proceso de salud y el empoderamiento.

En el contexto español, al igual que en el resto de países europeos –ámbito en el que se enmarca el estudio–, la situación es similar. A pesar de la calidad y la eficiencia del sistema sanitario, los pacientes quirúrgicos que son intervenidos de ATC/ATR requieren mejoras en el modelo educativo orientado a satisfacer las expectativas y las necesidades de aprendizaje de los pacientes.

El enfoque actual se basa en la detección precoz de la enfermedad, en evitar su progresión con un tratamiento farmacológico adecuado, entre otros, y recurrir a la cirugía cuando ya no exista alternativa posible. Sin embargo, para el manejo integral de todo el proceso, se requiere del conocimiento –por parte de los profesionales– de estas expectativas y necesidades de aprendizaje. El punto de vista de los profesionales no siempre coincide con el de los pacientes.

La finalidad de este estudio es identificar si los pacientes con OA reciben el conocimiento que esperan, en relación con sus expectativas de aprendizaje, durante la estancia relacionada con la cirugía de ATC/ATR.

Los pacientes están involucrados en un proceso quirúrgico complejo que genera expectativas sobre lo que quieren saber y aprender.

Para evaluar la educación empoderadora del paciente, es importante comparar las expectativas de conocimiento con el conocimiento que reciben los pacientes.<sup>92, 190</sup> Información no es sinónimo de conocimiento. El paciente debe recibir la información adecuada, en el momento y el contexto adecuados para que genere conocimiento nuevo.<sup>87, 88</sup>

A partir de los resultados obtenidos en el estudio, se pueden agrupar en los distintos apartados.

### **6.1. La validación de la doble escala: ECPH/CRPH**

Es importante disponer de una escala que evalúe el nivel de empoderamiento de los pacientes con OA, estableciendo así la información necesaria para que el paciente tenga la capacidad de tomar decisiones sobre cómo hacer frente su enfermedad.

Las organizaciones sanitarias han pasado de estar centradas en los profesionales a poner el centro de su atención a los pacientes y sus expectativas. Las instituciones quieren conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que reciben, en particular sobre la información recibida. Para ello es importante disponer de un instrumento de medida que explore los distintos componentes del proceso de información y toma de decisiones.<sup>202</sup>

Los resultados de estudio sugieren que la versión española de la doble escala ECPH/CRPH es un instrumento válido y fiable, con buenas propiedades psicométricas para medir tanto las expectativas de conocimiento como el conocimiento recibido por los pacientes intervenidos quirúrgicamente de artroplastia total de rodilla.

Mediante el método de traducción y retrotraducción se consigue una versión española del instrumento que resulta conceptualmente equivalente al original, y cuya utilización para estudios en el contexto español es factible y comprensible para los pacientes.

La validez de criterio de la escala fue satisfactoria. Se obtuvo una relación positiva entre las expectativas de conocimiento y las preferencias de información; es decir, a más expectativas de conocimiento más interés de los pacientes en buscar información sobre su estado de salud y tratamientos. En cuanto al conocimiento recibido, se observó una significativa y positiva relación con el nivel de acceso a la información, demostrado que los pacientes que tienen la percepción de un mayor acceso a la información por parte de los profesionales sanitarios durante la hospitalización reciben un mayor conocimiento.

Es plausible pensar que los pacientes con menos interés o expectativas rechacen la proposición de intervención quirúrgica. Las expectativas son, probablemente, uno de los prin-

cipales motivos que llevan al paciente a buscar atención sanitaria y, por tanto, las personas con pocas expectativas o poca satisfacción con el sistema sanitario difícilmente siguen todo el camino que lleva hasta la cirugía electiva.<sup>203</sup>

La consistencia interna fue alta en ambas escalas, tanto para la escala en general como para las diferentes dimensiones que las conforman. Los valores del alfa de Cronbach son comparables con los valores referidos por otros autores que utilizaron este doble instrumento. En un estudio publicado más recientemente, con una muestra de pacientes intervenidos de artroplastia, el alfa de Cronbach fue de 0,87 a 0,94 (ECPH), y de 0,89 a 0,91 (CRPH).<sup>190</sup> Para completar el análisis de fiabilidad, serían necesarios nuevos estudios que valoraran la reproductibilidad intrasujeto, en nuestro contexto, para evaluar la estabilidad temporal de la escala.

Disponer de un instrumento validado que mida las expectativas y el conocimiento que han recibido los pacientes durante la hospitalización nos permitirá llevar a cabo estudios comparativos entre distintos centros y países, así como evaluar programas de educación sanitaria facilitadores del proceso de empoderamiento del paciente.

## **6.2. Expectativas de conocimiento y conocimiento recibido en el contexto español**

Los pacientes quirúrgicos tienen altas expectativas de conocimiento, antes de la cirugía, en todas las dimensiones del conocimiento: biofisiológica, funcional, experiencial, social, ética y financiera. En su defecto, los participantes del estudio esperaban recibir más información de la que recibieron. Esta diferencia entre las expectativas de conocimiento y el conocimiento recibido ha sido reportada en varios estudios previos.<sup>92, 204</sup> Los pacientes esperan más información en aspectos relacionados con la dimensión biofisiológica y funcional,<sup>92, 205, 206, 207, 208</sup> lo que no sorprende debido a la naturaleza de la intervención quirúrgica. Las cuestiones biofisiológicas generan mayores necesidades de aprendizaje y están relacionadas con los síntomas –como el dolor, las náuseas y los mareos–, y los pacientes deben lidiar con ello después de la cirugía.<sup>90, 190, 209</sup>

Los procedimientos quirúrgicos implican una intrusión en el cuerpo del paciente y pueden causar limitaciones funcionales que afectan a la vida diaria del paciente, de una manera u

otra.<sup>184, 210</sup> Por consiguiente, las habilidades necesarias para hacer frente a la nueva situación generan altas expectativas de conocimiento en todas las dimensiones.

Las expectativas tienen una relación directa con las características sociodemográficas de la muestra estudiada.

La muestra es muy similar a las encontradas en estudios europeos realizados previamente, en otros países, sobre pacientes con OA.<sup>94</sup> Los participantes tienen una edad media de unos 70 años, mayoritariamente mujeres, jubiladas, con un bajo nivel educativo y con una prevalencia de cirugía de rodilla superior a la de cadera.<sup>181, 211, 212, 213, 214, 215, 216</sup>

La situación laboral de los pacientes influye directamente. Las amas de casa y los jubilados están más interesados en la dimensión funcional, probablemente porque estos pacientes necesitan ayuda durante el periodo de convalecencia debido a la comorbilidad asociada con su edad.<sup>112, 217, 218</sup> Los pacientes sin actividad laboral están más interesados en ser informados sobre aspectos sociales, porque se encuentran más preocupados por las consecuencias de la cirugía en relación con su situación laboral. Los pacientes en activo tienen significativamente menos expectativas de conocimiento que los jubilados, las amas de casa y los no activos laboralmente. El perfil de paciente más joven, activo y con mejores condiciones físicas<sup>185</sup> es el de pacientes que parecen más preocupados por las cuestiones experienciales, relacionadas con la calidad de vida y el buen trato.<sup>185</sup>

Las amas de casa, en comparación con los activos, están preocupadas por cuestiones sociales. Sus vidas pueden verse involucradas en un cambio social dependiendo de los resultados de la cirugía.

La percepción del conocimiento recibido al alta difiere entre mujeres y hombres. La mujer, en general, parece estar menos satisfecha que los hombres con la información recibida sobre la toma de decisiones, la confidencialidad, los derechos, las responsabilidades y los asuntos financieros. Estas diferencias podrían explicarse por nuestra cultura, en la que las mujeres españolas, históricamente, han asumido el rol de cuidadoras en el núcleo familiar.<sup>217, 219</sup> En nuestra sociedad, debido a la tradición, la familia es un apoyo muy valorado que asume la responsabilidad del cuidado del paciente. Esta implicación por parte del cui-



dador ayuda al proceso de afrontamiento y autogestión del paciente para la nueva situación. Por ello, se debería tener más en cuenta por parte de los profesionales durante todo el proceso de hospitalización.<sup>220, 221</sup>

Solo en los casos en que los pacientes habían tenido contacto previo con el hospital se habrían cubierto sus expectativas de conocimiento. Así, podemos decir que tener contacto previo con el entorno hospitalario reduce el estrés y facilita la adquisición de conocimiento por parte del paciente. La dimensión experiencial estaría exenta de esta afirmación. Las emociones y los sentimientos son particulares para cada individuo en todo su proceso y estancia hospitalaria. Una posible explicación podría ser que los pacientes no son capaces de recibir tanta información durante una estancia relativamente breve en el hospital.<sup>185</sup>

A los 6-7 meses, los pacientes tienen una mejor percepción de los conocimientos recibidos durante la hospitalización que en el momento del alta. Después de una cirugía compleja, como es la artroplastia, el alta hospitalaria es un tiempo estresante. Los pacientes abandonan el entorno seguro del hospital por el de su domicilio, donde experimentarán ciertas dificultades.

Al principio, los aspectos relacionados con los costes generaron bajas expectativas de conocimiento, lo que podría explicarse por el hecho de que nuestro estudio se llevase a cabo en hospitales públicos, donde los pacientes no tienen que pagar por los servicios prestados o los recursos utilizados. Sin embargo, durante la convalecencia en el hogar, los pacientes tienen que hacer frente a los costes directos e indirectos derivados de la cirugía, incluyendo el transporte, cualquier tratamiento recibido para asegurar la rehabilitación completa y el cuidado por parte de un familiar. En consecuencia, los pacientes expresaron más insatisfacción a los 6-7 meses –en cuanto a la dimensión financiera– después de la cirugía que en el momento del alta hospitalaria.

La educación del paciente se convierte en un proceso diseñado para mejorar la calidad de vida de los pacientes al permitirles tomar el control de su salud, influyendo en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de los pacientes para mejorar el cumplimiento de sus objetivos personales.<sup>222</sup>

El hecho de conocer en qué condiciones los pacientes, tras el alta, regresan a sus domicilios nos daría una idea de las dificultades con las que se pueden encontrar. La estancia hospi-

talaria facilita la relación profesional-paciente, hecho que ayuda a adoptar los cambios de conducta hacia un proceso de salud que facilita el empoderamiento. No todos los pacientes quirúrgicos necesitan necesariamente la misma información y, por lo tanto, es importante que la educación de los pacientes se adapte a las necesidades de aprendizaje de forma individualizada, en la medida de lo posible, para proporcionar un nivel satisfactorio de conocimientos,<sup>92, 93, 113</sup> facilitando la toma de decisión compartida para mejorar los resultados en salud.

El enfoque de empoderamiento representa un cambio en la actitud, tanto para los pacientes como para los profesionales. Los pacientes deben ser vistos como expertos en sus propias vidas y el profesional como el experto en los recursos de los que dispone el paciente.

No es posible mejorar los resultados de salud de los pacientes solo con programas basados en proporcionar información. La educación del paciente debe facilitar el empoderamiento. Un paciente empoderado tiene la capacidad de reconocer sus necesidades de aprendizaje y sus expectativas, es capaz de tomar decisiones, solucionar problemas y actuar para mejorar su propia salud.

Es evidente que se necesita potenciar la educación dirigida a pacientes con OA, ya que las necesidades de aprendizaje cubiertas de los pacientes son una parte esencial de la recuperación.<sup>210</sup>

El empoderamiento como marco conceptual práctico para la educación empoderadora del paciente con OA ayuda a la adquisición de conocimientos, habilidades y responsabilidades para efectuar cambios en la promoción de la salud, y maximiza el uso de los recursos disponibles.

Estrategias en España que favorezcan el empoderamiento de pacientes con enfermedades osteomusculares, tales como la osteoartritis, van encaminadas a la promoción de hábitos saludables relacionados con los problemas de salud y a la ejecución de acciones preventivas que se articulan para una correcta atención sanitaria.

### **6.3. Expectativas de conocimiento y conocimiento recibido en el contexto internacional**

El estudio está enmarcado en un proyecto europeo, donde la percepción del conocimiento recibido por parte de los pacientes varía en los distintos países estudiados.<sup>95, 223, 224</sup>

La información disponible en Internet está aumentando. Muchos pacientes en diferentes países buscan información vía Internet.<sup>100, 225</sup> Es importante que los profesionales de la salud detecten las necesidades de aprendizaje de los pacientes en su preoperatorio, para enfocar una educación que empodere a los pacientes en todo su proceso. De ello dependerá la colaboración de los profesionales de los distintos países para estandarizar los cuidados de estos pacientes, teniendo en cuenta la variación de su capacidad para cubrir las necesidades informativas.<sup>226</sup>

Cabe añadir que existen diferencias, entre los sistemas sanitarios de los países participantes en el estudio, que pueden causar variaciones en la satisfacción de los pacientes en relación con la adquisición de conocimientos. El grado de experiencia de los profesionales, junto con las experiencias previas de los pacientes, puede influenciar en la percepción de sus expectativas. Los pacientes satisfechos, probablemente, no esperen más. Que los pacientes hayan tenido buenas experiencias en el pasado podría conllevar una mejora de sus expectativas. Sin embargo, la decepción aumenta cuando las expectativas no se cumplen, y pasan a ser predictores de su insatisfacción.<sup>89</sup>

Existen diferencias entre las expectativas de conocimiento de los pacientes de los siete países europeos estudiados.

Los resultados del estudio indican que, tanto los pacientes sometidos a cirugía de artroplastia total de rodilla y cadera como sus cuidadores, consideran que el conocimiento recibido durante la hospitalización no cumple con sus expectativas de conocimiento. Cuando las expectativas y los conocimientos están al mismo nivel, los pacientes están empoderados.

#### 6.4. Las emociones en el contexto internacional

La desesperación, la depresión, el miedo y el dolor fueron las emociones negativas que registraron un nivel más alto. En estudios anteriores, los investigadores centraron la mayor parte de su atención en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes, y su prevalencia preoperatoria podría tener un efecto en las emociones postoperatorias.<sup>227</sup> Ciertas emociones están relacionadas con problemas preoperatorios y otras emociones con problemas intraoperatorios; estos hallazgos sugieren la importancia de monitorear el estado emocional de los pacientes de cirugía ortopédica en todo el proceso.

Por otro lado, el hecho de que los países nórdicos que forman parte del proyecto europeo (Islandia, Suecia, Finlandia y Lituania) tuvieran un mayor nivel de emociones negativas que los países mediterráneos (Grecia, Chipre y España), tanto en el momento inicial como al momento del alta –a pesar de que, en ambos grupos, las emociones negativas aumentaron durante la estancia hospitalaria–, puede indicar un enfoque emocional diferente para someterse a una cirugía de reemplazo de cadera y rodilla, y pueden subyacer las diferencias culturales en su enfoque de la enfermedad. Una investigación adicional es requerida para evaluar los resultados obtenidos.

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes tenían expectativas de conocimiento que no se cumplieron en ninguna de las seis dimensiones de conocimiento estudiadas. Las expectativas de conocimiento no cubiertas pueden haber contribuido a aumentar las emociones negativas en los pacientes durante la estancia hospitalaria. Una posible explicación es que los pacientes quirúrgicos se centran en obtener conocimientos sobre cuestiones biofisiológicas y funcionales antes de la intervención, y no en cómo hacer frente a sus emociones durante la recuperación. Sin embargo, en todos los países persisten las necesidades de desarrollar intervenciones que controlen o reduzcan las emociones negativas durante la estancia hospitalaria.

Una mayor percepción del dolor, unas emociones negativas al inicio y menos días de estancia hospitalaria aumentaron la probabilidad de un mayor estado emocional negativo al alta, independientemente de los otros factores. Por lo tanto, una intervención educativa

dirigida a aumentar el conocimiento de los pacientes para que alcancen un nivel que cumpla con sus expectativas y para asegurar el control del dolor, prolongando la estancia hospitalaria necesaria y controlando a los pacientes que tengan altas emociones negativas puede ayudar a disminuir sus emociones negativas en el momento del alta. Tal intervención podría ser un enfoque importante para lograr el empoderamiento del paciente.

La literatura sobre OA ha documentado que los programas educativos encaminados a apoyar el empoderamiento del paciente han mejorado los resultados de salud –como la discapacidad y el dolor–, han reducido la ansiedad y el miedo, y han aumentado la satisfacción y los conocimientos sobre sus cuidados.<sup>29</sup>

### **6.5. Rol del cuidador en la educación al paciente en diferentes países del sur de Europa**

Especialmente, los pacientes que se someten a cirugías de AP suelen ser pacientes de edad avanzada y sus cuidadores principales, a menudo, también lo son.<sup>228</sup> Los cuidadores deben velar por sus respectivos, pero también deben ser capaces de no descuidar su propia salud. Esto es debido al conocimiento inadecuado, que provoca también un deterioro del bienestar mutuo. La manera más efectiva para apoyar a los cuidadores es a través de una educación encaminada a conocer y cubrir las necesidades de aprendizaje de los pacientes.<sup>228</sup> Las expectativas de conocimiento de los cuidadores no se abordaron adecuadamente en ninguno de los países mediterráneos participantes en el estudio. Una posible interpretación es que hay problemas comunes en la prestación de los cuidados impartidos por la enfermería de estos países,<sup>229, 230</sup> como la falta de recursos y servicios de apoyo después de la cirugía y al dar el alta.<sup>231</sup> Por lo tanto, es probable que, durante la hospitalización, reciban menos educación en comparación con lo que esperan recibir, y que estén menos preparados para afrontar las dificultades relacionadas con la recuperación postoperatoria del paciente.

La educación no es considerada una prioridad por las enfermeras y se omite a menudo,<sup>232, 233</sup> a lo que se añade el hecho de que las enfermeras tengan poco tiempo para educar a los pacientes y sus familiares,<sup>234</sup> y la falta de personal.<sup>224</sup> Esto afecta de forma adversa al paciente.

Sin embargo, aparte de las diferencias culturales existentes entre los países mediterráneos y los nórdicos,<sup>234</sup> también existen diferencias en la atención sanitaria. El gasto en asistencia a las personas mayores como porcentaje del producto interior bruto es menor en Chipre y en Grecia (alrededor del 0,09 %), y mayor en Suecia (2,33 %).<sup>235</sup> A medida que la población envejece, aumentan los costes del cuidado de la salud del paciente; esto facilita una educación encaminada al proceso de empoderamiento del paciente, especialmente en países con restricciones financieras.<sup>236</sup>

Por otra parte, en todos los países, el cuidador registró menos conocimiento en la dimensión financiera –como ya se ha comentado anteriormente–. Esto puede deberse a las similitudes existentes entre los distintos servicios sanitarios en este aspecto; es decir, las personas no están tan interesadas en saber más sobre los costes de los procesos en los cuales los gastos están cubiertos por el sistema. Sin embargo, los datos se recopilaban al comienzo de la crisis financiera, por lo que los resultados podrían ser distintos si se recogiesen en la actualidad.

La edad no se correlacionó con la diferencia de conocimiento. También vemos que las mujeres que cuidan de un familiar tienen mayores expectativas de conocimiento que los hombres. Su situación laboral no está relacionada con el conocimiento. Es un fenómeno cultural, en los países mediterráneos, que los pacientes reconozcan a sus hijos como cuidadores principales que suelen hacerse cargo de la toma de decisiones en asuntos relacionados con los problemas de salud de sus progenitores.

La evaluación de las expectativas educativas por parte del profesional de enfermería al cuidador es muy importante. Un aumento de la información proporcionada a pacientes y cuidadores que no esté adecuada a las necesidades de aprendizaje de estos puede ocasionar un efecto contrario, y producir un aumento de la ansiedad.<sup>237</sup>

La educación del paciente debe ser más holística y multidimensional, sin perder de vista la importancia de una educación individualizada que ayude a los pacientes en la toma de decisiones sobre su propia salud, incluyendo a la familia en todo el proceso. Se recomienda incorporar una intervención educativa durante todo el proceso perioperatorio, no solo durante la hospitalización, ya que este puede ser un periodo de estrés en el que no es propicio

el aprendizaje del paciente. El refuerzo de la información antes de la cirugía, de forma ambulatoria, y cuando los pacientes están en su domicilio podría mejorar la capacidad de los pacientes para comprender, aprender, integrar y retener la información. Una educación encaminada a facilitar la capacitación del paciente en su proceso de salud puede reportar grandes mejoras en los resultados de las intervenciones sanitarias, pero también en la autogestión y la toma de decisiones de los pacientes, tanto crónicos como agudos, por lo que se precisan estudios con muestras más grandes y con una comparación de los métodos educativos empleados.





## 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se deben tener en cuenta, entre las limitaciones del estudio, las consideraciones que hacen referencia a las características de la muestra: se delimita a un área geográfica específica de España y se seleccionan, por conveniencia, cinco hospitales públicos catalanes con características similares en la admisión de los pacientes, enmarcados principalmente en unidades funcionales. La no-aleatorización de la muestra hace que los resultados no puedan ser extrapolables fuera del ámbito de estudio, ya que no son representativos de la sociedad española.

El tamaño de la muestra a escala internacional es adecuado. La mayor parte de los pacientes son intervenidos de artroplastia total de rodilla (61 %), lo que podría haber influido en los resultados. Sin embargo, los pacientes participantes tenían la misma enfermedad e indicación para la cirugía, la osteoartritis.

Lo que no está tan claro es el conocimiento previo de los pacientes antes de la cirugía. No estamos seguros de que los participantes hubieran contactado con alguna fuente de información previa. No obstante, la edad avanzada de los pacientes (70 años) en España hace pensar que no son muy activos en la búsqueda de información, ni tampoco muy hábiles en la comprensión de los documentos escritos entregados durante el proyecto. A menudo, tienen el apoyo de sus respectivos, que les acompañan en todo el proceso de salud pero que también les igualan en edad y comorbilidad, y con los que comparten un nivel educativo similar (bajo).

Cabe destacar, también, las limitaciones relacionadas con los instrumentos de medida. La doble escala de ECPH/CRPH, y las escalas autoinformadas de síntomas y emociones se desarrollaron en Finlandia, y la validez y la fiabilidad del contenido se han probado en un contexto finlandés.<sup>70, 71, 238</sup> A pesar de que los países nórdicos tienen un contexto cultural similar y una atención sanitaria comparable, pueden haber algunas dificultades en la traducción y la validación cultural.<sup>239</sup> Los instrumentos fueron traducidos, primero, del finlandés al inglés; luego, a los diferentes idiomas convenidos, para posteriormente volver a retrotraducirlos al inglés. Los procesos traducidos se implementaron a la vez en los distintos países europeos y el instrumento se valoró como fácil de usar.

Los instrumentos de medida utilizados en el estudio también merecen mención. En su mayoría, son preguntas estructuradas en relación con un tema concreto. Han sido usados por primera vez en el contexto español tras el proceso de traducción-retrotraducción del inglés. Se deben estudiar la validez y la fiabilidad de las distintas escalas. Sin embargo, como aspecto positivo, se debe remarcar que la iniciativa del proyecto internacional para generar este conocimiento y el presente estudio abren una nueva línea para la validación de las escalas, y para iniciarnos en la búsqueda de los factores relacionados con el empoderamiento de los pacientes. El resto de instrumentos utilizados (EuroQol-5d y QoR-40) han sido validados y son ampliamente conocidos.

Entre los instrumentos, un cuestionario con preguntas relacionadas con los costes y los gastos económicos en relación con el proceso de salud genera falta de interés y de respuesta por parte de los participantes españoles. Puede ser debido a que la población referente de los hospitales del estudio goce de la cobertura del proceso de salud por parte del sistema público de salud.

Debido al largo periodo de tiempo que abarca el proyecto, existe una pérdida importante de participantes, tanto pacientes como cuidadores, en la recogida de la muestra a los 6-7 meses de la cirugía. En parte, requiere mayor implicación de los investigadores para el recordatorio y la cumplimentación de los cuestionarios. En general, esta afectación se produce en todos los países europeos por igual.

Por último, este estudio descriptivo nos sugiere posibles direcciones para el desarrollo de una educación empoderadora del paciente, que no solo se centren en las dimensiones biofisiológica y funcional. Se recomienda incorporar una intervención educativa durante el proceso perioperatorio, así como poder evaluar programas de educación sanitaria facilitadores del proceso de empoderamiento del paciente.

## 8. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio están basadas en el análisis de los resultados obtenidos, permitiendo conocer las características que pueden intervenir en el empoderamiento de los pacientes con OA relacionados con el proceso quirúrgico de ATC/ATR. Se concluye lo siguiente.

### 1. «Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado»

El objetivo del actual estudio fue evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH en pacientes con OA operados de artroplastia total de rodilla.

- El proceso de validación indica que la versión española de la ECPH/CRPH es un instrumento válido y fiable, con buenas propiedades psicométricas para medir las expectativas y el conocimiento recibido en pacientes ortopédicos en el contexto español.
- El proceso de empoderamiento varía según persona, contexto y tiempo.
- A mayores expectativas de conocimiento, mayor interés de los pacientes en buscar información sobre su salud y su tratamiento.

### 2. «Knowledge Expectations of Orthopaedic Patients»

Este estudio se centra en las expectativas de conocimiento y el conocimiento recibido de los pacientes operados de artroplastia total de cadera y rodilla en España.

- Los pacientes operados de ATC/ATR tienen altas expectativas de conocimiento en todas las dimensiones.
- Las principales expectativas se centran en la dimensión biofisiológica y funcional.
- Las expectativas de menor puntuación son la experiencial y la financiera.
- Los pacientes reciben menos conocimientos de los que esperan recibir en todas las dimensiones.

- Cuando las expectativas de los pacientes se acercan al conocimiento recibido, el paciente se empodera y mejora su recuperación.
- La información dada por los profesionales en el corto periodo de hospitalización no es suficiente para el proceso de empoderamiento de los pacientes.
- Los pacientes tienen una mayor percepción del conocimiento recibido durante su hospitalización 6-7 meses después de la cirugía que la percepción que tenían al realizar el alta hospitalaria.
- Las expectativas de conocimiento y el conocimiento recibido están relacionados con variables sociodemográficas, de situación laboral, género y contacto previo con el hospital.
- Los hombres reciben mayor conocimiento que las mujeres en las dimensiones ética y financiera.
- Las amas de casa y los jubilados tienen mayores expectativas en la dimensión funcional.
- Los no activos laboralmente tienen mayores expectativas en aspectos sociales.
- Un contacto previo con el hospital mejora las expectativas y los conocimientos por parte de los pacientes.
- A los 6-7 meses del alta, los pacientes están menos satisfechos con el conocimiento recibido en los aspectos financieros.
- La dimensión experiencial durante la hospitalización depende de las emociones y los sentimientos particulares de los individuos.

### **3. «Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey»**

El objetivo de este estudio fue describir y comparar las expectativas de conocimiento de los pacientes antes de la cirugía de reemplazo total de rodilla y cadera en los siete países europeos, y analizar la relación existente entre el conocimiento esperado y los datos sociodemográficos.

- Los pacientes en países nórdicos esperan más en todas las dimensiones del conocimiento que en los países del sur de Europa.
- En Suecia y Grecia se encuentran las expectativas más altas, y en Chipre y España las más bajas.

- Las mujeres tienen mayores expectativas que los hombres en la dimensión ética y social.
- Los activos laboralmente tienen mayores expectativas que los jubilados, las amas de casa y los no activos.
- Los jubilados tienen mayores expectativas que los activos en las dimensiones experiencial, ética y social.
- Las amas de casa tienen mayores expectativas que los activos en la dimensión social.

#### **4. «Emotions in orthopaedic patients in the surgical context: An European Survey»**

El objetivo principal de este estudio fue analizar las emociones de los pacientes con OA en relación con la cirugía electiva de reemplazo total de rodilla o cadera en siete países europeos, e identificar qué factores podrían relacionarse con un mayor estado emocional después de este proceso quirúrgico.

- Los pacientes en países nórdicos presentan mayor nivel de emociones que en los países del sur de Europa.
- Estancias hospitalarias cortas restan tiempo para la educación del paciente.
- El éxito en la educación del paciente durante el proceso quirúrgico mejora el proceso de empoderamiento de los pacientes, el manejo de sus síntomas y su calidad de vida.
- Las expectativas de conocimiento no cubiertas de los pacientes contribuyen a aumentar las emociones negativas durante la hospitalización.
- Los valores más altos de emociones negativas son la desesperación, la depresión, el miedo y el dolor.
- Una mayor percepción de dolor antes de la cirugía y menos días de estancia hospitalaria aumentan la probabilidad de un estado emocional negativo.

#### **5. «Empowering Education of Arthroplasty Patients' Significant Others in Three Southern European Countries»**

El propósito de este estudio fue examinar la relación entre los conocimientos esperados y recibidos, y las características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacien-

tes de cirugía de artroplastia de cadera y rodilla en países del sur de Europa (Chipre, Grecia, España).

- No quedan cubiertas las expectativas de conocimiento de los cuidadores de los tres países del sur de Europa.
- Las dimensiones que generan altas expectativas de conocimiento son la biofisiológica y la funcional.
- En España, la dimensión experiencial es la que menos expectativas genera en los cuidadores.
- En Grecia y Chipre, la dimensión ética es la que menos expectativas genera.
- Los cuidadores informales son fuente de apoyo importante para los pacientes durante el periodo de recuperación en sus domicilios.
- A mayor edad de los cuidadores, menores son sus expectativas.
- Las mujeres tienen mayores expectativas que los hombres en referencia al cuidado de sus respectivos.

## **9. IMPLICACIONES FUTURAS**

### **9.1 Recomendaciones para la práctica profesional**

A partir de los resultados obtenidos en el estudio, pueden surgir futuras investigaciones –que serían de gran interés en el ámbito de la salud– sobre los diferentes sistemas de información-educación de los pacientes que refuerzan la autogestión del proceso quirúrgico.

- Validación de los protocolos aplicables en los centros hospitalarios, para mejorar y estandarizar los procesos en la atención del paciente con OA que se somete a intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera y rodilla.
- Potenciar el interés y la formación de los profesionales de enfermería y otros profesionales en el empoderamiento del paciente a través de la información-educación, de manera que sean capaces de evaluar el contenido en la práctica asistencial.

### **9.2 Recomendaciones para futuras investigaciones**

En base a los resultados de este estudio se recomienda, para futuras investigaciones:

- Ampliar el estudio con una muestra aleatoria, para aumentar la extrapolación de los resultados en el ámbito español.
- Continuar, a escala europea, con la investigación encaminada a fomentar nuevas estrategias educativas que favorezcan el empoderamiento de los pacientes ortopédicos.
- Reforzar la práctica asistencial basada en la evidencia científica, produciendo revisiones sobre la información-educación del paciente con OA.
- Validar cuestionarios específicos para conocer las expectativas de conocimiento, la evaluación de la información, la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes en el transcurso del proceso de salud; es decir, validar cuestionarios que favorezcan el empoderamiento del paciente.

Las investigaciones y las prácticas futuras deben ir encaminadas a buscar las bases teóricas de una educación empoderadora del paciente en todo su proceso perioperatorio, además de tener en cuenta las necesidades individuales de aprendizaje de los pacientes y elaborar programas educativos efectivos que faciliten su empoderamiento.



## 10. TABLA DE ABREVIATURAS

AKS	Access Knowledge Scale
AP	Artroplastia primaria
ARA	American Rheumatism Association
ATC	Artroplastia total de cadera
ATR	Artroplastia total de rodilla
CL	Contacts and Costs
CRPH	Conocimiento recibido del paciente hospitalizado
ECPH	Expectativas de conocimiento del paciente hospitalizado
EEP	Educación empoderadora del paciente
EEPO	Empowering Education of Patients with Osteoarthritis
EKHP	Expectations Knowledge Hospital Patients
EKHPS	Hospital Patients' Significant Other's Knowledge Expectations
EPE	Scale Empowering Patient Education
EPISER	Estudio epidemiológico de la Sociedad Española de Reumatología
EPNURSE	Evaluation of Patient education from the point of view of Nurses
GRD	Grupos relacionados por diagnóstico
HLS-EU	Proyecto Europeo de Alfabetización para la Salud
KHOS	Krantz Health Opinion Survey
OA	Osteoarthritis
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Primary Arthroplasty
PSP	After Surgery Survey
PSS	Patients Satisfaction Scale
RKHP	Received Knowledge of Hospital Patients
RKHPS	Received Knowledge of Hospital Patient Significant Others
SER	Sociedad Española de Reumatología
UU. FF.	Unidades funcionales



## 11. REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Guccione A. Arthritis and the process of disablement. American Physical Therapy Association. 1994;74(5):408-414.
- <sup>2</sup> MedlinePlus: Enciclopedia médica. Bethesda, MD: US National Library of Medicine; 2009. Osteoarthritis. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000423.htm>
- <sup>3</sup> Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden N, Barlow J, Birrel F, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee —the MOVE consensus. Rheumatology. Ene 2005;44(1):67-73
- <sup>4</sup> Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther K, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: Report of a task of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. May 2005;64(5):669-81.
- <sup>5</sup> American College of Rheumatology. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. Arthritis Rheum. Sep 2000;43(9):1905-15.
- <sup>6</sup> Jantved G, Thuve K, Holm I, y Flottorp S. Measuring physiotherapy performance in patients with osteoarthritis of the knee: A prospective study. BMC Health Serv Res. Jul 8;8:145.
- <sup>7</sup> Chen SR, Chen CS, Lin PC. The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. J Clin Nurs. Ene 2014;23(1-2):279-287.
- <sup>8</sup> Mancuso CA, Sculco TP, Wickiewicz TL, Jones EC, Robbins L, Warren RF, et al. Patient's expectations of knee surgery. J Bone Joint Surg Am. Jul 2001;83-A(7):1005-12.
- <sup>9</sup> Archibeck MJ, Berger RA, Garvin KL, y Stuart MJ. Knee reconstruction. Am Acad Orthop Surg. 2002:513-520.
- <sup>10</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a Glance 2015: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponible en: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management>

[ment/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#.WS8pwmjyjs#page3](http://ment/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.WS8pwmjyjs#page3)

<sup>11</sup> Altman RD. Criteria for the classification of osteoarthritis of the knee and hip. [Scand J Rheumatol Suppl.](#) 1987;65:31-39.

<sup>12</sup> Peña AH, y Fernández JC. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumatología Clínica.* Oct 2007;3(3):6-12.

<sup>13</sup> Cobos R, Latorre A, Aizpuru F, Guenaga JI, Sarasqueta C, Escobar A, et al. Variability of indication criteria in knee and hip replacement: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:249.

<sup>14</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a Glance: Europe 2014 [Internet]. París: OECD Publishing; 2014. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1496265767&id=id&accname=guest&checksum=B5107E646937E5A1D22B1A04341BD8B6>

<sup>15</sup> Abolafia-Montes ML, Ruiz Flores MJ, Velasco Bermúdez L, Delgado Martínez A. Estado actual de la artrosis en la población de Jaén. *Ini Inv.* 2007;2:a4.

<sup>16</sup> Batlle-Gualda E, Jovani CV, Ivorra J, y Pascual E. Musculoskeletal diseases in Spain, magnitude and specialised human resources. *Rev Esp Reumatol.* 1998;25:91-105.

<sup>17</sup> Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A 2001. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-1045

<sup>18</sup> Carmona L. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población española. Estudio EPI-SER. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 61-74.

<sup>19</sup> Loza E, Abásolo L, Jover JA, Carmona L, EPYSER Study Group. Burden of disease across chronic diseases: a health survey that measured prevalence, function, and quality of life. *J Rheumatol.* Ene 2008;35(1):159-165

<sup>20</sup> Batlle-Gualda E. Estudio ArtRoCad: Evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. presentación de resultados preliminares. *Revista Española de Reumatología.* 2005;32(1):22-27.

- <sup>21</sup> Carmona L, Ballina J, Gabriel R, y Laffo A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60(11):1040-1045.
- <sup>22</sup> Nuñez M, Nuñez E, Segur J, Maculé F, Quinto L, Hernández M, et al. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: A randomized study. *Osteoarthr. Cartil*. 2006;14(3):279-285.
- <sup>23</sup> Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Asikainen K, Slätis P, y Paavolainen P. Cost and cost-effectiveness in hip and knee replacements. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13(4):575-588.
- <sup>24</sup> Sandegaard JL, Borgan J-K, Johansson L, Sakkeus L, Karaskevica J, Gaizauskiene A, et al. Nordic/Baltic Health Statistics 2002 [Internet]. Copenhagen: NOMESCO; 2002. Disponible en: <http://sic.hi.lt/data/nord2002.pdf>
- <sup>25</sup> Drury P, Morrison J, Newell C, Pickford M, Royall M, Swanson M, et al. National Joint Registry for England and Wales. 4th Annual Report. Hertfordshire: NJR Centre; 2006. Disponible en: [http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/Portals/0/Documents/England/Reports/NJR\\_AR\\_4.pdf](http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/Portals/0/Documents/England/Reports/NJR_AR_4.pdf)
- <sup>26</sup> Lucas B. Nursing management issues in hip and knee replacement surgery. *Br J Nurs*. 8-21 jul 2004;13(13):782-787.
- <sup>27</sup> Montin L, Suominen T, y Leino-Kilpi H. The experiences of patients undergoing total hip replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2002;6:23-29.
- <sup>28</sup> Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Asikainen K, Slätis P, Paavolainen P. Cost and cost-effectiveness in hip and knee replacements. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13(4):575-588.
- <sup>29</sup> Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, y Salanterä S. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *J Adv Nurs*. Abr 2005;50(2):212-223.
- <sup>30</sup> McHugh GA, Silman AJ, y Luker KA. Quality of care for people with osteoarthritis: a qualitative study. *J Clin Nurs*. Jul 2007;16(7B):168-176.
- <sup>31</sup> Turner AP, Barlow JH, Buszewicz M, Atkinson A, y Rait G. Beliefs about the cause of osteoarthritis among primary care patients. *Arthritis Rheum*. 15 mar 2007;57(2):267-271.

- <sup>32</sup> Nuñez E, Nuñez J, Segur M, Macule F, Quinto L, et al. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(3):279-285.
- <sup>33</sup> Instituto de Información Sanitaria. Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Indicadores resumen de lista de espera quirúrgica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/listasEspera04.pdf>
- <sup>34</sup> Allepuz A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Salvador X, y Pons J. Artroplastias de cadera y rodilla en Catalunya desde 1994 a 2005. *Gac Sanit*. 2008;22(6):534-540.
- <sup>35</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Buenas prácticas en el sistema nacional de salud 2006. Madrid: MSSSI, 2006.
- <sup>36</sup> Departament de Salut. Enquesta i examen de salut de Catalunya 2006 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut / Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/enquesta\\_exament2006\\_article](http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/enquesta_exament2006_article)
- <sup>37</sup> Martí-Valls J, Ballesta E, González R, Solé M, y Torras, G. Resultados de un plan de gestión de listas de espera quirúrgica de prótesis articulares. *Gac Sanit*. 2006;20(3):248-250.
- <sup>38</sup> Riu M, Muniesa JM, Leal J, Cots F, Cáceres E, y Castells X. Evaluación del impacto de la puesta en funcionamiento de una unidad funcional de artroplastia de rodilla. *Gac Sanit*. 2006;23(5):444-447.
- <sup>39</sup> Institut Català de la Salut. Memoria 2015 [Internet]. Barcelona: CatSalut / Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2015. p.19 y p. 21. Disponible en: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/memories\\_activitat/memories\\_catsalut/2015/memoria\\_catsalut\\_2015\\_integra.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2015/memoria_catsalut_2015_integra.pdf)
- <sup>40</sup> Casals M, y Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA\*. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:260-269.
- <sup>41</sup> Mongil E, Sánchez I, Torre F, Callejo A, y Arizaga A. Fármacos de acción lenta (Sysadoa) en el tratamiento de la osteoartrosis. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(7):485-496.
- <sup>42</sup> Valverde S, Duarte E, Ducangé D, Garrido G, García-Rivera D, Jáuregui U, et al. Utilidad de las formulaciones Vimang® en pacientes con osteoartrosis de rodilla. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(1):32-41.

- <sup>43</sup> Mateos JM. Inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2), Celecoxib y Parecoxib: Una revisión sistemática. *Drugs Today*. 2010;46(SA):1-25.
- <sup>44</sup> Vidal M, Martínez J, y Torres LM. Resonancia magnética terapéutica en la artrosis. *Rev Soc Esp Dolor*. May 2005;12(4):224-226.
- <sup>45</sup> Vaquer L, Blasco L, Honrubia E, Bayona M, Villanueva V, Asensio J, et al. Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;26(5):275-278.
- <sup>46</sup> Fuentes IM, Arufe MC, Díaz SM, Hermida T, Toro FJ, y Blanco FJ. Tratamiento de lesiones del cartílago articular con terapia celular. *Reumatol Clin*. Oct 2007;3(3):63-69.
- <sup>47</sup> Belmonte R, Samitier CB, Muniesa, JM, Marco E, Escalada F., y Duarte E. Reproducibilidad de la medida de la fuerza muscular de la rodilla mediante dinamometría manual en pacientes con gonartrosis grave. *Rehabilitación*. 2009;463(5):218-222.
- <sup>48</sup> Bartels EM, Lund H, Hagen KB, Dagfinrud H, Christensen R, Danneskiold-Samsøe B. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 Oct 2007;(4):CD005523.
- <sup>49</sup> Delgado AD. Abordajes quirúrgicos en la artroplastia de superficie de la cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2009;53:398-404.
- <sup>50</sup> Aracil J, Castro J, Navarro M, Torró V, y López-Quiles, D. Prótesis de rodilla LCS con plataforma rotatoria. resultados a medio-largo plazo. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2009;53(1):29-33.
- <sup>51</sup> Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. Jun 2014;17(3):303-310.
- <sup>52</sup> Wåhlin I. Empowerment in critical care —a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2017;31:164–174.
- <sup>53</sup> Büchner J. Género y globalización. *Mujeres en Red* [Internet]. V.2004. Grupo de Estudios Críticos. Feb 2001. Disponible en: <http://www.mujaeresenred.net/spip.php?article844>
- <sup>54</sup> Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Herder & Herder;1970.
- <sup>55</sup> Rappaport J. *Studies in empowerment: introduction to the issues*. *Prevention in Human Services*. 1984;3:1-7.

- <sup>56</sup> Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*. Mar 1991;16(3):354-361.
- <sup>57</sup> Aujoulat I, Hoore W, y Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. Abr 2007;66(1):13-20.
- <sup>58</sup> Small N, Bower P, Chew-Graham C, Whalley D, y Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res*. 8 jul 2013;13:263.
- <sup>59</sup> Shearer N, Cisar N, y Greenberg E. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart Lung*. 2007;36(3):159-169.
- <sup>60</sup> McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, y Todd C. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res*. 13 jun 2012;12:157.
- <sup>61</sup> Wentzer HS, y Bygholm A. Narratives of empowerment and compliance: studies of communication in online patient support groups. *Int J Med Inform*. 2013;82(12):E386-394.
- <sup>62</sup> Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, y Mohammadi E. Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nurs Res*. 2014;8(2):118-127.
- <sup>63</sup> Bann CM, Sirois FM, y Walsh EG. Provider support in complementary and alternative medicine: exploring the role of patient empowerment. *J Altern Complement Med*. 2010;16(7):745-752.
- <sup>64</sup> Bulsara C, Styles I, Ward AM, y Bulsara M. The psychometrics of developing the patient empowerment scale. *J Psychosoc Oncol*. 2006;24(2):1-16.
- <sup>65</sup> O’Cathain A, Goode J, Luff D, Strangleman T, Hanlon G, y Greatbatch D. Does NHS direct empower patients? *Soc Sci Med*. 2005;61(8):1761-1771.
- <sup>66</sup> Anderson RM, y Funnell MM. Patient empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ Couns*. Jun 2010;79(3):277-282.
- <sup>67</sup> McWilliam CL. Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illn*. Des 2009;5(4):277-292.
- <sup>68</sup> Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*. 1996;23(2):305-13.



- <sup>69</sup> Fumagalli L, Radaelli G, Emanuele L, Bertele P, y Masella C. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*. 2015;119(3):384-394.
- <sup>70</sup> Leino-Kilpi H, Luoto E, y Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs*. 1998;30:116-123.
- <sup>71</sup> Leino-Kilpi H, Maenpaa I, y 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.
- <sup>72</sup> Kuokkanen L, Leino Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs*. 2000;31:235-241.
- <sup>73</sup> Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *Am J Commun Psychol*. 1995;23(5):581-599.
- <sup>74</sup> Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE, O'Loughlin JL. A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23(2):107-132.
- <sup>75</sup> Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, y McAllister M. Assessment of patient empowerment: a systematic review of measures. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126553.
- <sup>76</sup> Camerini A-L. Health Literacy and Patient Empowerment: Separating Con-joined Twins in the Context of Chronic Low Back Pain. *PLoS One*. 2015;10(2):e0118032.
- <sup>77</sup> Wang R, Hsu H, Lee Y, Shin S, Lin KD, y An LW. Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: a prospective study in Taiwan. *Patient Educ Couns*. Oct 2016;99(10):1626-1631.
- <sup>78</sup> Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario [Internet]. Ginebra: OMS / Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. p. 16. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/docs/glosario.pdf>
- <sup>79</sup> Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: OMS; 1986. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

- <sup>80</sup> Saarmann L, Daugherty J, y Riegel B. Patient teaching to promote behavioral change. *Nurs Outlook*. 2000;48(6):281-287.
- <sup>81</sup> Nolan J, Nolan M, y Booth A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *Int J Nurs Stud*. 2001;38(2):163-173.
- <sup>82</sup> Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum; 1993.
- <sup>83</sup> Zimmerman MA, y Rappaport J. Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community Psychol*. 1988;16(5):725-750.
- <sup>84</sup> Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J, y Välimäki M. *Hoidon laadun mittaaminen: Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset*. Helsinki: Stakes; 1994.
- <sup>85</sup> Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*. 1987;15(2):121-148.
- <sup>86</sup> Akey TM, Marquis JG, y Ross ME. Validation of Scores on the Psychological Empowerment Scale: A Measure of Empowerment for Parents of Children with a Disability. *Educ Psychol Meas*. 2000;60(3):419-438.
- <sup>87</sup> Cruz-Paz A, y García VM. *Fuentes de información: Aspectos teóricos*. La Habana: Universidad de La Habana; 1994.
- <sup>88</sup> Núñez IA. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *Acimed*. 2004;12(3):1.
- <sup>89</sup> Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, y Charron KDJ. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? *Clin Orthop Relat Res*. 2010;468:57-63.
- <sup>90</sup> 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.
- <sup>91</sup> Johansson K, Salanterä S, Katajisto J. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Educ Couns*. 2007;66:84-91.

- <sup>92</sup> 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(2):113-119.
- <sup>93</sup> Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2012;26:372-380.
- <sup>94</sup> Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, Cano S, Charalambous A, Copanitsanou P, et al. Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: a European survey. *Int J Nurs Pract*. Dic 2014;20(6):597-607.
- <sup>95</sup> Visser A, Deccache A, y Bensing J. Patient education in Europe: united differences. *Patient Educ Couns*. 2001;44:1-5.
- <sup>96</sup> Olson JM, Roese NJ, y Zanna MP. Expectancies. En: Higgins ET, Kruglanski AW, editores. *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York: The Guilford Press; 1996. p. 211-238.
- <sup>97</sup> Janzen JA, Silvius J, Jacobs S, Slaughter S, Dalziel W, y Drummond N. What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expect*. Mar 2006;9(1):37-48.
- <sup>98</sup> Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2012;26:372-380.
- <sup>99</sup> Cruz-Paz A, y García-Suárez VM. Fuentes de información: Aspectos teóricos. La Habana: Universidad de La Habana; 1994.
- <sup>100</sup> Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, Korvenranta H, y Leino-Kilpi H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):224-231.
- <sup>101</sup> Aslani P. Patient empowerment and informed decision-making. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(6):347-348.
- <sup>102</sup> Loredana S, Alessandro S, Máximo GJ, y Gennaro R. Code of ethics and conduct for European nursing. *Nurs Ethics*. Nov 2008;15(6):821-836.
- <sup>103</sup> Wallerstein N, y Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q*. 1988;15(4):379-394.

- <sup>104</sup> Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- <sup>105</sup> EurActiv. Informed Patient. EurActiv Network [Internet]. 16 jun 2006 (actualizado 28 may 2012). Disponible en: <http://www.euractiv.com/health/informed-patient/article-152133>
- <sup>106</sup> Tobón O. El autocuidado, una habilidad para vivir (tesis doctoral). Caldas: Universidad de Caldas; 2012. Disponible en: <https://s061e924285fc07bf.jimcontent.com/download/version/1266875161/module/3499516260/name/AUTOCUIDADO.pdf>
- <sup>107</sup> Lewis D. Computers in patient education. *Comput Inform Nurs*. Mar-abr 2003;21(2):88-96.
- <sup>108</sup> Eurostat. Key figures on Europe. 2010 edition [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3930297/5964066/KS-EI-10-001-EN.PDF/d2787187-f22a-4c33-aa59-e04b233ed5b7>
- <sup>109</sup> Eurostat. Europe in figures: Eurostat yearbook 2010 [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5721265/KS-CD-10-220-EN.PDF/e47b231c-c411-4d4e-8cd6-e0257be4f2e6?version=1.0>
- <sup>110</sup> Eurostat. In-patient average length of stay (ISHMT, in days) by region [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. Disponible en: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_co\\_inpst&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_co_inpst&lang=en)
- <sup>111</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OECD Factbook Statistics (Edition 2013) [Internet]. Paris: OECD iLibrary; 2013. Disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-factbook-statistics/oecd-factbook-2013\\_data-00647-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-factbook-statistics/oecd-factbook-2013_data-00647-en)
- <sup>112</sup> Eurostat. European Health Survey in Spain 2014. [Internet]. Madrid: INE; 2017. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175)
- <sup>113</sup> Anastasios M, Aggeliki A, Evridiki P, Evdokia A, Maria H, Michail R, et al. Satisfaction of Surgical Patients in the Cyprus Governmental Hospitals. *Nurs Care Res kai Ereun*. 2011;(31).
- <sup>114</sup> Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, et al. Surgical patient satis-

faction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *J Nurs Scholarsh* 2011;43:341–50.

<sup>115</sup> Mattila E, Kaunonen M, Aalto P, y Astedt-Kurki P. The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scand J Caring Sci*. Jun 2014;28(2):305-314.

<sup>116</sup> Soever LJ, MacKay C, Saryeddine T, Davis AM, Flannery JF, Jaglal SB, et al. Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiother Can*. 2010;62(3):206-214.

<sup>117</sup> Thomas KM, y Sethares KA. An investigation of the effects of preoperative interdisciplinary patient education on understanding postoperative expectations following a total joint arthroplasty. *Orthop Nurs*. Nov-dic 2008;27(6):374-381

<sup>118</sup> Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>

<sup>119</sup> EurActiv. «Informed patient» debate heats up. EurActiv Network [Internet]. 1 jul 2004 (actualizado 21 may 2007). Disponible en: <http://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/informed-patient-debate-heats-up>

<sup>120</sup> Nuño R, Coleman K, Bengoa R, y Sauto R. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*. Abr 2012;105(1):55-64.

<sup>121</sup> Ruiz RB. La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. *Rev Finlay*. 2012;2(3):187-201.

<sup>122</sup> Ministry of Social Affairs and Health, 2006 [Internet]. Disponible en: [www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm](http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm)

<sup>123</sup> Rogers A, Kennedy A, Nelson E, y Robinson A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qual Health Res*. Feb 2005;15(2):224-239.

<sup>124</sup> Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, y Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.

- <sup>125</sup> Räsänen P, Paavolainen P, Sintonen H, Koivisto AM, Blom M, Ryyänen OP, et al. Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality adjusted. *Acta Orthop*. Feb 2007;78(1):108-115.
- <sup>126</sup> Avellana A, y Fernández L. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Elsevier; 2007.
- <sup>127</sup> 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*. Nov 2003;51(3):239-245.
- <sup>128</sup> Osborne RH, Buchbinder R, y Ackerman IN. Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis? *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:90.
- <sup>129</sup> Puigvert C. Apoderament de les persones amb insuficiència renal crònica en la gestió del seu problema de salut (tesis doctoral) [Internet]. Girona: Universitat de Girona; 2016. p. 30-31. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/387813>
- <sup>130</sup> Puigvert C. Apoderament de les persones amb insuficiència renal crònica en la gestió del seu problema de salut (tesis doctoral) [Internet]. Girona: Universitat de Girona; 2016. p. 31. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/387813>
- <sup>131</sup> Lawn S, Battersby M, Lindner H, Mathews R, Morris S, Wells L, et al. What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. *Aust J Prim Health*. 19 mar 2009;15(1):37-44.
- <sup>132</sup> Johnston L, Lardner C, y Jepson R. Overview of the Evidence Relating to Shifting the Balance of Care: A Contribution to the Knowledge Base. Final report. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.
- <sup>133</sup> Boyce T, Robertson R, y Dixon A. Commissioning and Behaviour Change: Kicking Bad Habits. Final report. London: The King's Fund London; 2008.
- <sup>134</sup> Lawn S, Battersby MW, y Pols RG. National Chronic Disease Strategy —Self-Management. Report to the Australian Government Department of Health and Ageing. Adelaide: Flinders Human Behaviour & Health Research Unit (FHBHRU); 2005.

- <sup>135</sup> Organización Mundial de la Salud. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Global Report. Geneva: OMS; 2002.
- <sup>136</sup> Rao JK, Weinberger M, y Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: A literature review. Arch Fam Med. Nov-dic 2009;9(10):1148-1155.
- <sup>137</sup> Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. Ann Intern Med. 1 may 2001;134(9 Pt 2):881-888.
- <sup>138</sup> Virtanen H, Leino-Kilpi H, y Salanterä S. Empowering discourse in patient education. Patient Educ Couns. May 2007;66(2):140-146.
- <sup>139</sup> Puigvert C. Apoderament de les persones amb insuficiència renal crònica en la gestió del seu problema de salut (tesis doctoral) [Internet]. Girona: Universitat de Girona; 2016. p. 28. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/387813>
- <sup>140</sup> Finfgeld DL. Empowerment of individuals with enduring mental health problems: results from concept analyses and qualitative investigations. ANS Adv Nurs Sci. Gen-mar 2004;27(1):44-52.
- <sup>141</sup> Chambers D, y Thompson S. Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurses' perceptions. J Adv Nurs. Ene 2009;65(1):130-138.
- <sup>142</sup> Cerezo PG, Juvé-Udina ME, y Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):664-671.
- <sup>143</sup> Viklund G, Ortqvist E, y Wikblad K. Assessment of an empowerment education program. A randomized study in teenagers with diabetes. Diabet Med. May 2007;24(5):550-556.
- <sup>144</sup> Adolfsson E, Walker-Engström M, Smide B, y Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes: A randomized controlled 1-year follow-up study. Diabetes Res Clin Pract. Jun 2007;76(3):341-350.
- <sup>145</sup> Adolfsson E, Starrin B, Smide B, y Wikblad K. Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—a qualitative study. Int J Nurs Stud. Jul 2008;45(7):986-994.
- <sup>146</sup> Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, y Metelko Z. Effects of an em-

powerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns.* Feb 2004;52(2):193-199.

<sup>147</sup> Keers JC, Bouma J, Links TP, Maaten J, Gans RO, Wolffenbuttel BH, et al. One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Educ Couns.* Ene 2006;60(1):16-23.

<sup>148</sup> Otero LM, Zanetti ML, y Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Lat Am Enfermagem.* Mar-abr 2008;16(2):231-237.

<sup>149</sup> Davidson BJ, y Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nurs.* Jun 1997;20(3):187-196.

<sup>150</sup> Mok E. Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective. *Nurs Ethics.* 1 ene 2001;8:69-76

<sup>151</sup> Kilian R, Lindenbach I, Löbig U, Uhle M, Petscheleit A, y Angermeyer M. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: A qualitative and quantitative analysis. *Soc Sci Med.* Sep 2003;57(6):1127-1142.

<sup>152</sup> Achury DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichán.* Oct 2007;7(2):139-160.

<sup>153</sup> García J, y Solís M. Las enfermeras que tratan a los pacientes de Parkinson: ¿Qué es lo que saben y qué es lo que quieren saber? *Rev Enferm.* 2005;28(2):42-50.

<sup>154</sup> Ramon-Cabot J, Fernández-Trujillo M, Forcada-Vega C, y Pera-Blanco G. Eficacia a mediano plazo de una intervención educativa en grupo sobre el cuidado del pie en pacientes con diabetes tipo 2. *Enferm Clin.* 2008;18(6):302-308.

<sup>155</sup> Yera-Casas A, Mateos-Higuera S, Ferrero-Lobo J, y Páez-Gutiérrez T. Evaluación de una intervención educativa en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca, interpretada por enfermeras mediante un plan de cuidados estandarizado. *Enferm Clin.* 2009;19(4):191-198.

<sup>156</sup> Estrada D, Lara A, Robau M, Casals E, Fernández A, y Rossell M. Eficacia de un programa educativo al paciente ingresado con neumonía [Internet]. *Enf Glob.* Jun 2009;16. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200007)



- <sup>157</sup> Suhonen R, y Leino-Kilpi H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Educ Couns.* 2006;61:5-15.
- <sup>158</sup> European Strategy of Global Health, 2007.
- <sup>159</sup> Expert Patient Program (UK), 2006.
- <sup>160</sup> Arthritis Self-Management Program (EE. UU.), 2000.
- <sup>161</sup> Newman S, Steed L, y Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet.* 2004;364:1523-1537.
- <sup>162</sup> Gammon J, y Mulholland CW. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *J Adv Nurs.* Ago 1996;24(2):303-308.
- <sup>163</sup> Santavirta N, Lillqvist G, Sarvimäki A, Honkanen V, Konttinen YT, Santavirta S. Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery. *Int J Nurs Stud.* Abr 1994;31(2):135-142.
- <sup>164</sup> Pellino T, Tluczek A, Collins M, Trimborn S, Norwick H, Engelke ZK, et al. Increasing self-efficacy through empowerment: Preoperative education for orthopaedic patients. *Orthop Nurs.* Jul-ago 1998;17(4):48-51, 54-9.
- <sup>165</sup> Lin PC, Lin LC, y Lin JJ. Comparing the effectiveness of different educational programs for patients with total knee arthroplasty. *Orthop Nurs.* Sep-oct 1997;16(5):43-49.
- <sup>166</sup> Lilja Y, Ryden S, y Fridlund B. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing.* Dic 1998;14(6):276-282.
- <sup>167</sup> Goldsmith DM, y Safran C. Using the Web to reduce postoperative pain following ambulatory surgery. *Proc AMIA Symp.* 1999:780-784.
- <sup>168</sup> Montin L, Suominen T, y Leino-Kilpi H. The experiences of patients undergoing total hip replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing.* Feb 2002;6(1):23-29.
- <sup>169</sup> Suhonen R, Leino-Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A lit-

erature review. *Patient Educ Couns.* Abr 2006;61(1):5-15.

<sup>170</sup> Organización Mundial de la Salud. Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy document. Geneva: OMS; 2012.

<sup>171</sup> Chung F, y Mezei G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* Dic 1999;89(6):1352-1359.

<sup>172</sup> Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, y Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anest.* Ago 2002;14(5):349-353.

<sup>173</sup> Nuñez, M., Nuñez, E., Luis del Val, J., Ortega, R., Segur, J., Hernández, M., et al. Health-related quality of life in patients with osteoarthritis after total knee replacement: Factors influencing outcomes at 36 months of follow-up. *Osteoarthritis Cartilage.* Sep 2007;15(9):1001-1007.

<sup>174</sup> McDonald S, Hetrick S, Green S. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003526.

<sup>175</sup> Suhonen R, y Leino-Kilpi H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Educ Couns.* 2006;61:5-15.

<sup>176</sup> Johansson K, Salanterä S, Katajisto J, y Leino-Kilpi H. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing.* 2002;11(2):220-226.

<sup>177</sup> Johansson K. *Empowering Orthopaedic Patients through Education.* Turku: University of Turku; 2006.

<sup>178</sup> Hopman-Rock M, Kraaimaat FW, y Bijlsma JW. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Qual Life Res.* Ene 1997;6(1):67-76.

<sup>179</sup> Jinks C, Jordan K, y Croft P. Measuring the population impact of knee pain and disability with the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). *Pain.* Nov 2002;100(1-2):55-64.

<sup>180</sup> Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H, y 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.

- <sup>181</sup> Johansson K, Hupli M, y Salanterä S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *J Clin Nurs*. Sep 2002;11(5):634-639.
- <sup>182</sup> Syx R. The practice of patient education: The theoretical perspective. *Orthop Nurs*. Ene-feb 2008;27(1):50-54.
- <sup>183</sup> Anderson FM, y Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns*. May 2005;57(2):153-157.
- <sup>184</sup> Johansson K, Salanterä S, Katajisto J, y Leino-Kilpi H. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Educ Couns*. 2004;52:175-181.
- <sup>185</sup> Heikkinen K, Helena L-K, Taina N, Anne K, y Sanna S. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Educ Couns*. 2008;73:272-279.
- <sup>186</sup> Mahomed N, Liang M, Cook E, Daltroy L, Fortin P, Fossel A, et al. The importance of patient expectations in predicting functional outcomes after total joint arthroplasty. *J Rheumatol*. Jun 2002;29(6):1273-1279.
- <sup>187</sup> Mancuso CA, Graziano S, Briskie LM, Peterson MGE, Pellicci PM, Salvati EA, et al. Randomized trials to modify patients' preoperative expectations of hip and knee arthroplasties. *Clin Orthop Relat Res*. 2008;466:424-431.
- <sup>188</sup> Noble PC, Conditt MA, Cook KF, y Mathis KB. The John Insall Award: Patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2006;452:35-43.
- <sup>189</sup> Vuorenheimo J, y Leino-Kilpi H. La perspectiva de los pacientes en la calidad de los cuidados de enfermería: Desarrollo de una estructura para evaluación. *Int J Qual Health Care*. 1994;6(1):112.
- <sup>190</sup> Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, Cano S, Charalambous A, Copanitsanou P, et al. Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *Int J Nurs Pract*. Des 2014;20(6):597-607.
- <sup>191</sup> Ojanlatva A. Patient education in Finland. *Patient Educ Couns*. Jul 2001;44(1):49-54.
- <sup>192</sup> Rosenqvist U. Patient education —new trends in Sweden. *Patient Educ Couns*. Jul 2001;44(1):55-58.

- <sup>193</sup> Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. *Patient Educ Couns.* 2001;44(1):23-27.
- <sup>194</sup> Kleinbeck S. Self-reported at-home postoperative recovery. *Res Nurs Health.* Dic 2000;23(6):461-472.
- <sup>195</sup> Myles P, Weitkamp B, Jones K, Melick J, y Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: The QoR-40. *Br J Anaesth.* Ene 2000;84(1):11-15.
- <sup>196</sup> The EuroQol Group. The EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* Dic 1990;16(3):199-208.
- <sup>197</sup> Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy.* Jul 1996;37(1):53-72.
- <sup>198</sup> Kim S. Patient Satisfaction Scale, 1993. Uso autorizado: 9 may 2008.
- <sup>199</sup> Salanterä S. Lähtökohtia näyttöön perustuvalla kivuliaan potilaan hoitotyölle. En Teoksessa S, editor. *Näyttöön perustuva hoitotyö.*Helsinki: WSOY; 2003. p. 106-116.
- <sup>200</sup> Leino-Kilpi H, Salanterä S, Leppänen, Lindblom, Nummela, 2004. Uso autorizado: 23 mar 2007.
- <sup>201</sup> Krantz DS, Baum A, y Wideman MV (1980) Assessment of Preferences for self-treatment and information in health care. *J Pers Soc Psychol.* Nov 1980;39(5):977-990.
- <sup>202</sup> Simon P, Barrio LM, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales Sis San Navarra.* May-ago 2007;30(2):191-198.
- <sup>203</sup> Eisler T, Svensson O, Tengström A, y Elmstedt E. Patient expectations and satisfaction in revision total hip arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2002;46(12):3331-3339.
- <sup>204</sup> Hack TF, Pickles T, Bultz BD, Ruether JD, Weir LM, Degner LF, et al. Impact of providing audiotapes of primary adjuvant treatment consultations to women with breast cancer: A multisite, randomized, controlled trial. *J Clin Oncol.* 15 nov 2003;21(22):4138-4144.
- <sup>205</sup> Bankauskaite V, y Saarelma O. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *Int J Qual Health Care.* Feb 2003;15(1):23-29.

- <sup>206</sup> Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, et al. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* May-jun 2006;33(3):281-289.
- <sup>207</sup> Nilsson G, Larsson S, Johnsson F, y Saveman BI. Patients' experiences of illness, operation and outcome with reference to gastroesophageal reflux disease. *J Adv Nurs.* Nov 2002;40(3):307-315.
- <sup>208</sup> Ivarsson B, Larsson S, Lührs C, y Sjöberg T. Extended written preoperative information about possible complications at cardiac surgery —do the patients want to know? *Eur J Cardiothorac Surg.* Sep 2005;28(3):407-14.
- <sup>209</sup> Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, y Leino-Kilpi H. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthop Nurs.* 2010;29:246-253.
- <sup>210</sup> Vogel BA, Bengel J, y Helmes AW. Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Educ Couns.* 2008;71:79-85.
- <sup>211</sup> López S, Martínez C, Cañadillas A, y Angel M. (2005). Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm.* Mar 2005;14(51):24-28.
- <sup>212</sup> López S, Navarro F, González J, Martínez C, y Romero A. Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm.* 2009;18(3):195-200.
- <sup>213</sup> Allepuz A, Serra-Sutton V, Espallargues M, y Sarriá A. Artroplastias de cadera y rodilla en el sistema nacional de salud. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2009;53(5):290-299.
- <sup>214</sup> Carmona L, Batlle E, Gavrilá D, García E, y Ruiz R. Implementación y características de la población del estudio ArtRoCad, una aproximación al consumo de recursos y repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en atención primaria. *Reumatol Clin.* 2006;2(5):224-234.
- <sup>215</sup> Subiela M, Tejero M, Boza R, Pou M, Marco E, Torres S, et al. Valoración pre-quirúrgica en pacientes ancianos candidatos a artroplastia total de rodilla: consulta externa de enfermería. *Revista multidisciplinar de gerontología.* 2006;16(1):12-15.
- <sup>216</sup> Batlle-Gualda E, Carmona L, Gavrilá D, García E, Ruiz R, y Carbonell J. Implementación y características

de la población de estudio ArtCad, una aproximación al consumo de recursos y repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en atención primaria. *Reumatol Clin*, 2006;2(5):224-234.

<sup>217</sup> Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe sobre las mujeres mayores en España. Madrid: MSPSI; mar 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/mujeresBorrador.pdf>

<sup>218</sup> Klemetti S, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, et al. Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clin Nurs Res*. Dic 2015;24(6):624-643.

<sup>219</sup> Abellán A, y Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad / CSIC; 2013. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>

<sup>220</sup> Acea B. El proceso informativo en el paciente quirúrgico. reflexiones sobre la ley básica reguladora de la autonomía de los pacientes. *Cir Esp*. 2005;77(02):60-64.

<sup>221</sup> Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, y Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004;18(2):83-91.

<sup>222</sup> Funell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*. Ene-feb 1991;17(1):37-41.

<sup>223</sup> Hoving C, Visser A, Mullen PD, y 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*. Mar 2010;78(3):275-281.

<sup>224</sup> Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 14 may 2014 ;383(9931):1824-1830.

<sup>225</sup> Heikkinen K, Suomi R, Jääskeläinen M, Kaljonen A, Leino-Kilpi H, y Salanterä S. The creation and evaluation of an ambulatory orthopedic surgical patient education web site to support empowerment. *Comput Inform Nurs*. Sep-oct 2010; 28(5):282-290.

- <sup>226</sup> Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Jun 2012*;26(2):372-380.
- <sup>227</sup> Glyn-Jones S, Palmer AJ, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, et al. Osteoarthritis. *Lancet. 2015*;386(9991):376-387.
- <sup>228</sup> Reinhard SC, Given B, Petlick NH, y Bemis A. Supporting Family Caregivers in Providing Care. En: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- <sup>229</sup> Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou M, Sakellari E, Toris A, Vrettos A, et al. Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *J Clin Nurs. May 2008*;17(10):1287-1294.
- <sup>230</sup> Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multi-country cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf. Feb 2014*;23(2):126-135.
- <sup>231</sup> Simou E, y Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy. Abr 2014*;115(2-3):111-119.
- <sup>232</sup> Papastavrou E, Andreou P, y Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage. Ene-mar 2014*;29(1):3-25.
- <sup>233</sup> Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, y Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nurs Ethics. 27 sep 2016*.
- <sup>234</sup> Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Schopp A, et al. Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: general overview. *Nurs Ethics. 2003*;10(1):18-27.
- <sup>235</sup> EU Commission DG for Health and Food Safety. Major and chronic diseases. 2008. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/musculoskeletal/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/musculoskeletal/index_en.htm)

<sup>236</sup> Standing Committee of European Doctors, European Patients Forum, Maastricht University, y Merck-Sharp & Dohme. Making health literacy a priority in EU policy [Internet]. Bruselas: CPME / EPF / Maastrich University / MSD; 2013. Disponible en: [http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper\\_final.pdf](http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf)

<sup>237</sup> Nikoletti S, Kristjanson LJ, Tataryn D, McPhee I, y Burt L. Information needs and coping styles of primary family caregivers of women following breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. Nov-dic 2003;30(6):987-996.

<sup>238</sup> Heikkinen K, Salantera S, Leppanen T, Vahlberg T, y Leino-Kilpi H. Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using different patient education methods. *J Perioper Pract*. Jul 2012;22(7):226-231.

<sup>239</sup> Cha ES, Kim KH, y Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs*. May 2007;58(4):386-395.



# 11. Anexos

## A. Comités de ética

- A.1 Comité de ética Helena Leino-Kilpi
- A.2 Comité de ética UIC
  - a) Investigación
  - b) Ética
- A.3 Comité de ética Consorci Hospital Clínic
- A.4 Comité de ética Hospital Universitari Bellvitge
- A.5 Comité de ética IMAS
- A.6 Comité de ética Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- A.7 Comité de ética Universitari Mútua Terrassa

## B. Consentimientos informados y presentación de proyecto

- B.1 Consentimiento informado paciente + presentación proyecto
- B.2 Consentimiento informado cuidador principal+ presentación proyecto
- B.3 Consentimiento informado enfermería+ presentación proyecto

## C. Cuestionarios

- C.1 Escala de expectativas de conocimiento del paciente hospitalizado
- C.2 Escala de conocimiento recibido del paciente hospitalizado
- C.3 Escala de Acceso al conocimiento
- C.4 Escala de recuperación a corto plazo
- C.5 Encuesta al paciente
- C.6 Cuestionario de salud de calidad de vida
- C.7 Escala de satisfacción del paciente
- C.8 Escala del cuidado del dolor
- C.9 Contactos y gastos
- C.10 Encuesta de opinión sobre la salud de Krantz

- C.11 Escala de expectativas de conocimiento del cuidador principal durante la hospitalización
- C.12 Escala de conocimiento recibido del cuidador principal durante la hospitalización
- C.13 Evaluación de la educación desde el punto de vista del enfermero

**D. Otros**

- D.1 Memoria COIB
- D.2 Curso Empowering Patient Education
- D.3 Admisión UJI
- D.4 Consentimiento informado Albert Jovell
- D.5 Universidad de la Sabana

## A 1: Comitès de ètica



TURUN YLIOPISTO  
UNIVERSITY OF TURKU

Universitat Internacional de Catalunya  
Medical and Health Science Faculty  
Department of Nursing  
Joseph truetta s/n  
08195 Sant Cugat del Vallès  
Barcelona

Adelaida Zabalegui, RN, PhD  
Director of Nursing School

Barcelona, March 23rd 2009

Helena Leino-Kilpi RN, PhD, (Head of the Department of Nursing Science, University of Turku) agrees to participate as a member of the research team in the proposal "Empowerment del pacient a través de la informació-educació de pacients programts per a interveccions quirúrgiques de pròtesis de maluc o de Genoll: Avalució i comparació (EPPO-SPAIN)" to be submitted by Dr. Zabalegui to the call Investigación clínica y de servicios sanitarios of the Agencia de evaluación de tecnología e investigación médica (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) topic number 11 on "Sistemes d'informació i mesura de l'eficiència de l'àrea quirúrgica".

As a leader of the European Project (EPPO), I am please to collaborate with Dr. Zabalegui in this proposal. We started this collaboration two years ago without financial support. Therefore, the support from the Catalonia Government could be a key element of the participation of their hospital in the study.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Helena Leino-Kilpi'.

Helena Leino-Kilpi  
Professor and chair

Tel int +358-2-3338404  
email: Helena.Leino-Kilpi@utu.fi

Turun yliopisto • University of Turku  
FI-20014 Turun yliopisto, Finland • www.utu.fi  
Puhelin/Telephone +358 (0)2 333 51 • Faksi/Fax +358 (0)2 333 6363

## A 2: Comitès de ètica

---

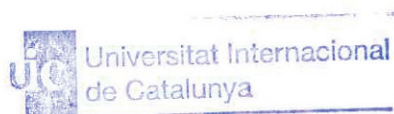


Núria Durany Pich, Vicerectora d'Investigació de la Universitat Internacional de Catalunya,

### CERTIFICA:

Que el Comitè d'Investigació de la Universitat Internacional de Catalunya, a la sessió celebrada el dia d'avui, ha realitzat l'avaluació del projecte d'investigació titulat: "EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN-EDUCACIÓN DE PACIENTES PROGRAMADOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE PRÓTESIS DE CADERA O DE RODILLA: EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN INTERNACIONAL (EPPO-SPAIN)" del qual l'investigadora principal és la Dra. Adelaida Zabalegui Yárnoz entenent que dit estudi s'inclou en una de les línies d'investigació acreditades en aquest centre, complint els requisits metodològics necessaris, i que és viable en tots els seus termes, pel que ha considerat adient i ha decidit la seva aprovació.

A Barcelona, a 13 de març de 2009



A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Núria Durany Pich', written over a horizontal line.

Núria Durany Pich  
Vicerectora d'Investigació  
Universitat Internacional de Catalunya



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## Informe de Valoració Comitè d'Ètica en la Investigació Humana

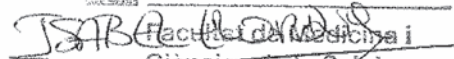
Dr. Albert Balaguer, president del Comitè d'Ètica en la Investigació Humana de la Universitat Internacional de Catalunya,

Faig constar,

que un cop revisat el projecte de títol "**Empoderamiento del paciente a través de la información-educación de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas de prótesis de cadera o de rodilla: Evaluación y comparación internacional**" versió de protocol 1, investigador principal Adelaida Zabalegui Yarnóz rebut a la Facultat de Ciències de la Salut el dia 9 de març de 2009,

la seva valoració ha estat **ACEPTAT CONDICIONAT** segons els criteris del Comitè d'Ètica en la Investigació Humana de la UIC.

\*S'afegeix l'informe amb els punts a millorar.

  
Universitat Internacional  
de Catalunya  
Facultat de Medicina i  
Ciències de la Salut

Signa p.o. Sra. Isabel Elorduy, secretària tècnica del CEI

Dr. Albert Balaguer Santamaría  
President del CEI de la UIC

Sant Cugat del Vallès, 20 de març de 2009

**Dña. Begoña Gómez Pérez**, del Servicio de Farmacia del Hospital Clínic de Barcelona y Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

CERTIFICA:

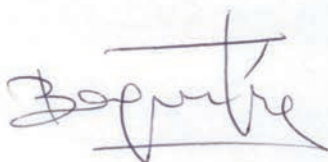
Que el Comité Ético de Investigación Clínica, según consta en el acta de la reunión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

*Empowerment del pacient a través de la informació-educació de pacients programats per a intervencions quirúrgiques de prótesis de maluc i genoll: Avaluació i comparació (EPPO Spain).*

cuyo investigador principal es la Dra. **Zabalegui, Adela** del Servicio de **TUTELA**

entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, y, por tanto, ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 14/05/2009



 CLÍNIC  
BARCELONA  
Hospital Universitari  
COMITÉ ÈTIC  
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Registro: 2009 / 5039

HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA  
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)  
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54  
[www.hospitalclinic.org](http://www.hospitalclinic.org)



**D. Joan Albert Barberá Mir**, Adjunto a la Direcció de Investigació del Hospital Clínic de Barcelona,

CERTIFICA:

Que el Comité de Investigación del Hospital Clínic, en la sesión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

*Empowerment del pacient a través de la informació-educació de pacients programats per a intervencions quirúrgiques de prótesis de maluc i genoll: Avaluació i comparació (EPPO Spain).*

cuyo investigador principal es la Dra. **Zabalegui, Adela** del Servicio de **TUTELA**

entendiendo que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, y que es viable en todos sus términos, por lo que lo ha considerado adecuado y ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 14/05/2009



CLÍNIC  
BARCELONA  
Hospital Universitari  
COMITÉ ÈTIC  
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Registro: 2009 / 5039

HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA  
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)  
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54  
www.hospitalclinic.org

## A 6: Comitès de ètica

---



Cristina Moreno Caride, Cap de Gestió D'infermeria de l'ICEMEQ, autorizo la participaci3n en el proyecto:

EMPOWEMENT DEL PACIENT A TRAVÉS DE LA INFORMACI3 – EDUCACI3 DE PACIENTS PROGRAMATS PER A INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES DE PR3TESI DE MALUC O DE GENOLL: AVALUACI3 I COMPARACI3 (EPPO-SPAIN),QUE LIDERA LA DRA. ZABALEGUI.

Signat Cristina Moreno Caride



## SOL·LICITUT D'ADMISSIÓ

Hospital Universitari de Bellvitge  
23 de Febrer de 2009

### COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Hospital Universitari de Bellvitge

Apreciats Srs:

El motiu de la present és comunicar-lis el meu interès com a Cap de servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatològica per l'estudi europeu "*Empowering education of orthopaedic patients- Evaluation and international comparison (EPPO 2008-2011)*". (Potenciant (empoderant) als pacients amb osteoartritis a través de l'educació ,EPPO 2008-2011) que se m'ha presentat el dia 12 de febrer en la reunió amb la Dra. Adela Zabalegui , investigadora principal, i en la que també estaven presents la Sra. Mari Fe Viso, Adjunta d'Infermeria i tot l'equip de supervisió recolzat per la Direcció d'infermeria.

Dono la meva aprovació per la consecució de l'estudi havent revisat prèviament el protocol de l'estudi del qual crec que és oportú pel nostre centre participar-hi.

Gràcies per la seva col·laboració.

Atentament.

**Dra. Portavella**

Cap de Cirurgia Ortopèdica i Traumatològica

## A 8: Comit s de  tica

---

Sra. Laia Lacueva Pérez  
Servei d Infermeria  
Hospital de l Esperan a

Benvolguda Sra. Lacueva,

El CEIC-IMAS una vegada avaluat el projecte de recerca núm. 2009/3478/l titulat *Fomentar la informaci   - educaci  n en pacients t raumatol  gics. Evaluaci  n y comparaci  n internacional*, li comunica que ha obtingut l aprovaci  , per que p revir al lliurament del certificat corresponent haur de don ar resposta als seg  ents comentaris:

### **Aspectes  tics**

1. En l apartat d aspectes ètics, cal citar la llei 15/99 de protecci   de dades de car cter personal.
2. Carta de presentaci  , cal millorar el redactat/t raducci  , no queda clar qui es el participant, el pacient, el cuidador, definir qui es cada un.
3. Full d informaci   Consentiment informat.
  - Cal citar la llei 15/99 de protecci   de dades de car cter personal.
  - Cal dir que es pot retirar de l estudi quant vulgui i **sense donar explicacions**.

### **Aspectes metodol  gics**

4. Falta un grup control per valorar i/o comparar els resultats.

Si necessita algun aclariment, no dubti en trucar a la Sra. M. Teresa Navarra (CEIC) al telf.: 93 316 06 79.

Cordialment,



M. Teresa Navarra Alcrudo  
Secretaria CEIC - IMAS

Barcelona, a 4 de maig de 2009

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA  
CEIC



## CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Manuel Alvarez del Castillo, Director Médico del Hospital Mútua de Terrassa y vista la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica,

CERTIFICA:

Que conoce el estudio titulado "Empowerment del pacient a través de la informació-educació de pacients programats per a intervencions quirúrgiques de pròtesis de maluc o de genoll: avaluació i comparació (EPPO-SPAIN)"

cuyo investigador principal es la Sra.Olga Monistrol Ruano

y que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Terrassa a 27 de mayo de 2009

Firmado:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M. Alvarez del Castillo', written over a horizontal line.

Dr. Manuel Alvarez del Castillo



## B 1.1: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Paciente

---



Consentimiento informado

PACIENTE

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

#### **Proyecto de investigación y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

**Estimado señor/señora:**

Este estudio titulado **“Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional”** tiene el propósito de desarrollar la información-educación al paciente de modo que los pacientes sean conscientes de los asuntos relacionados con su salud de manera que los entiendan y sean capaces de actuar en consecuencia. El objetivo de este estudio es evaluar la información-educación que los pacientes esperan recibir y cómo éstas expectativas son satisfechas en relación con su recuperación y bienestar. Además, intentamos conocer cómo valoran este proceso informativo-educativo los cuidadores familiares que os ayudan en vuestro cuidado y de las enfermeras. El estudio se está realizando en algunos países europeos (Finlandia, Grecia, Suecia, Chipre, Lituania y España). Los datos serán recogidos de pacientes programado para cirugía de prótesis de cadera o de rodilla durante los años 2009-2010 en tres fases: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación. Los cuidadores familiares que le ayudan en su cuidado participarán en el mismo periodo de tiempo y las enfermeras una vez recogidos todos los datos de los pacientes.

La participación en este estudio requiere completar el consentimiento informado (ver página siguiente) y rellenar tres cuestionarios (antes de la operación y del asesoramiento, al alta, y 6-7 meses después de la operación en casa). También esperamos que su cuidador familiar colabore en las mismas fases que usted. Con los cuestionarios del 1 al 3 recibirá también los cuestionarios para el participante que usted escoja y que participará en su tratamiento y su cuidado. Los tres cuestionarios tienen un número individual para cada paciente, de esta manera el mismo paciente debe completar el cuestionario número 1, 2 y 3 con el mismo número individual que se le ha asignado.

La participación es, por supuesto, voluntaria para ambos, para usted y el cuidador familiar y si no participa, su cuidado o tratamiento no se verá afectado de manera alguna. Si usted lo desea, también puede dejar de contestar los cuestionarios cuando quiera. Sin embargo, apreciaríamos su participación en los tres cuestionarios. Los datos se analizarán estadísticamente y confidencialmente de manera que su información personal no se revelará en ninguna fase del estudio. Su dirección se pregunta al principio del estudio sólo con la proposición del envío del tercer cuestionario. Su dirección será tratada confidencialmente y sólo los investigadores tendrán acceso. Si desea participar en nuestro estudio, le rogamos que complete nuestro consentimiento informado que le adjuntamos y por favor envíelos al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le agradecemos su respuesta. Sus puntos de vista nos ayudarán en el desarrollo de futuros programas educativos al paciente. Si tiene alguna pregunta no dude en contactar con nosotros

**Lugar y fecha**

**Nombre del investigador e información de contacto**

## B 1.2: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Paciente



Consentimiento informado

PACIENTE

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

**Nombre del estudio:** Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional

**Nombre del investigador:**

He recibido la hoja de información sobre “La información-educación y evaluación al paciente ortopédico- comparación internacional” proyecto de investigación. Por este medio doy mi consentimiento para que los investigadores en preguntarme sobre el conocimiento y la información que recibo, mi nivel de satisfacción, mi bienestar, mi recuperación y mi contacto con el profesional sanitario, también los gastos relacionados a mi cuidado y tratamiento antes de mi llegada al hospital para la operación, cuando me han dado el alta, y 6-7 meses después de la intervención cuando ya estoy en casa.

Para facilitar la puesta en práctica del estudio proporcionaré mis datos personales, cómo también mi dirección, mi número de teléfono en el cuál puedo ser contactado. Este consentimiento es dado voluntariamente, y puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin afectar al cuidado y tratamiento que recibiré. Soy consciente que mis respuestas serán utilizadas con confidencialidad y mi identidad no será revelada.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Código postal y ciudad

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador  
(Nombre del investigador)  
(Nombre del estudio e información de contacto)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

## B 1.3: Consentimientos informados y Presentación proyecto | Paciente

---



Al ingreso/ Antes del asesoramiento

PACIENTE

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

**Estimado Señor o Señora,**

Este estudio autoriza el proyecto titulado **“Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos- Evaluación y comparación internacional.”**

Tiene el propósito de desarrollar la educación al paciente de modo que los pacientes sean conscientes de sus asuntos relacionados con la salud i que se preocuparán, entenderán y serán capaces de actuar en consecuencia.

El objetivo de este estudio es evaluar sobre los conocimientos e información que los pacientes esperan recibir y como éstas expectativas son satisfechas con la recuperación y el bienestar. Además intentamos clarificar la importancia de otros participantes importantes en vuestro entorno y que ayuden en vuestro cuidado y el de las enfermeras. El estudio será realizado en algunos países europeos, y los datos serán recogidos de pacientes que se hayan sometido a la cirugía ortopédica durante los años 2008-2010 dividido en tres fases: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación. La persona importante en vuestro entorno que escojáis participará en el mismo período de tiempo. Los resultados del estudio serán presentados en revistas científicas.

La participación en este estudio requiere completar el consentimiento y rellenar tres cuestionarios. El consentimiento informado y el primer cuestionario deben ser completados antes del ingreso en el hospital y se adjunta con esta carta. Esta carta también incluye un cuestionario para la persona importante en su entorno y que participará en su tratamiento y su cuidado.

El primer cuestionario pregunta sobre que información espera recibir en relación a su enfermedad o tratamiento sobre su salud en general. El cuestionario para el otro participante que usted ha escogido, pregunta las mismas cuestiones pero bajo el punto de vista del participante. Usted recibirá el segundo cuestionario cuando le den el alta. Consiste en un cuestionario sobre como sus expectativas de información fueron cumplidas en el hospital y que factores son importantes en este tema. El cuestionario para el participante elegido también pregunta las mismas cuestiones, pero bajo su punto de vista. En la tercera etapa, usted recibirá el último cuestionario por correo, y deberá ser completado por usted y su participante. Los tres cuestionarios tienen un número individual para cada paciente, de esta manera el mismo paciente debe completar el cuestionario número 1, 2 y 3 con el mismo número individual que se le ha asignado.

La participación es, por supuesto, voluntaria para ambos, para usted y el participante, y si no participa su cuidado o tratamiento no se verá afectado de manera alguna. Si usted lo desea, también puede dejar de contestar los cuestionarios cuando quiera. Sin embargo, apreciaríamos su participación en los tres cuestionarios. Los datos se analizarán estadísticamente y confidencialmente de manera que su información personal no se revelará en ninguna fase del estudio. Su dirección se pregunta al principio del estudio sólo con la proposición del envío del tercer cuestionario. Su dirección será tratada confidencialmente y sólo los investigadores tendrán acceso.

## B 1.3: Consentimientos informados y Presentación proyecto | Paciente

---



Al ingreso/ Antes del asesoramiento

PACIENTE

Si desea participar en nuestro estudio, le rogamos que complete nuestro consentimiento informado y el primer cuestionario que le adjuntamos y por favor envíelos al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado. Además le rogamos que entregue el cuestionario número uno también a su participante que ayudará en su cuidado y lo envíe tal y como hemos hecho referencia anteriormente lo antes posible.

Le agradecemos su respuesta y su colaboración. Sus puntos de vista nos ayudarán en el desarrollo de futuros programas educativos al paciente. Si tiene alguna pregunta no dude en contactar con nosotros.

**Fecha:**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AZ' followed by a flourish.

**Dra. Adelaida Zabalegui**  
**Investigadora Principal**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Tel+34-93-504.20.00  
Fax +34-93-504.20.01  
email: azabaleg@csc.uic.es



## B 1.4: Consentimientos informados y Presentación proyecto | Paciente



Al alta/ Después del Asesoramiento

PACIENTE

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

Estimado señor o señora,

Nos ponemos en contacto con usted para agradecerle que después de su operación, haya contestado al primer cuestionario de un ambicioso proyecto que se titula **“Fomento de la educación en pacientes traumatológicos-Evaluación y comparación internacional”**.

Ahora que se va del hospital le rogamos que rellene un segundo cuestionario que a continuación le adjuntamos. Este cuestionario está estrechamente relacionado con el primero y hace especial hincapié en cómo sus expectativas de aprendizaje y necesidades de información han sido atendidas durante su hospitalización. Por otro lado y no menos importante, le preguntamos sobre su grado de satisfacción en relación a los cuidados que se le han proporcionado y al tratamiento, su recuperación y para finalizar sobre el alivio que posiblemente habrá sentido durante su estancia en el hospital. A través de sus respuestas al cuestionario, nos permitirá comparar las expectativas del paciente cuando acudió para recibir el tratamiento y sus percepciones al alta. De este modo podemos identificar en qué áreas los pacientes quedan satisfechos con la información recibida así como percatarnos de las carencias en otras áreas que nos tendremos que disponer a paliar.

Creemos importante insistir en el hecho de que, su participación es voluntaria y que si decide no participar su cuidado o tratamiento, de ningún modo se verán afectados. Si usted lo desea, puede dejar de contestar los cuestionarios en cualquier fase del proyecto. No obstante, apreciaríamos enormemente su participación en ambas recogidas de datos pues su colaboración resulta ser indispensable. Los datos serán analizados estadísticamente y confidencialmente de manera que su información personal no podrá ser revelada en ninguna de las fases del estudio, viéndose su intimidad salvaguardada en todo momento.

Por favor, si es tan amable responda a este segundo cuestionario antes de marcharse del hospital. También sería importante que su entorno más cercano respondiera al cuestionario antes de su alta. El personal de enfermería está al corriente del proyecto y es al que usted deberá entregar los cuestionarios una vez respondidos. Por lo que podrá devolver los cuestionarios en un sobre cerrado, las enfermeras se encargarán de enviarlos a los investigadores. Si usted decide no participar en este estudio, por favor devuelva el cuestionario sin contestar. Le agradecemos firmemente su respuesta de antemano. Su visión nos ayudará en el desarrollo de futuros programas educativos al paciente. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de responderle.

Fecha

**Dra. Adelaida Zabalegui**  
**Investigadora Principal**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tel+34-93-504.20.00  
Fax +34-93-504.20.01  
email: azabaleg@csc.uic.es

## B 1.5: Consentimientos informados y Presentación proyecto | Paciente

---



6-7 meses tras la intervención quirúrgica

PACIENTE

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

Estimado señor o señora

Después de su operación, usted completó el primer cuestionario del estudio titulado **“Fomentar la educación en pacientes traumtológicos-evaluación y comparación internacional.”** Queríamos agradecerle una vez más.

Hemos llegado a la recta final gracias a usted, y le pedimos que rellene el último cuestionario. El objetivo del mismo es identificar como percibe usted la respuesta a sus expectativas en cuanto al conocimiento y la información recibida algún tiempo tras la finalización del tratamiento. También le preguntamos por su bienestar y recuperación, así como el contacto e interacción con el personal sanitario y los costes en relación con el tratamiento. Completando este cuestionario, usted nos permite comparar lo que espera el paciente (sus expectativas) cuando ingresa en el hospital con sus percepciones acerca del tratamiento, cuando se marchan de alta así como tras un largo periodo tras la finalización del tratamiento. De este modo, seremos capaces de identificar aquellas áreas en las que las expectativas de los pacientes en cuanto a conocimientos e información parezcan haberse cumplido de forma satisfactoria, y por el contrario, aquellas áreas en las cuales aún quede un arduo trabajo que llevar a cabo. Además, podemos recoger datos sobre el parentesco entre su bienestar y recuperación y sus expectativas y experiencias en relación con el conocimiento e información proporcionados. A estas alturas, usted recibirá también el mismo cuestionario para la persona de su entorno más próximo durante su proceso en el hospital, sería importante que le entregara el cuestionario a la misma persona que respondió a los cuestionarios anteriores, y que participó en sus cuidados y tratamiento siendo de algún modo participe de su evolución. Los tres cuestionarios tienen un número particular para cada paciente, con lo cual el mismo paciente y su cuidador deberían responder a los cuestionarios numerados como 1,2 y 3 que tienen ambos el mismo número correspondiente al paciente.

Por supuesto, la participación sigue siendo voluntaria, y de ningún modo repercutirá en los cuidados que se le otorguen ni en su tratamiento. Además usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea. Sin embargo, desearíamos realmente que respondiera a los tres cuestionarios. También esperamos que haya podido entregar a su respectivo cuidador el mismo cuestionario para que así pueda rellenerlo. Los datos serán analizados estadísticamente y confidencialmente por lo que su identidad personal no se verá en ningún momento del estudio revelada, salvaguardando su intimidad. Su dirección domiciliaria fue solicitada al principio de este estudio con el único propósito de enviarle este tercer cuestionario. Su dirección, por supuesto, seguirá siendo confidencial, y sólo los investigadores cuya dedicación sea exclusiva, tendrán acceso a la misma.

## B 1.5: Consentimientos informados y Presentación proyecto | Paciente

---



6-7 meses tras la intervención quirúrgica

PACIENTE

-----

Por favor, le pedimos que complete este tercer cuestionario ahora que 6-7 meses han pasado desde su estancia en el hospital. También le agradeceríamos que pidiera a su cuidador o persona de referencia que rellene el cuestionario apropiado. Después de haber completado los cuestionarios, por favor envíelos al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le estamos muy agradecidos por su respuesta y colaboración. Su colaboración, puntos de vista y aportaciones nos ayudan a ir más allá en el desarrollo de la educación al paciente que tan importante es. Si tiene alguna pregunta, tómese toda la libertad para ponerse en contacto con nosotros.

**Fecha:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Adelaida Zabalegui'.

**Dra. Adelaida Zabalegui**

**Investigadora Principal**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Tel+34-93-504.20.00  
Fax +34-93-504.20.01  
email: azabaleg@csc.uic.es

## B 2.1: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Cuidador Principal



Consentimiento informado

CUIDADOR

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

#### **Proyecto de investigación y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

##### **Estimado señor/señora:**

Este estudio titulado **“Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional”** tiene el propósito de desarrollar la información-educación al paciente de modo que los pacientes sean conscientes de los asuntos relacionados con su salud de manera que los entiendan y serán capaces de actuar en consecuencia. El objetivo de este estudio es evaluar la información-educación que los pacientes esperan recibir y como éstas expectativas son satisfechas en relación con su recuperación y bienestar. Además, intentamos conocer como valoran este proceso informativo-educativo los cuidadores familiares que os ayudan en vuestro cuidado y de las enfermeras. El estudio se está realizando en algunos países europeos (Finlandia, Grecia, Suecia, Chipre, Lituania y España). Los datos serán recogidos de pacientes programado para cirugía de prótesis de cadera o de rodilla durante los años 2009-2010 en tres fases: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación. Los cuidadores familiares que le ayudan en su cuidado participarán en el mismo periodo de tiempo y las enfermeras una vez recogidos todos los datos de los pacientes.

La participación en este estudio requiere completar el consentimiento informado (ver página siguiente) y rellenar tres cuestionarios (antes de la operación y del asesoramiento, al alta, y 6-7 meses después de la operación en casa). También esperamos que su cuidador familiar colabore en las mismas fases que usted. Con los cuestionarios del 1 al 3 recibirá también los cuestionarios para el participante que usted escoja y que participará en su tratamiento y su cuidado. Los tres cuestionarios tienen un número individual para cada paciente, de esta manera el mismo paciente debe completar el cuestionario número 1, 2 y 3 con el mismo número individual que se le ha asignado.

La participación es, por supuesto, voluntaria para ambos, para usted y el cuidador familiar y si no participa, su cuidado o tratamiento no se verá afectado de manera alguna. Si usted lo desea, también puede dejar de contestar los cuestionarios cuando quiera. Sin embargo, apreciaríamos su participación en los tres cuestionarios. Los datos se analizarán estadísticamente y confidencialmente de manera que su información personal no se revelará en ninguna fase del estudio. Su dirección se pregunta al principio del estudio sólo con la proposición del envío del tercer cuestionario. Su dirección será tratada confidencialmente y sólo los investigadores tendrán acceso.

Si desea participar en nuestro estudio, le rogamos que complete nuestro consentimiento informado que le adjuntamos y por favor envíelos al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le agradecemos su respuesta. Sus puntos de vista nos ayudarán en el desarrollo de futuros programas educativos al paciente. Si tiene alguna pregunta no dude en contactar con nosotros

**Lugar y fecha**

**Nombre del investigador e información de contacto**

## B 2.2: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Cuidador Principal



Consentimiento informado

CUIDADOR

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL

**Nombre del estudio:** Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional

**Nombre del investigador:**

He recibido la hoja de información sobre “La información-educación y evaluación del empoderamiento al paciente ortopédico- comparación internacional” proyecto de investigación. Por este medio doy mi consentimiento para que los investigadores en preguntarme sobre la formación y la información que mi familiar ha recibido antes de su ingreso al hospital para la operación quirúrgica, cuando le han dado el alta, y 6-7 meses después de la intervención cuando ya esté en casa.

Para facilitar la puesta en práctica del estudio proporcionaré mis datos personales, cómo también mi dirección, mi número de teléfono en el cuál puedo ser contactado. Este consentimiento es dado voluntariamente, y puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin afectar al cuidado y tratamiento que recibiré. Soy consciente que mis respuestas serán utilizadas con confidencialidad y mi identidad no será revelada.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del cuidador (en mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Código postal y ciudad

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador  
(Nombre del investigador)  
(Nombre del estudio e información de contacto)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

## B 2.3: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Cuidador Principal



Al ingreso/ Antes del asesoramiento

CUIDADOR

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

Estimado señor/señora:

El objetivo del proyecto titulado “**Fomentar la educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional.**” Tiene el propósito de desarrollar la educación al paciente de modo que los pacientes sean conscientes de sus asuntos relacionados con la salud i que se preocuparán, entenderán y serán capaces de actuar en consecuencia. El objetivo de este estudio es evaluar sobre los conocimientos e información que los pacientes esperan recibir y como éstas expectativas son satisfechas con la recuperación y el bienestar. Además intentamos clarificar la importancia de otros participantes importantes en vuestro entorno y que ayuden en vuestro cuidado y el de las enfermeras. El estudio será realizado en algunos países europeos, y los datos serán recogidos de pacientes que se hayan sometido a la cirugía ortopédica durante los años 2008-2010 dividido en tres fases: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación. Los cuidadores también serán preguntado a participar durante el mismo período: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación Los resultados del estudio serán presentados en revistas científicas.

Usted ha recibido este cuestionario de la persona importante en su entorno, quién va a ser operado de la cadera o de la rodilla. Le agradeceríamos si pudiera completar el cuestionario antes de que la persona importante es su entorno ingrese en el hospital, por favor envíelo al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado. Usted recibirá el segundo cuestionario cuando la persona importante en su entorno se le de el alta, y 6-7 meses tras la intervención. El cuestionario pregunta sobre los conocimientos e información que usted espera recibir mientras está al cuidado de la persona importante en su entorno. Los tres cuestionarios tienen un número particular para cada paciente, con lo cual el mismo paciente y su cuidador deberían responder a los cuestionarios numerados como 1, 2 y 3 que tienen ambos el mismo número correspondiente al paciente.

Por supuesto, la participación es voluntaria, y de ningún modo repercutirá en los cuidados que se le otorguen ni en su tratamiento. Además usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea. Sin embargo, desearíamos realmente que respondiera a los tres cuestionarios que hacen referencia a la persona importante en su entorno. Los datos serán procesados estadísticamente y confidencialmente de modo que sus datos personales no serán revelados en ninguna etapa del estudio. La dirección de la persona importante en su entorno fue solicitada al principio de este estudio con el único propósito de enviarle el tercer cuestionario. La dirección, por supuesto, seguirá siendo confidencial, y solo los investigadores cuya dedicación sea exclusiva, tendrán acceso a la misma.

Si usted decide participar en nuestro estudio, amablemente le pedimos completar el cuestionario incluido el número 1 por favor envíelo, lo antes posible, al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le estamos muy agradecidos por su respuesta y colaboración. Sus puntos de vista y aportaciones nos ayudan a ir más allá en el desarrollo de la educación al paciente que tan importante es. Si tiene alguna pregunta, tómese toda la libertad para ponerse en contacto con nosotros.

#### **Fecha**

#### **Investigadores e información de contacto.**

## B 2.4: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Cuidador Principal



Al alta/ Después del Asesoramiento

CUIDADOR

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

Estimado señor/señora

El objetivo del proyecto titulado “Fomentar la educación en pacientes traumatológicos evaluación y comparación internacional.” Tiene el propósito de desarrollar la educación al paciente de modo que los pacientes sean conscientes de sus asuntos relacionados con la salud i que se preocuparán, entenderán y serán capaces de actuar en consecuencia. El objetivo de este estudio es evaluar sobre los conocimientos e información que los pacientes esperan recibir y como éstas expectativas son satisfechas con la recuperación y el bienestar. Además intentamos clarificar la importancia de otros participantes importantes en vuestro entorno y que ayuden en vuestro cuidado y el de las enfermeras. El estudio será realizado en algunos países europeos, y los datos serán recogidos de pacientes que se hayan sometido a la cirugía ortopédica durante los años 2008-2010 dividido en tres fases: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación. Los cuidadores también serán preguntado a participar durante el mismo período: antes de la operación y del asesoramiento, cuando ha sido dado de alta, y 6-7 meses después de la operación Los resultados del estudio serán presentados en revistas científicas.

Usted ha recibido este cuestionario de la persona importante en su entorno, quién va a ser operado de la cadera o de la rodilla. Le agradeceríamos si pudiera completar el segundo cuestionario una vez ha sido dado de alta la persona importante en su entorno. Usted recibirá el tercer cuestionario 6-7 meses tras la intervención. El cuestionario pregunta sobre los conocimientos e información que usted espera recibir mientras está al cuidado de la persona importante en su entorno. Los tres cuestionarios tienen un número particular para cada paciente, con lo cual el mismo paciente y su cuidador deberían responder a los cuestionarios numerados como 1,2 y 3 que tienen ambos el mismo número correspondiente al paciente.

Por supuesto, la participación es voluntaria, y de ningún modo repercutirá en los cuidados que se le otorguen ni en su tratamiento. Además usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea. Sin embargo, deseáramos realmente que respondiera a los tres cuestionarios que hacen referencia a la persona importante en su entorno. Los datos serán procesados estadísticamente y confidencialmente de modo que sus datos personales no serán revelados en ninguna etapa del estudio. La dirección de la persona importante en su entorno fue solicitada al principio de este estudio con el único propósito de enviarle el tercer cuestionario. La dirección, por supuesto, seguirá siendo confidencial, y solo los investigadores cuya dedicación sea exclusiva, tendrán acceso a la misma.

Amablemente le pedimos completar el segundo cuestionario antes de que la persona importante en su entorno sea dado de alta. Por favor, devuelva el cuestionario completado en el sobre cerrado a la enfermera, nuestros investigadores lo recogerán. Otra alternativa es enviar el sobre al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le estamos muy agradecidos por su respuesta y colaboración. Sus puntos de vista y aportaciones nos ayudan a ir más allá en el desarrollo de la educación al paciente que tan importante es. Si tiene alguna pregunta, tómese toda la libertad para ponerse en contacto con nosotros.

Fecha:

**Dra. Adelaida Zabalegui**  
**Investigadora Principal**

EEPO 2008, Permiso concedido para realizar este estudio 23.3.2007© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003



## B 2.5: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Cuidador Principal

---



6-7 meses tras la intervención quirúrgica

CUIDADOR

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

#### **Estimado señor o señora:**

Cuando la persona importante en su entorno fue dado de alta, usted completó el segundo cuestionario del estudio titulado **“Fomentar la educación en pacientes traumatológicos- evaluación y comparación internacional.”** Queríamos agradecerse una vez más.

Le pedimos amablemente que rellene el último cuestionario, 6-7 meses tras la intervención quirúrgica de la persona importante en su entorno. Por supuesto, la participación sigue siendo voluntaria, y de ningún modo repercutirá en los cuidados que se le otorguen a la persona importante en su entorno ni en el tratamiento. Además usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea. Sin embargo, desearíamos realmente que respondiera a los tres cuestionarios. Los datos serán analizados estadísticamente y confidencialmente por lo que su identidad personal no se verá en ningún momento del estudio revelada, salvaguardando su intimidad. La dirección de la persona importante en su entorno fue solicitada al principio de este estudio con el único propósito de enviarle el tercer cuestionario. La dirección, por supuesto, seguirá siendo confidencial, y solo los investigadores cuya dedicación sea exclusiva, tendrán acceso a la misma. Los tres cuestionarios tienen un número particular para cada paciente, con lo cual el mismo paciente y el cuidador deberían responder a los cuestionarios numerados como 1,2 y 3 que tienen ambos el mismo número correspondiente al paciente.

Amablemente le pedimos completar el tercer cuestionario 6-7meses después de la intervención de la persona importante en su entorno. Una vez completado el cuestionario, por favor envíelos al investigador cuya dirección se encuentra explícita en el sobre con franqueo pagado.

Le estamos muy agradecidos por su respuesta y colaboración. Sus puntos de vista y aportaciones nos ayudan a ir más allá en el desarrollo de la educación al paciente que tan importante es. Si tiene alguna pregunta, tómese toda la libertad para ponerse en contacto con nosotros.

#### **Fecha:**

**Dra. Adelaida Zabalegui**

**Investigadora Principal**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)





### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA ENFERMERO

Apreciado profesional de enfermería,

Nuestro hospital se ha comprometido a mejorar la educación que se proporciona a cada paciente. Con este fin necesitamos reunir información acerca de la educación del **paciente/guía/consejo/acompañamiento/consuelo** proporcionado por el personal de enfermería. (Para simplificar, en este cuestionario sólo usamos el término “educación del paciente”). El propósito de este cuestionario es identificar **que va incluido en la educación del paciente proporcionada por el personal de enfermería** y como y dónde se realiza la educación a los mismos. Por otro lado, el objetivo es explorar la **actitud del personal enfermero con respecto a la educación del paciente**, así como identificar los **factores que Enfermería considera como obstáculos en la educación del paciente**.

Nos gustaría que respondiera a las preguntas de este cuestionario en base a las situaciones cotidianas, del día a día. Puede rellenar el cuestionario de forma anónima y todas las respuestas serán tratada de forma confidencial. La participación es voluntaria, pero teniendo en cuenta los objetivos dirigidos a la mejora de la educación del paciente, sería importante conocer su punto de vista. Esperamos que contribuya a nuestro cuestionario y en el desarrollo de la educación del paciente de nuestro hospital.

Puede depositar el cuestionario en un box del que dispone su unidad. Los cuestionarios serán salvaguardados de manera confidencial durante todo el proceso de investigación.

Gracias por su colaboración

Fecha :

**Dra. Adela Zabalegui, PhD.**  
**Principal Investigadora**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

## B 3.2: Consentimiento informado y Presentación proyecto | Enfermería



Consentimiento informado

ENFERMERÍA

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Nombre del estudio:** Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos-evaluación y comparación internacional

**Nombre del investigador:**

He recibido la hoja de información sobre “La información-educación y evaluación al paciente ortopédico- comparación internacional” proyecto de investigación. Por este medio doy mi consentimiento para los investigadores en preguntarme sobre la Evaluación de la información-educación a los pacientes desde mi punto de vista.

Para facilitar la puesta en práctica del estudio proporcionaré mis datos personales, cómo también mi dirección, mi número de teléfono en el cuál puedo ser contactado. Este consentimiento es dado voluntariamente, y puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin afectar al cuidado y tratamiento que recibiré. Soy consciente que mis respuestas serán utilizadas con confidencialidad y mi identidad no será revelada.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional de Enfermería

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del profesional de Enfermería (en mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Código postal y ciudad

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador  
(Nombre del investigador)  
(Nombre del estudio e información de contacto)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

## C 1: Escala de expectativas de conocimiento del paciente hospitalizado

---



Consentimiento informado

PACIENTE

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

Nos gustaría empezar preguntándole algunas cuestiones acerca de Ud. mismo. Por favor responda a estas preguntas marcando la opción escogida o escribiendo su respuesta en el espacio asignado.

1. **Su edad** \_\_\_\_\_ años
2. **Sexo** \_\_\_\_\_ mujer \_\_\_\_\_ hombre
3. **Su nivel de educativo**  
Educación básica (o menos) \_\_\_\_\_  
Educación primaria \_\_\_\_\_  
Educación secundaria \_\_\_\_\_
4. **Su educación superior**  
Sin educación superior \_\_\_\_\_  
Ciclos formativos \_\_\_\_\_  
Diplomatura universitaria \_\_\_\_\_  
Licenciatura o grado universitario \_\_\_\_\_  
Master o Doctorado universitario \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **situación laboral**?  
Empleado/a \_\_\_\_\_  
Jubilado/a \_\_\_\_\_  
Ama/o de casa \_\_\_\_\_  
Estudiante \_\_\_\_\_  
Desempleado o buscando trabajo \_\_\_\_\_  
Otras, por favor especifique \_\_\_\_\_
6. ¿Ha trabajado Ud. en el **cuidado de la salud** o **servicios sociales**?  
Si \_\_\_\_\_, por favor especifique su cargo \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
7. Tiene Ud. alguna **enfermedad crónica**?  
Si \_\_\_\_\_, por favor especifique \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es la razón de su actual **hospitalización** o su **visita ambulatoria**?  
Exploraciones \_\_\_\_\_  
Intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  
Tratamiento durante el ingreso en el hospital \_\_\_\_\_

Visita ambulatoria de seguimiento \_\_\_\_\_  
 Visita ambulatoria \_\_\_\_\_  
 Otras, por favor especifique \_\_\_\_\_

9. En esta ocasión, ¿**De que manera** ha ingresado Ud. en el hospital?

Ingreso programado \_\_\_\_\_

Ingreso de urgencia \_\_\_\_\_

10. ¿Ha estado Ud. anteriormente en este hospital para recibir tratamiento o realizar pruebas?

Si \_\_\_\_\_, cuantas veces \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### ESCALA DE EXPECTATIVAS DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Las siguientes preguntas hacen referencia a sus expectativas en relación a **la información que ha recibido al ser ingresado para recibir tratamiento o por pruebas en esta ocasión**. Conteste a cada pregunta circulando la respuesta que mejor se ajuste a su modo de pensar. Para estas preguntas **NO** existen respuestas correctas o incorrectas, estamos interesados en conocer **su punto de vista** en su caso en particular.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
<b>Espero información acerca de:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
1. Síntomas relacionados con mi enfermedad	1	2	3	4	0
2. Cuando debo contactar en el caso de que mis síntomas empeoren	1	2	3	4	0
3. Las pruebas que me han realizado	1	2	3	4	0
4. Cómo debería haberme preparado para mis pruebas	1	2	3	4	0
5. Cómo puedo conocer los resultados de mis pruebas	1	2	3	4	0
6. Los diferentes tratamientos disponibles	1	2	3	4	0
7. Posibles complicaciones relacionadas con mi tratamiento	1	2	3	4	0
8. Cómo puedo yo misma prevenir complicaciones	1	2	3	4	0

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
9. Qué puedo hacer yo para garantizarme que mis necesidades están cubiertas en el hospital/clínica	1	2	3	4	0
10. Qué tipo de ejercicio físico puedo hacer	1	2	3	4	0
11. Cuánto necesito descansar	1	2	3	4	0
12. Qué tipo de dieta es la más adecuada para mi	1	2	3	4	0
13. Cuándo puedo asearme (P.ej. ducharme, bañarme)	1	2	3	4	0
14. Cómo mi enfermedad o su tratamiento puede afectar mis funciones corporales (P.ej. sudar, orinar, defecar)	1	2	3	4	0
15. Cómo mi enfermedad o su tratamiento puede afectar la organización del hogar (ayuda doméstica, ventilación)	1	2	3	4	0
16. Dónde puedo conseguir las ayudas que necesito para mi cuidado(p.ej. para movilizarme, curar mis heridas, comer)	1	2	3	4	0
17. Qué tipo de sentimientos puede causarme mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	0
18. Con quien puedo hablar de mis sentimientos sobre mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	0
19. Cómo puedo aprovechar mis experiencias hospitalarias previas en mi cuidado actual	1	2	3	4	0
20. Cómo puedo participar en la toma de decisiones acerca de mi cuidado	1	2	3	4	0
21. Cómo puedo hacer que conozcan mis propias opiniones y puntos de vista	1	2	3	4	0
22. Qué derechos tengo en el hospital	1	2	3	4	0
23. Qué responsabilidad para asegurarme que mi cuidado vaya bien	1	2	3	4	0

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
4.El representante de los pacientes	1	2	3	4	0
25. Cómo están definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales que participan en mi cuidado	1	2	3	4	0
26. Cómo se mantienen confidenciales los datos de mi historia clínica	1	2	3	4	0
27. Quién tiene acceso a mi historia clínica	1	2	3	4	0
28. Cómo puedo tener acceso a mi historia clínica	1	2	3	4	0
29. Quien informa a mi ser querido más cercano acerca de asuntos relacionados con mi enfermedad o su... tratamiento	1	2	3	4	0
30. Cómo mi ser querido más cercano puede participar en mi cuidado	1	2	3	4	0
31. Cómo puedo obtener una persona que me ayude si la necesito cuando salga del hospital	1	2	3	4	0
32. Dónde consigo mi próximo cuidado o tratamiento si lo necesito	1	2	3	4	0
33. Cómo puedo conocer al sacerdote del hospital	1	2	3	4	0
34. Organizaciones de pacientes y sus actividades	1	2	3	4	0
35. Cuidado hospitalario y su coste	1	2	3	4	0
36. Ayudas que puedo obtener a raíz de la enfermedad	1	2	3	4	0
37. Seguros	1	2	3	4	0
38. Rehabilitación y cursos de adaptación y sus costes	1	2	3	4	0
39. Coste de futuros cuidados o tratamientos domiciliarios	1	2	3	4	0
40. Coste de la medicación	1	2	3	4	0

41. A continuación hay un listado de **síntomas que pueden estar relacionados con diferentes enfermedades**. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan sus síntomas actuales. Si en la lista no existen síntomas que se ajusten a su caso, por favor indique cualquier síntoma que Ud. pueda tener al final de la lista.

Tengo los siguientes **síntomas**

	Muy a menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1. Dolor	1	2	3	4
2. Cansancio o fatiga	1	2	3	4
3. Sensación de debilidad	1	2	3	4
4. Nauseas o vómitos	1	2	3	4
5. Pérdida de apetito	1	2	3	4
6. Dificultad para dormir	1	2	3	4
7. Dificultad para respirar	1	2	3	4
8. Sensación de picor	1	2	3	4
9. Otros, por favor especifique	1	2	3	4

42. A continuación hay un listado de **sentimientos que pueden estar relacionados con diferentes enfermedades**. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan sus sentimientos actuales. Si en la lista no existen sentimientos que se ajusten a su caso, por favor indique cualquier sentimiento que Ud. pueda tener al final de la lista.

Tengo los siguientes **sentimientos**:

	Muy a menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1. Miedo	1	2	3	4
2. Preocupación	1	2	3	4
3. Esperanza	1	2	3	4
4. Desesperación o desesperanza	1	2	3	4
5. Impaciencia	1	2	3	4
6. Duelo	1	2	3	4
7. Depresión	1	2	3	4
8. Ansiedad	1	2	3	4
9. Incertidumbre	1	2	3	4
9. Otros, por favor especifique	1	2	3	4

## C 2: Escala de conocimiento recibido del paciente hospitalizado

---



Consentimiento informado

PACIENTE

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

Nos gustaría empezar haciéndole algunas preguntas acerca de su actual hospitalización. Por favor, responda a estas preguntas marcando la opción escogida o escribiendo su respuesta en el espacio asignado.

1. **¿Cuánto tiempo** ha estado en esta ocasión en el hospital? Incluyendo el día de su admisión y el día que se le dio el alta.

Si Ud. ha estado en un hospital de día, por favor indique cuantos días

En total \_\_\_\_\_ días

2. **¿A dónde** fue Ud. al ser dado de alta del hospital?

A casa \_\_\_\_\_

Otro centro sanitario \_\_\_\_\_

3. **¿Ha transcurrido su hospitalización/ o su estancia en el hospital como Ud. Esperaba?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_, ¿por qué no? \_\_\_\_\_



## ESCALA SOBRE EL CONOCIMIENTO RECIBIDO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

A continuación hay unas preguntas referentes a **los conocimientos/Información que usted recibió durante su hospitalización**. Conteste cada pregunta circulando la alternativa que mejor responde a su punto de vista. Para estas preguntas **NO** existen respuestas correctas o incorrectas, pero estamos interesados en conocer su punto de vista **sobre esta hospitalización**.

**Recibí información sobre:**

Durante mi estancia en el hospital	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
1. Síntomas relacionados con mi enfermedad	1	2	3	4	0
2. Cuando debo contactar con el hospital en el caso de que mis síntomas empeoren	1	2	3	4	0
3. Las pruebas que me realizaron	1	2	3	4	0
4. Cómo debería haberme preparado para mis pruebas	1	2	3	4	0
5. Cómo puedo conocer los resultados de mis pruebas	1	2	3	4	0
6. Los diferentes tratamientos disponibles	1	2	3	4	0
7. Posibles complicaciones relacionadas con mi tratamiento	1	2	3	4	0
8. Cómo puedo prevenir yo misma complicaciones	1	2	3	4	0
9. Qué puedo hacer yo para asegurarme que mis necesidades están cubiertas en el hospital/clínica	1	2	3	4	0
10. Qué tipo de ejercicio físico puedo hacer	1	2	3	4	0
11. Cuánto necesito descansar	1	2	3	4	0
12. Qué tipo de dieta es la más adecuada para mí	1	2	3	4	0
13. Cuándo puedo asearme (p.e. ducharme, tomar un baño)	1	2	3	4	0
14. Cómo mi enfermedad o su tratamiento puede afectar mis funciones corporales (p.e. sudar, orinar, defecar)	1	2	3	4	0

<b>Durante mi estancia en el hospital</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
15. Cómo mi enfermedad o su tratamiento puede afectar la organización del hogar (ventilación, ayuda doméstica)	1	2	3	4	0
16. Dónde puedo conseguir las ayudas que necesito para mi cuidado (p.e. para moverme, curar mis heridas, comer)	1	2	3	4	0
17. Qué tipo de sentimientos puede causarme mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	0
18. Con quien puedo hablar de mis sentimientos sobre mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	0
19. Cómo puedo aprovechar mis experiencias hospitalarias previas en mi cuidado actual	1	2	3	4	0
20. Cómo puedo participar en la toma de decisiones acerca de mi cuidado	1	2	3	4	0
21. Cómo puedo dar a conocer mis propias opiniones y puntos de vista	1	2	3	4	0
22. Qué derechos tengo en el hospital	1	2	3	4	0
23. Qué responsabilidad tengo sobre mi propio cuidado para asegurarme que vaya bien	1	2	3	4	0
24. El representante de los pacientes	1	2	3	4	0
25. Cómo están definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales que participan en mi cuidado	1	2	3	4	0
26. Cómo se mantienen confidenciales los datos de mi historia clínica	1	2	3	4	0
27. Quién tiene acceso a mi historia clínica	1	2	3	4	0
28. Cómo puedo tener acceso a mi historia clínica	1	2	3	4	0
29. Quien informa a mi ser querido más cercano acerca de asuntos relacionados con mi enfermedad o su tratamiento	1	2	3	4	0

EEPO 2008, Permiso concedido para realizar este estudio 23.3.2007© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

Durante mi estancia en el hospital	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
30. Como mi ser querido más cercano puede participar en mi cuidado	1	2	3	4	0
31. Cómo puedo conseguir una persona de apoyo si la necesito al salir del hospital	1	2	3	4	0
32. Dónde consigo mi próximo cuidado o tratamiento si lo necesito	1	2	3	4	0
33. Cómo puedo conocer al sacerdote del hospital	1	2	3	4	0
34. Organizaciones de pacientes y sus actividades	1	2	3	4	0
35. Cuidado hospitalario y su coste	1	2	3	4	0
36. Ayudas que puedo obtener a raíz de la enfermedad	1	2	3	4	0
37. Seguros	1	2	3	4	0
38. Rehabilitación y cursos de adaptación y su coste	1	2	3	4	0
39. Coste de futuros cuidados o tratamientos domiciliarios	1	2	3	4	0
40. Coste de la medicación	1	2	3	4	0

41. A continuación hay un listado de **síntomas que pueden estar relacionados con diferentes enfermedades**. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan sus síntomas actuales. Si en la lista no existen síntomas que se ajusten a su caso, por favor indique cualquier síntoma que Ud. pueda tener al final de la lista.

Tengo los siguientes **síntomas**

	Muy a menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Dolor	1	2	3	4
2. Cansancio o fatiga	1	2	3	4
3. Sensación de debilidad	1	2	3	4
4. Nauseas o vómitos	1	2	3	4
5. Pérdida de apetito	1	2	3	4
6. Insomnio	1	2	3	4
7. Dificultad en respirar	1	2	3	4
8. Sensación de picor	1	2	3	4
9. Otros. por favor especificar	1	2	3	4

42. A continuación hay un listado de **sentimientos que pueden estar relacionados con diferentes enfermedades**. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan sus sentimientos actuales. Si en la lista no existen sentimientos que se ajusten a su caso, por favor indique cualquier sentimiento que Ud. pueda tener al final de la lista.

Tengo los siguientes **sentimientos**

	<b>Muy a menudo</b>	<b>A veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
1. Miedo	1	2	3	4
2. Preocupación	1	2	3	4
3. Esperanza	1	2	3	4
4. Desesperación o desesperanza	1	2	3	4
5. Impaciencia	1	2	3	4
6. Duelo	1	2	3	4
7. Depresión	1	2	3	4
8. Ansiedad	1	2	3	4
9. Incertidumbre	1	2	3	4
9. Otros, por favor especifique _____				

### C 3: Escala de Acceso al conocimiento

---



Al alta del Paciente

#### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### ESCALA DE ACCESO AL CONOCIMIENTO

Con las siguientes afirmaciones nos gustaría conocer su opinión acerca de su estancia en el hospital. Por favor, marque la opción que mejor se corresponda a su punto de vista.

<b>Durante mi estancia en el hospital</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
1. Recibí adecuada información acerca de los asuntos relacionados con mi cuidado	1	2	3	4
2. Recibí adecuado asesoramiento y supervisión sobre mi autocuidado	1	2	3	4
3. Las enfermeras pudieron responder mis preguntas	1	2	3	4
4. Las enfermeras pudieron justificar adecuadamente sus intervenciones	1	2	3	4
5. Los médicos pudieron responder mis preguntas	1	2	3	4
6. Los médicos pudieron justificar adecuadamente sus acciones	1	2	3	4
7. Me mantuvieron informado/a constantemente sobre los temas relacionados con mi cuidado	1	2	3	4
8. Mantuvieron a mi familia informada constantemente sobre los temas relativos a mi cuidado	1	2	3	4

## C 4: Escala de recuperación a corto plazo

---



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### ESCALA DE RECUPERACIÓN A CORTO PLAZO

¿Cómo van las cosas?

excelente      muy bien      bien      regular      mal

¿Qué dificultades/preocupaciones ha tenido usted hoy?

---

En una escala de 0 (no preparado) a 4 (completamente preparado), ¿cómo de preparado estaba usted después de la cirugía para sus necesidades físicas? Por favor, responda a las preguntas rodeando con un círculo la opción que mejor corresponda a su opinión

(no preparado)      0      1      2      3      4      (completamente preparado)

¿Qué le recomendaron realizar? \_\_\_\_\_

¿Cuándo tiene pensado volver al trabajo? \_\_\_\_\_ (Días)      no empleado      trabaja en casa

¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor sus ingresos?

no llego a fin de mes      justamente llego a fin de mes  
normalmente llego a fin de mes      siempre llego bien a fin de mes

Por lo general, podría decir que su estado se salud es:

excelente      muy bueno      bueno      regular      pobre

Nos gustaría confirmar:

¿Cuál fue la fecha de su operación? \_\_\_\_\_ ¿Ingreso en el hospital?  
(hora)

¿Qué intervención? \_\_\_\_\_

¿Cuándo llegaste a casa? \_\_\_\_\_  
(fecha)      (hora)      Fecha de hoy

## PARTE 2: Cuéntenos cómo se encuentra hoy

Estas cuestiones preguntan como se encuentra en este preciso momento. Redondee con un círculo el número que mejor expresa su estado de ánimo ahora. Por ejemplo, si usted se siente somnoliento en este momento, debería hacer un círculo en el número más cercano a las palabras “ muy somnoliento”. Así lo señalaríamos:

Muy despierto                    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Muy somnoliento

### Hoy me encuentro:

Mejor de lo que pensaba    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Peor de lo que pensaba

Despierto                        1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Adormecido

Nada de dolor                   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Mucho dolor

Muy cansado                    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Mucha energía

Necesita más tiempo de recuperación    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Totalmente recuperado de la operación

Incapacidad para realizar actividades    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Totalmente capaz de realizar actividades

Necesidad de descansar durante el día    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    No necesidad de descansar durante el día

Dificultad para movilizarse                1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    Capaz de movilizarse con normalidad

La recuperación será muy lenta            1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                    La recuperación llevará 1 o 2 días más

Necesidad de estar en casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Preparado para salir de casa y realizar alguna actividad	
Mis deposiciones no son normales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No problemas relacionados con mis deposiciones (diarreas, gases o estreñimiento)	
Preparado para volver al trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Imposibilitado para volver al trabajo	
Capacidad para realizar ejercicios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de hacer excesos ejercicios	
Independiente para mi cuidado personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Necesito ayuda para mi cuidado personal	
Casi devuelto a mi estado normal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy diferente de su estado normal	
¿Hay algún modo de poder ayudarlo?											NO	SI
Explícanoslo	_____											



## C 5: Encuesta al paciente



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### C: Cuestionarios

#### “Fomentar la información-educación en pacientes traumatológicos- Evaluación y comparación internacional.”

#### ENCUESTA AL PACIENTE (QoR – 40)

Nombre: \_\_\_\_\_ estudio #: \_\_\_\_\_ Hospital UR #: \_\_\_\_\_

#### PARTE A

#### ¿Cómo se ha sentido en las últimas 24 horas?

(1 a 5, donde: 1 = Nada del tiempo [pobre] y 5 = Todo el tiempo [excelente])

**Por ejemplo:** Si ha sido capaz de respirar fácilmente todo el tiempo, debería indicarlo haciendo un círculo a la respuesta 5 = *todo el tiempo*, como se muestra debajo:

	Nada de tiempo	Parte del tiempo	Ocasionalmente	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
Capaz de respirar fácilmente	1	2	3	4	5

	Nada de tiempo	Parte del tiempo	Ocasionalmente	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
<b>Comfort</b>					
Capaz de respirar fácilmente	1	2	3	4	5
Descanso nocturno correcto	1	2	3	4	5
Capaz de disfrutar la comida	1	2	3	4	5
Se siente descansado	1	2	3	4	5

#### Emociones

Teniendo sentimiento de bienestar general	1	2	3	4	5
Sintiéndolo el control	1	2	3	4	5

Sintiéndose confortable	1	2	3	4	5
	<b>Nada de tiempo</b>	<b>Parte del tiempo</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>La mayoría del tiempo</b>	<b>Todo el tiempo</b>

### Independencia física

Con capacidad para hablar normal	1	2	3	4	5
Capaz de asearse, lavarse los dientes o afeitarse	1	2	3	4	5

### ¿Cómo se ha sentido en las últimas 24 horas?

Capaz de cuidar su propia apariencia	1	2	3	4	5
Capaz de escribir	1	2	3	4	5
Capaz de volver al trabajo o las actividades habituales del hogar	1	2	3	4	5

### Apoyo al paciente

Capaz de comunicarse con el personal del hospital (durante su estancia)	1	2	3	4	5
Capaz de comunicarse con su familia o amigos	1	2	3	4	5
Recibiendo apoyo de los médicos del hospital (durante su estancia)	1	2	3	4	5
Recibiendo apoyo de las enfermeras del hospital (durante su estancia)	1	2	3	4	5
Teniendo apoyo de su familia o amigos	1	2	3	4	5
Capaz de entender las instrucciones y consejos	1	2	3	4	5

## PARTE B

### ¿Ha tenido algo de lo siguiente en las últimas 24 horas?

(5 a 1, donde: 5 = Nada del tiempo [excelente] y 1 = Todo el tiempo [pobre])

	Nada de tiempo	Parte del tiempo	Ocasionalmente	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
<b>Confort</b>					
Náuseas	1	2	3	4	5

Vómitos	1	2	3	4	5
Sudoración fría	1	2	3	4	5
Sintiéndose cansado	1	2	3	4	5
Temblores/fasciculaciones	1	2	3	4	5
Escalofríos	1	2	3	4	5
Sintiéndose demasiado frío	1	2	3	4	5
Sintiéndose mareado	1	2	3	4	5

### **Emociones**

Con pesadillas	1	2	3	4	5
Sintiéndose nervioso	1	2	3	4	5
Sintiéndose enfadado	1	2	3	4	5
Sintiéndose deprimido	1	2	3	4	5
Sintiéndose sólo	1	2	3	4	5
Con dificultades para conciliar el sueño	1	2	3	4	5

### **Apoyo del paciente**

Sintiéndose confuso	1	2	3	4	5
---------------------	---	---	---	---	---

### **Dolor**

Dolor moderado	1	2	3	4	5
Dolor grave	1	2	3	4	5
Cefalea	1	2	3	4	5
Dolores musculares	1	2	3	4	5
Dolor de espalda	1	2	3	4	5
Sequedad de garganta	1	2	3	4	5
Sequedad de boca	1	2	3	4	5

**Gracias por su ayuda.**

**Por favor, compruebe que todas las preguntas han sido contestadas.**

Si tiene cualquier cuestión, por favor contacte: \_\_\_\_\_ a través de la pizarra del hospital.

## C 6: Cuestionario de salud de calidad de vida

---



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

#### Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

#### Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

**Actividades Cotidianas** (*ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

#### Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

#### Ansiedad/Depresión

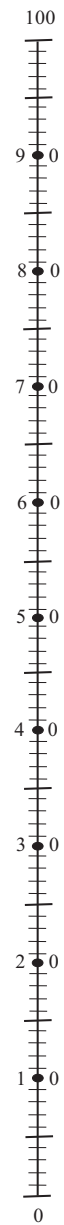
- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “Su estado de salud hoy” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

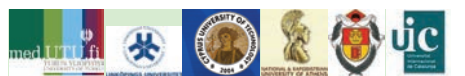
**Su estado  
de salud  
hoy**

El mejor estado  
de salud  
imaginable



El peor estado  
de salud  
imaginable

## C 7: Escala de satisfacción del paciente



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Nos gustaría conocer su opinión acerca del cuidado que Ud. ha recibido durante su actual estancia en el hospital. Por favor, para cada pregunta indique la respuesta que mejor se ajusta a su punto de vista.

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a	
1. Estoy	1	2	3	4	Con la calidad del cuidado en este hospital
2. Estoy	1	2	3	4	Con la cantidad de cuidados recibidos
3. Estoy	1	2	3	4	En general, con la profesionalidad de las enfermeras
4. Estoy	1	2	3	4	Con la información dada por el personal durante mi cuidado en el hospital
5. Estoy	1	2	3	4	Por el modo en el que el personal de enfermería se ha dirigido a mi cuando me encontraba mal
6. Estoy	1	2	3	4	Con la cantidad de tiempo que el personal de enfermería me dedicó
7. Estoy	1	2	3	4	Con el modo en el que el personal de enfermería me explicó las cosas
8. Estoy	1	2	3	4	Con las opciones de cuidado que me ofrecieron
9. Estoy	1	2	3	4	Con el modo en el que el personal de enfermería me preparó para mi hospitalización
10. Estoy	1	2	3	4	Con el modo en el que el personal de enfermería me preparó para mi alta
11. Estoy	1	2	3	4	Con el modo en el que el personal de enfermería preparó a mi familia cuando me iba del hospital

## C 8: Escala del cuidado del dolor



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### ESCALA DEL CUIDADO DEL DOLOR

	Sin dolor	Suave	Moderado	Intenso	Muy intenso	Dolor intolerable
1. ¿Qué intensidad tuvo el peor dolor que Ud. tuvo en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cómo de intenso es su dolor en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuál fue la razón del dolor que tuvo en el hospital?						
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso	
4. En el hospital mi dolor fue tratado preventivamente por lo que no sentí ningún dolor en absoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. En el hospital recibí suficiente información sobre el dolor y su tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Me enseñaron a evaluar el dolor mediante una escala de dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Sé qué tipo de medicación para el dolor recibí en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Me enseñaron a utilizar algunos de los siguientes métodos de alivio del dolor: calor, frío, higiene postural, relajación, masaje, visualización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---

9. Me preguntaron con suficiente frecuencia si el tratamiento para el dolor recibido había sido adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El personal del hospital es el que mejor sabe cuándo el paciente tiene dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yo soy la persona que mejor conoce cuando tengo dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



## C 9: Contactos y gastos

---



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### CONTACTOS Y GASTOS

En esta sección nos gustaría preguntarle si usted ha estado en contacto con alguno de los siguientes departamentos, por posibles dudas debido a su intervención.

¿Se ha puesto en contacto con alguno de los siguientes, después de su operación? (escoja toda la alternativa aplicable):

- Planta de cirugía \_\_\_\_\_
- Sala de urgencias o consultas externas \_\_\_\_\_
- Centro atención primaria \_\_\_\_\_
- Clínica privada \_\_\_\_\_
- Un conocido personal médico \_\_\_\_\_
- Conocido/a enfermero/enfermera personal \_\_\_\_\_
- Otros, ¿quién? \_\_\_\_\_

#### LA VALORACIÓN DEL PACIENTE DE LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN

Calcule cuánto dinero ha expendido debido a su operación. Tenga en cuenta todos los gastos posibles haciendo su valoración.

Razón de los gastos	Cantidad exacta
Gastos del hospital	
Material para el cuidado en casa (ejemplo: vendajes)	_____
Dispositivos médicos para casa (ejemplo: muletas)	_____
Gastos médicos debido a la operación	_____
Gastos de viaje	_____
Gastos en el cuidado de niños	_____
Otros posibles gastos	_____
¿Cuáles?	_____
Total	_____

¿Cuánto tiempo estuvo de baja?                      días                      meses

## C 10: Encuesta de Opinión sobre la Salud de Krantz



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA SALUD DE KRANTZ

	SI	NO
1. Normalmente no hago muchas preguntas al médico o a la enfermera/o a cerca de lo que están haciendo en una prueba médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Excepto en caso de enfermedad grave, generalmente es mejor cuidarse uno mismo de su salud que buscar ayuda profesional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Preferiría que los médicos y las/os enfermeras/os decidieran que es lo mejor para mí a que me den muchas alternativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En lugar de esperar a que me lo digan, normalmente justo después de una prueba médica, pregunto al médico o a la enfermera/o sobre mi salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En el cuidado de tu propio cuerpo, es mejor fiarse de lo que dicen los médicos (que son los expertos) que fiarse del “sentido común”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Los hospitales y las clínicas son buenos lugares para buscar ayuda, ya que es mejor que los profesionales tomen la responsabilidad del cuidado de tu salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Es una buena idea aprender como curar algunas de tus propias enfermedades sin contactar con el médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Normalmente hago muchas preguntas al médico o a la enfermera/o sobre los procedimientos durante una prueba médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Casi siempre es mejor buscar ayuda profesional que intentar tratarse uno mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Es mejor confiar en el médico o la enfermera/o responsable del procedimiento médico que cuestionarse lo que están haciendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Aprender como curarte algunas de tus enfermedades sin contactar con el médico puede producirte más daño que beneficio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Normalmente, la recuperación es más rápida bajo el cuidado de un médico o enfermera/o que cuando los pacientes se cuidan a sí mismos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Si cuesta lo mismo, preferiría que un médico o enfermera/o me diese los tratamientos que me los tuviera que dar yo misma/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Cuando se trata de cuidar de tu propio cuerpo, es mejor depender menos de los médicos y más de tu sentido común.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mejor que preguntarles enseguida a ellos, normalmente espero a que el médico o la enfermera me de los resultados de la prueba médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Preferiría que me diesen muchas alternativas acerca de lo que es mejor para mi salud a que el médico tomara las decisiones por mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## C 11: Escala de expectativas de conocimiento del cuidador principal durante la hospitalización

---



Al alta del Paciente

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

Nos gustaría empezar haciéndole algunas preguntas acerca de la hospitalización de la persona importante en su entorno. Por favor responda a estas preguntas marcando la opción escogida o escribiendo su respuesta en el espacio asignado.

1. ¿Qué relación le une con el paciente?

- \_\_\_\_\_ Esposo/a  
\_\_\_\_\_ Hijo  
\_\_\_\_\_ Otros, ¿cuál?
- 

2. Su edad

\_\_\_\_\_ años

3. Sexo

- \_\_\_\_\_ mujer  
\_\_\_\_\_ Hombre

4. Educación básica

Escuela primaria(o menos) \_\_\_\_\_  
Escuela secundaria inferior \_\_\_\_\_  
Bachillerato \_\_\_\_\_

5. Educación profesional

No educación profesional \_\_\_\_\_  
Diplomatura \_\_\_\_\_  
Licenciatura \_\_\_\_\_  
Doctorado \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su estado actual de empleo?

Empleado \_\_\_\_\_  
Jubilado \_\_\_\_\_  
Ama de casa \_\_\_\_\_  
Estudiante \_\_\_\_\_  
Desempleado/en paro \_\_\_\_\_  
Otros, especifique por favor \_\_\_\_\_

7. ¿Ha sido alguna vez empleado en la asistencia sanitaria o servicios sociales?

Si \_\_\_\_\_, especifique,  
Puesto de trabajo \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene usted alguna **enfermedad crónica**?

Si \_\_\_\_\_, especifique \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

9. La persona importante en su entorno se está **visitando en el hospital** por una

Artroplastia de cadera \_\_\_\_\_  
Artroplastia de rodilla \_\_\_\_\_

10. ¿La persona importante en su entorno ha estado **anteriormente en tratamiento**, examinado o visitado en una clínica?

Si \_\_\_\_\_, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

### ESCALA DE EXPECTATIVAS DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

A continuación hay unas preguntas referentes a los conocimientos que usted espera recibir sobre el cuidado y el tratamiento de la persona importante en su entorno. Conteste cada pregunta circulando la alternativa que mejor responde a su punto de vista. Para estas preguntas **NO** existen respuestas correctas o incorrectas, pero estamos interesados en conocer su punto de vista en su caso particular.

Espero recibir información sobre:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
1. Síntomas relacionados con la enfermedad de la persona importante de mi entorno	1	2	3	4	0
2. Cuando la persona importante en mi entorno debe contactar con el hospital en el caso de que los síntomas empeoren	1	2	3	4	0
3. Las pruebas que serán realizadas a la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
4. Cómo debería prepararse para las pruebas de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
5. Cómo la persona importante en mi entorno puede conocer los resultados de las pruebas	1	2	3	4	0
6. Los diferentes tratamientos disponibles para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
7. Posibles complicaciones relacionadas con el tratamiento para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
8. Cómo la persona importante en mi entorno puede prevenir complicaciones	1	2	3	4	0
9. Cómo la persona importante en mi entorno puede hacer para asegurarse que las necesidades están cubiertas en el hospital/clínica	1	2	3	4	0
10. Qué tipo de ejercicio físico puede hacer la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
11. Cuánto necesita descansar la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
12. Qué tipo de dieta es la más adecuada para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
13. Cuándo la persona importante en mi entorno puede asearse (p.e. ducharme, tomar un baño)	1	2	3	4	0
14. Cómo la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno puede afectar a sus funciones corporales (p.e. sudar, orinar, defecar)	1	2	3	4	0
15. Cómo la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno puede afectar la organización del hogar (ventilación, ayuda doméstica)	1	2	3	4	0
16. Dónde puede conseguir las ayudas que necesita para el cuidado de la persona importante en mi entorno (p.e. para moverse, curar las heridas, comer)	1	2	3	4	0

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
17. Qué tipo de sentimientos puede causarle la enfermedad y el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
18. Con quien puedo hablar de los sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
19. Cómo la persona importante en mi entorno puede aprovechar las experiencias hospitalarias previas en el cuidado actual	1	2	3	4	0
20. Cómo la persona importante en mi entorno puede participar en la toma de decisiones acerca de su cuidado	1	2	3	4	0
21. Cómo la persona importante en mi entorno puedo dar a conocer sus propias opiniones y puntos de vista	1	2	3	4	0
22. Qué derechos tiene en el hospital la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
23. Qué responsabilidad tiene la persona importante en mi entorno sobre el propio cuidado para asegurarse que vaya bien	1	2	3	4	0
24. El representante de los pacientes y su trabajo	1	2	3	4	0
25. Cómo están definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales en el cuidado de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
26. Cómo se mantienen confidenciales los datos de la historia clínica de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
27. Quién tiene acceso a la historia clínica de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
28. Cómo la persona importante en mi entorno puede tener acceso a su historia clínica	1	2	3	4	0
29. Quien me puede informar acerca de los asuntos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
30. Como puedo participar en el cuidado de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
31. Cómo la persona importante en mi entorno puede conseguir una persona de apoyo si la necesita al salir del hospital	1	2	3	4	0
32. Dónde la persona importante en mi entorno consigue más cuidado o tratamiento si fuera necesario	1	2	3	4	0
33. Cómo la persona importante en mi entorno puede contactar con el sacerdote del hospital	1	2	3	4	0
34. Organizaciones de pacientes y sus actividades	1	2	3	4	0
35. Cuidado hospitalario y el coste de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
36. Ayudas que la persona importante en mi entorno puede obtener a raíz de la enfermedad	1	2	3	4	0
37. Preguntas de la persona importante en mi entorno sobre los seguros	1	2	3	4	0
38. Rehabilitación y cursos de adaptación y su coste	1	2	3	4	0
39. Coste de futuros cuidados o tratamientos domiciliarios de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
40. Coste de la medicación de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0

41. A continuación hay un listado de síntomas que pueden estar relacionados con su situación. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan sus síntomas actuales. Si en la lista no existen síntomas que se ajusten a su caso añádale al final de la lista.

Usted tiene los siguientes **síntomas**:

	<b>Muy a menudo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
1. Dolor	1	2	3	4
2. Cansancio o fatiga	1	2	3	4
3. Sensación de debilidad	1	2	3	4
4. Nauseas o vómitos	1	2	3	4
5. Pérdida de apetito	1	2	3	4
6. Insomnio	1	2	3	4
7. Dificultad en respirar	1	2	3	4
8. Sensación de picor	1	2	3	4
9. Otros, por favor especificar	—	—	—	—



## C 12: Escala de conocimiento recibido del cuidador principal durante la hospitalización

---



Al alta del Paciente

### **EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.**

Nos gustaría empezar haciéndole algunas preguntas acerca de la visita previa al hospital de la persona importante en su entorno. Por favor responda a estas preguntas marcando la opción escogida o escribiendo su respuesta en el espacio asignado.

¿Cuánto tiempo estuvo la persona importante en su entorno ingresado en el hospital la última vez? Por favor, incluya el día de admisión y el día de alta.

En total \_\_\_\_\_ días

¿Dónde fue dado de alta del hospital la persona importante en su entorno?

A casa \_\_\_\_\_

Otro centro sanitario \_\_\_\_\_

¿La estancia de la persona importante en su entorno transcurrió como ha esperado?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿por qué no? \_\_\_\_\_

## ESCALA DE CONOCIMIENTO RECIBIDO POR EL CUDADOR DEL PACIENTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

A continuación hay unas preguntas referentes a los conocimientos que usted recibió sobre el cuidado y el tratamiento de la persona importante en su entorno. Conteste cada pregunta circulando la alternativa que mejor responde a su punto de vista. Para estas preguntas **NO** existen respuestas correctas o incorrectas, pero estamos interesados en conocer su punto de vista en su caso particular acerca de la estancia en el hospital de la persona importante en su entorno

### Recibí información sobre:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
	1	2	3	4	0
1. Síntomas relacionados con la enfermedad de la persona importante de mi entorno	1	2	3	4	0
2. Cuando la persona importante en mi entorno debe contactar con el hospital en el caso de que los síntomas empeoren	1	2	3	4	0
3. Las pruebas que fueron realizadas a la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
4. Cómo debería haber sido preparado para las pruebas de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
5. Cómo la persona importante en mi entorno puede conocer los resultados de las pruebas	1	2	3	4	0
6. Los diferentes tratamientos disponibles para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
7. Posibles complicaciones relacionadas con el tratamiento para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
8. Cómo la persona importante en mi entorno puede prevenir complicaciones	1	2	3	4	0
9. Cómo la persona importante en mi entorno puede hacer para asegurarse que las necesidades están cubiertas en el hospital/clínica	1	2	3	4	0

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo hasta cierto punto</b>	<b>En desacuerdo hasta cierto punto</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>No aplicable en mi caso</b>
10. Qué tipo de ejercicio físico puede hacer la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
11. Cuánto necesita descansar la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
12. Qué tipo de dieta es la más adecuada para la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
13. Cuándo la persona importante en mi entorno puede asearse (p.e. ducharme, tomar un baño)	1	2	3	4	0
14. Cómo la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno puede afectar a sus funciones corporales (p.e. sudar, orinar, defecar)	1	2	3	4	0
15. Cómo la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno puede afectar la organización del hogar(ventilación, ayuda doméstica)	1	2	3	4	0
16. Dónde puede conseguir las ayudas que necesita para el cuidado de la persona importante en mi entorno (p.e. para moverse, curar las heridas, comer)	1	2	3	4	0
17. Qué tipo de sentimientos puede causarle la enfermedad y el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
18. Con quien puedo hablar de los sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
19. Cómo la persona importante en mi entorno puede aprovechar las experiencias hospitalarias previas en el cuidado actual	1	2	3	4	0

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo hasta cierto punto	En desacuerdo hasta cierto punto	Totalmente en desacuerdo	No aplicable en mi caso
20. Cómo puedo participar en la decisión sobre el cuidado y el tratamiento	1	2	3	4	0
21. Cómo la persona importante en mi entorno puedo dar a conocer sus propias opiniones y puntos de vista	1	2	3	4	0
22. Qué derechos tiene en el hospital la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
23. Qué responsabilidad tiene la persona importante en mi entorno sobre el propio cuidado para asegurarse que vaya bien	1	2	3	4	0
24. El representante de los pacientes y su trabajo	1	2	3	4	0
25. Cómo fueron definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales en el cuidado de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
26. Cómo se mantienen confidenciales los datos de la historia clínica de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
27. Quién tuvo acceso a la historia clínica de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
28. Cómo la persona importante en mi entorno puede tener acceso a su historia clínica	1	2	3	4	0
29. Quien me puede informar acerca de los asuntos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
30. Como puedo participar en el cuidado de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
31. Cómo la persona importante en mi entorno puede conseguir una persona de apoyo si la necesita al salir del hospital	1	2	3	4	0

32. Dónde la persona importante en mi entorno consigue más cuidado o tratamiento si fuera necesario	1	2	3	4	0
33. Cómo la persona importante en mi entorno puede contactar con el sacerdote del hospital	1	2	3	4	0
34. Organizaciones de pacientes y sus actividades	1	2	3	4	0
35. Cuidado hospitalario y el coste de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
6. Ayudas que la persona importante en mi entorno puede obtener a raíz de la enfermedad	1	2	3	4	0
37. Preguntas de la persona importante en mi entorno sobre los seguros	1	2	3	4	0
38. Rehabilitación y cursos de adaptación y su coste	1	2	3	4	0
39. Coste de futuros cuidados o tratamientos domiciliarios de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0
40. Coste de la medicación de la persona importante en mi entorno	1	2	3	4	0

41. A continuación hay un listado de síntomas que pueden estar relacionados con diferentes enfermedades de la persona importante en su entorno. Indique la alternativa o alternativas que mejor describan los síntomas actuales de la persona importante en su entorno. Si en la lista no existen síntomas que se ajusten al caso de la persona importante en su entorno, por favor indique cualquier síntoma que pueda tener al final de la lista.

La persona importante en mi entorno tiene los siguientes **síntomas**:

	Muy a menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Dolor	1	2	3	4
2. Cansancio o fatiga	1	2	3	4
3. Sensación de debilidad	1	2	3	4
4. Náuseas o vómitos	1	2	3	4
5. Pérdida de apetito	1	2	3	4
6. Insomnio	1	2	3	4
7. Dificultad en respirar	1	2	3	4
8. Sensación de picor	1	2	3	4
9. Otros. por favor especificar				

## C 13: Evaluación de la educación desde el punto de vista enfermero

---



Enfermero

### EEPO/ Fomentar la educación sanitaria en pacientes traumatológicos Evaluación y comparación internacional.

#### EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA ENFERMERO

Por favor, responda a las preguntas rodeando con un círculo la opción que mejor corresponda a su opinión o escribiendo su respuesta en el espacio que se le proporciona para ello.

1. Sus calificaciones vocacionales (Las mejores) \_\_\_\_\_
2. Su edad: \_\_\_\_\_ años
3. Cuánto tiempo ha trabajado en el cuidado de la salud desde la obtención de su título?
4. ¿Cuanto tiempo lleva usted trabajando en su unidad?  
\_\_\_\_\_ años
5. ¿Cómo calificaría usted su puesto de trabajo?
  1. Puesto permanente
  2. Empleo temporal, ¿cuánto tiempo lleva trabajando en calidad de trabajador temporal en este hospital? \_\_\_\_\_
6. ¿En que servicios o unidades suele usted trabajar?
  1. Sala de Medicina Interna
  2. Consultas externas
  3. Quirófano (área quirúrgica)
  4. Rayos o Laboratorio
  5. Unidad de rehabilitación
  6. Otras \_\_\_\_\_ unidades, \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ favor especificar \_\_\_\_\_
7. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo permanecen los pacientes con necesidad de cuidados en su unidad?:
  - 1- Menos de 1 día
  - 2- Entre 1-3 días
  - 3- Entre 4-5 días
  - 4- Entre 1-2 semanas
  - 5- Más de dos semanas

8. ¿Como calificaría el grado de demanda física que tiene su unidad?
- Demanda extrema
  - Demanda moderada
  - No muy demandante
  - Nada demandante
9. ¿Cómo calificaría usted la demanda psicológica que requiere el trabajo de su unidad?
- Demanda extrema
  - Demanda moderada
  - No muy demandante
  - Nada demandante
10. ¿ Hasta que punto la presión del tiempo le afecta en su trabajo?
- En gran medida
  - En cierta medida
  - No mucho
  - En absoluto
11. ¿Hasta que punto su trabajo implica/secompromete con la educación del paciente?
- Se educa a la totalidad de los pacientes
  - Educo a la mayoría de pacientes
  - Educo a algunos pacientes
  - No educo a ningún paciente
12. ¿Que grado de importancia daría a la educación como cuidado de enfermería?
- Muy importante
  - Bastante importante
  - No muy importante
  - Nada importante
13. ¿ Como calificaría su destreza para la educación de su paciente con respecto a

	<b>Bien</b>	<b>bastante bien</b>	<b>bastante pobre</b>	<b>pobre</b>
1- Bueno Determinar las necesidades de conocimiento del paciente	1	2	3	4
2- Definir los objetivos de la educación del paciente	1	2	3	4
3- Dominio del contenido de la educación del paciente	1	2	3	4
4- Dominar las diferentes formas para educar	1	2	3	4
5- Valorar conocimiento del paciente	1	2	3	4

14. ¿Cuales consideraría que son sus puntos fuertes en la educación del paciente?

---



---



---



---

15. ¿En qué áreas cree usted que aún le quedan muchas cosas por mejorar en cuanto a la educación de los pacientes?

---



---



---



---

16. Hasta que punto cree usted que su capacidad o destreza para educar a un paciente reside en...

	<b>Ampliamente</b>	<b>bastante</b>	<b>No mucho</b>	<b>nada</b>
1. Educación básica	1	2	3	4
2. Educación avanzada o complementaria	1	2	3	4
3. Autoaprendizaje	1	2	3	4
4. experiencia laboral	1	2	3	4

17. Hasta que punto la educación que proporciona a los pacientes está basada en...

	<b>Ampliamente</b>	<b>bastante</b>	<b>no mucho</b>	<b>nada</b>
1. Búsqueda en revistas domésticas De enfermería	1	2	3	4
2. Revistas extranjeras de enfermería	1	2	3	4
3. Búsqueda en bases de datos Científicas	1	2	3	4
4. Artículos de enfermería en revistas comerciales	1	2	3	4
5. De la educación realizada en su propia unidad	1	2	3	4
6. Su propia experiencia en la educación de pacientes	1	2	3	4



18.-¿ Que cosas cree usted que apoyan o dan soporte asus esfuerzos para la educación del paciente?

---

---

---

---

19 ¿ Que cosas obstaculizan o impiden sus esfuerzos en la educación del paciente?

---

---

---

---

20.- ¿Que posibilidades tiene para el desarrollo de la educación del paciente en su unidad?

- 1- muchas posibilidades
- 2- bastantes posibilidades
- 3- bastante escasas
- 4- escasas

21.- Brevemente, ¿que se ha hecho en su unidad para fomentar el desarrollo de la educación al paciente?

---

---

---

---

22.- ¿Ha sido usted alguna vez seleccionado/a o nombrado para encargarse de un área en particular de la educación en su unidad?

- 5- sí, en el área de \_\_\_\_\_
- 6- no

23.- De que manera valora las necesidades de conocimiento de los pacientes. Por favor, rodee con un circulo la respuesta que considere apropiada para **cada** opción.

En la totalidad En mayoría En algunos En ningún  
de pacientes de pacientes pacientes paciente

1. Valoro las necesidades del paciente      1                      2                      3                      4

En la totalidad de pacientes    En mayoría de pacientes    En algunos pacientes    En ningún paciente

**Cómo:**

2. Entrevistando al paciente				
Con un plan establecido	1	2	3	4
3. Entrevista libre/abierta				
Con el paciente	1	2	3	4
4.Utilización de cuestionario				
O test escrito	1	2	3	4
5.De otra manera, por favor especificar				
_____	1	2	3	4

24.- ¿Como expone el soporte educativo que utiliza para la educación del paciente? Por favor, señale con un círculo la respuesta apropiada para **cada** item.

	Para todos los pacientes	Para muchos pacientes	Para algunos pacientes	Para ningún paciente
1. Utilizo un soporte educativo	1	2	3	4

**Cómo:**

2. Presento claramente el folleto Educativo al paciente	1	2	3	4
3. Permito al paciente que de su Opinion acerca del contenido del Folleto	1	2	3	4
4. Trabajamos el contenido del Soporte en equipo con el paciente	1	2	3	4
5.De otra manera, por favor especificar	1	2	3	4
_____				

25.- ¿Qué folletos expone a los pacientes para su educación?. Por favor, señale con un círculo la respuesta apropiada para **cada** item:

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. Expongo el folleto para el aprendizaje de conocimientos	1	2	3	4
2. Para el aprendizaje de destrezas técnicas	1	2	3	4
3. Expongo soportes sensibilizantes (Ej: objetivos relacionados con la seguridad)	1	2	3	4
4. Expongo otro tipo de soporte, por favor especificar _____	1	2	3	4

26.- ¿Podría dar algunos ejemplos de los tipos de folletos que usted expone?

---



---



---



---

27.- ¿Cómo educa a sus pacientes? La siguiente lista muestra algunos de los items que abarcan la educación del paciente. Para **cada** item señale con un círculo la opción que mejor describe el contenido de la educación que usted imparte.

**Dar educación sobre:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. Síntomas relacionados con la enfermedad del paciente	1	2	3	4
2. Puesta en contacto con el hospital en caso que sus síntomas empeoren	1	2	3	4
3. Pruebas diagnósticas que se le van a realizar	1	2	3	4
4. Preparación para las pruebas diagnóstica	1	2	3	4
5. Cómo el paciente puede obtener los resultados	1	2	3	4
6. Diferentes tratamientos posibles	1	2	3	4
7. Posibles complicaciones relacionadas con el tratamiento	1	2	3	4
8. Como el paciente puede prevenir dichas complicaciones	1	2	3	4
9. Que puede hacer el paciente para asegurarse que sus necesidades personales están cubiertas en el hospital/centro	1	2	3	4
10. Tipo de ejercicio físico que puede realizar	1	2	3	4
11. Cuanto reposo debe mantener	1	2	3	4

**Proporcionar educación en:**

12. Dieta aconsejable	1	2	3	4
13. Cuándo puede bañarse (ducha/baño/sauna)	1	2	3	4
14. Cómo afectan la enfermedad o el tratamiento a las funciones del organismo (sudoración, micción, deposiciones)	1	2	3	4
15. Cómo afectan la enfermedad o el tratamiento a la adaptación del domicilio (eliminación de alérgenos, servicio doméstico)	1	2	3	4
16. Dónde puede obtener el paciente las ayudas para su cuidado (movilidad, cura de las heridas, alimentación)	1	2	3	4
17. Que tipo de sentimientos pueden causar la enfermedad y sus tratamientos	1	2	3	4
18. Con quién puede hablar acerca de sus sentimientos hacia la enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4
19. Como puede verse influido por experiencias previas de ingreso hospitalario	1	2	3	4
20. Cómo el paciente puede tomar parte en las decisiones para su cuidado	1	2	3	4
21. Cómo el paciente puede dar su punto de vista y opiniones durante el cuidado	1	2	3	4
22. Derechos del paciente en el hospital	1	2	3	4
23. Que responsabilidades tiene el paciente para el éxito de su cuidado	1	2	3	4
24. Defensores del paciente	1	2	3	4
25. Cómo están definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales en su cuidado	1	2	3	4
26. Cómo se mantiene el secreto profesional	1	2	3	4

**Proporcionar educación en:**

27. Quién tiene acceso a la información confidencial	1	2	3	4
28. Cómo puede acceder a sus documentos	1	2	3	4
29. Quién informará sobre las últimas voluntades respecto la enfermedad o tratamiento	1	2	3	4
30. Cómo las últimas voluntades del paciente pueden influir en su cuidado	1	2	3	4
31. Cómo el paciente puede disponer de una persona de soporte tras el alta	1	2	3	4
32. Dónde puede recibir el mayores cuidados si fuera necesario	1	2	3	4
33. Cómo puede contactar con el sacerdote del hospital	1	2	3	4
34. Asociaciones de pacientes y su función	1	2	3	4
35. Cuidados proporcionados por el hospital y costes relacionados	1	2	3	4
36. Beneficios de la enfermedad	1	2	3	4
37. Aseguramiento	1	2	3	4
38. Rehabilitación y cursos de adaptación y sus costes	1	2	3	4
39. Costes de tratamientos próximos o tratamientos proporcionados en el hogar	1	2	3	4
40. Costes de la medicación	1	2	3	4

28.- ¿Qué otras cosas enseñan al paciente que no se encuentran en la lista previa?. Por favor, justifique su respuesta.

---

---

---

---

29.- ¿Piensa usted que alguno de los ítems de la lista anterior no son importante en la educación del paciente?. Por favor, justifique su respuesta.

---



---



---



---

30.- ¿Qué métodos aplica para la educación? Para **cada** ítem señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

**Doy educación:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. De forma individual	1	2	3	4
2. En grupo	1	2	3	4
3. Explicando aspectos	1	2	3	4
4. Dialogando sobre distintos aspectos	1	2	3	4
5. Proporcionando soporte escrito	1	2	3	4
6. Mostrando un vídeo	1	2	3	4
7. Enseñando los instrumen- tos utilizados	1	2	3	4
8. Demostrando cómo se realiza algo	1	2	3	4
9. Usando un ordenador	1	2	3	4
10. De otra manera, por favor, especificar				

---



---



---

31.- Si en la anterior cuestión usted reconoció que utiliza soporte escrito para proporcionar educación, por favor especifique el tipo de material utilizado. Para **cada** ítem señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

**En la educación que imparto uso:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. Materiales disponibles en la unidad	1	2	3	4
2. Materiales del hospital disponibles en internet	1	2	3	4
3. Materiales de asociaciones de pacientes	1	2	3	4
4. Materiales comerciales	1	2	3	4
5. Publicaciones científicas	1	2	3	4
6. Otros materiales, por favor, especificar				
_____				
_____				
_____				

32.- ¿Cuándo educa a sus pacientes?. Para **cada** ítem señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

**Proporciono educación al paciente:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. A la llegada del paciente al hospital	1	2	3	4
2. Al alta/transferencia para tratamiento posterior	1	2	3	4
3. En contacto con la enfer- mera cuidadora	1	2	3	4
4. En otro momento	1	2	3	4
_____	1	2	3	4

33.- ¿Con que frecuencia proporciona educación al paciente?. Para **cada** ítem señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

**Proporciono educación al paciente:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. En una ocasión durante la estancia hospitalaria	1	2	3	4
2. Dos o tres veces durante su estancia hospitalaria	1	2	3	4
3. Más de tres veces durante su estancia hospitalaria	1	2	3	4

34.- De media, ¿Cuánto tiempo emplea en la educación del paciente?

- 1-Casi todas mis horas de trabajo
- 2-La mitad de las horas de trabajo
- 3-Menos de la mitad de las horas de trabajo
- 4-Sólo una pequeña parte de mis horas de trabajo

35.- De media, ¿Cuánto tiempo emplea en la educación de un paciente?

- 1.- Más de 30 minutos cada vez
- 2.- Alrededor de 20-30 minutos cada vez
- 3.- Alrededor de 10-20 minutos cada vez
- 4.- Menos de 10 minutos cada vez

36.- ¿Dónde enseña a sus pacientes?. Para **cada** ítem señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

**Doy educación al paciente:**

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. En una habitación individual	1	2	3	4
2. En habitaciones con varios pacientes	1	2	3	4
3. En una habitación del hospital separada, consulta externa, donde _____	1	2	3	4
4. En un sitio público del hospital/clínica	1	2	3	4
5. En otro sitio, por favor, especificar _____	1	2	3	4

37.- ¿Tiene su unidad las facilidades apropiadas para la educación del paciente?.

1 Sí, por favor describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 No, problemas existentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



38.- ¿Cómo evalúa el aprendizaje/comprensión de lo que ha enseñado? Para **cada** item señale con un círculo la opción que considere más apropiada.

	A todos los pacientes	A la mayoría de pacientes	A algunos pacientes	a ningún paciente
1. Yo evalúo el aprendizaje del paciente	1	2	3	4
<b>Cómo:</b>				
2. Entrevisto al paciente siguiendo un plan establecido	1	2	3	4
3. Realizo una entrevista libre con el paciente	1	2	3	4
4. Utilizo un cuestionario escrito o test	1	2	3	4
5. Evalúo la interpretación del paciente	1	2	3	4
6. Pido al paciente que realice una autoevaluación oral	1	2	3	4
7. Pido al paciente que realice una autoevaluación escrita	1	2	3	4
8. De otra forma, por favor, especifique _____				

39.- En su opinión, ¿Cuáles son los principales problemas comunes en la educación de los pacientes en su unidad?.

---



---



---



---

40.-¿Cómo cree que deberían ser dirigidos dichos problemas?.

---



---



---



---

¡GRACIAS!



## D 1: Memoria COIB

---



**COL·LEGI OFICIAL INFERMERES I  
INFERMERS DE BARCELONA**

REGISTRE DE **ENTRADA**  
Núm. **1527**  
Data **08/04/15**

Benvolguda Cristina Moreno,

Pel que fa a les ajudes a projectes de recerca i en resposta a la memòria del projecte de recerca : PR-3564/10, sota el títol de: *Empowerment del pacient a través de la informació- educació dels pacients programats per a intervencions quirúrgiques de pròtesis de maluc o de genoll*, li comuniquem que:

- La memòria científica **és favorable**
- La memòria econòmica **és favorable**

Tot l'equip de l'Àrea de Recerca us dona l'enhorabona per la realització de l'estudi i us animem a continuar.

Aprofitem el correu per comunicar-vos que al llarg d'aquest any es celebraran les III Jornades de Recerca del COIB i esperem comptar amb la vostra participació.

Agraint a tot l'equip investigador la confiança dipositada en l'Àrea de Recerca del COIB, restem a la vostra disposició.

Cordialment,

Pilar Delgado i Llúcia Benito  
Responsables Àrea de Recerca  
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Barcelona, 8 d'abril de 2015

## D 2: Curso Empowering Patient Education



Turun yliopisto  
University of Turku

### CERTIFICATE

*Sara Cano Plans*

***has participated in Empowering Patient Education Course  
in nursing science during spring term 2011 as follows:***

Part I  
January 17<sup>th</sup>-19<sup>th</sup>, 2011

*Module 1: Orientation and theoretical basis of empowering patient education (5 ECTS)  
Module 2: Assessment of patients' knowledge expectations (5 ECTS)*

Part 2  
March 14<sup>th</sup>-15<sup>th</sup>, 2011

*Module 3: Patient education as an empowering intervention (3 ECTS)*

Part 3  
May 16<sup>th</sup>-18<sup>th</sup>, 2011

*Module 4: Evaluation of empowering patient education (2 ECTS)  
Module 5: Special issues in empowering patient education research (1 ECTS)*

Place: University of Turku, Department of Nursing Science

Credits: 16.0 credit points, ECTS

The course aims at describing the theoretical and methodological basis for empowering patient education from the perspectives of patient, personnel, health care organization and society, deepening understanding of analyzing and implementing and doing research of the empowering patient education, and making judgements about empowering patient education in clinical settings and research. The student passed the course if she/he participated in the lectures, took part in interactive networking, wrote a systematic review about chosen topic concerning theoretical basis of empowerment, presented her/his paper and acted as an opponent to an other student's paper.

In Turku 18.5.2011

  
\_\_\_\_\_  
Helena Leino-Kilpi  
Professor and Head of the Department of Nursing Science

Turun yliopisto • University of Turku  
FI-20014 Turun yliopisto, Finland • www.utu.fi  
Puhelin/Telephone +358 (0)2 333 51 • Faksi/Fax +358 (0)2 333 6363

### D 3: Admisión UJI



TERCER CICLE

(RD 135/33/2007)

Acceptació del Departament

#### Dades personals

Nom i cognoms: Sauco Cano Plans DNI/Passaport : 46809454-S  
Nacionalitat: Espanya Telèfon: 608101834  
Adreça: Can Calò apt. 105 Localitat: Cercampello del Vallès  
Província/País: Balears (Espanya) Codi postal: 07290  
Programa de doctorat: Llicenciatura en situació de comiat Codi: RD 1393  
Departament: Departament d'Infermeria  
SOL·LICITE: Que la Comissió d'Investigació i Postgrau accepte la inscripció del meu projecte de  
tesi doctoral amb el títol: Empoderamiento del paciente con sus  
tecnologías

#### Directors/Directores de la tesi

Nom i cognoms: ADELAIDA ZABALEGUI YARNA  
Departament: INFERMERIA  
Nom i cognoms: ESTHER CABRERA TORRES  
Departament: ESCOLA SUPERIOR CIÈNCIES SALUT (UPF) TecnoCampus Metern  
Nom i cognoms: \_\_\_\_\_  
Departament: \_\_\_\_\_

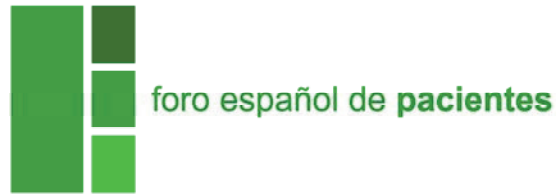
(Firma)   Vist i pla tu  
Castelló de la Plana, 18 de Novembre de 2003 El director/a de la tesi  
ADELAIDA ZABALEGUI

El Consell del Departament d' \_\_\_\_\_, en la reunió  
del dia \_\_\_\_\_, acordava  ACCEPTAR  NO ACCEPTAR aquest projecte de tesi doctoral.

El director/a del Departament  
Castelló de la Plana, \_\_\_\_\_ d' \_\_\_\_\_ de 2003

#### D 4: Consentimiento informado Albert Jovell

---



Universitat Internacional de Catalunya  
Facultat de Ciències de la Salut  
Josep Trueta s/n  
08195 Sant Cugat del Vallés

Dra. Adela Zabaleta  
Directora dels Estudis d'infermeria

Barcelona, 23 de marzo de 2009

Dr. Albert Jovell Fernández (Presidentes del Foro de los Pacientes) doy mi autorización para participar como asesor para el proyecto *"EMPOWEMENT DEL PACIENT A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓ-EDUCACIÓ DE PACIENTS PROGRAMATS PER A INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES DE PRÒTESIS DE MALUC O DE GENOLL: AVALUACIÓ I COMPARACIÓ (EPPO-SPAIN)"*, liderado por la Dra. Adela Zabalegui y que se presenta a la convocatoria de Investigación clínica y de servicios sanitarios a la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre *"Sistemes d'informació i mesura de l'eficiència de l'àrea quirúrgica"* (Tema nº 11). Considero importante añadir a la Dra. Maria Dolors Navarro como asesora para dicho proyecto dada su experiencia en temas relacionados con investigación en servicios sanitarios y pacientes.

Albert J. Jovell  
23 de marzo de 2009

**AQUICHAN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN**

**REVISTA AQUICHAN  
ISSN 1657 - 5997**

**CERTIFICA:**

Que el artículo "Validación de la versión española: Expectativa y conocimiento recibido del paciente hospitalizado", cuyos autores son Sara Cano, Laila Lacueva, Esther Cabrera Torres y Adelaida Zabalegui Yárnoz, fue aprobado por el comité editorial de la revista y se encuentra en el proceso de publicación.

Esta constancia se expide a los 30 días del mes de Mayo de dos mil diecisiete (2017).

*Alejandra M<sup>ª</sup> Alvarado G.*

**Alejandra María Alvarado García  
Editora**

