



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π.Μ.Σ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**«Διερεύνηση της Αναμενόμενης γνώσης και της Αποκτηθείσας γνώσης των
ατόμων 65 ετών και άνω πριν και μετά το χειρουργείο»**

Συγγραφέας/είς

Αρβανιτάκη Αγγελική Μαρία

ΑΜ: 202103

Επιβλέπουσα: Σακελλάρη Ευανθία

Αθήνα, 2022



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC & COMMUNITY HEALTH
HEALTH PROMOTION IN THIRD AGE**

Diploma Thesis

Title

**"Investigation of Expected Knowledge and Acquired Knowledge of people
65 years old and older before and after surgery"**

Student name and surname:

Arvanitaki Aggeliki Maria

Registration Number: 202103

Supervisor name and surname:

Sakellari Evanthia

Athens, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π.Μ.Σ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

«Διερεύνηση της Αναμενόμενης γνώσης και της Αποκτηθείσας γνώσης των ατόμων 65 ετών και άνω πριν και μετά το χειρουργείο»

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Σακελλάρη Ευανθία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα. Τμήμα Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΠΑ.Δ.Α.	
	Νοταρά Βενετία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος εξεταστικής επιτροπής. Τμήμα Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΠΑ.Δ.Α.	
	Περηφάνου Δήμητρα	Λέκτορας, Μέλος. Τμήμα Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΠΑ.Δ.Α.	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αρβανιτάκη Αγγελική Μαρία του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου ΑΜ 202103 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Προαγωγή της Υγείας στην Τρίτη Ηλικία δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η Δηλούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Σακελλάρη Ευανθία / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα. Τμήμα Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΠΑ.Δ.Α.

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέπουσας
(Υπογραφή)

Περίληψη

Υπόβαθρο: Η ενημέρωση των ατόμων για τις χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβάλλονται κρίνεται επιβεβλημένη, με στόχο την αύξηση των γνώσεων τους για σημαντικά ζητήματα που τους αφορούν, ώστε να προετοιμαστούν και να αναρρώσουν καλύτερα. Συχνά στην τρίτη ηλικία η σχετική αναγκαιότητα παραβλέπεται με αποτέλεσμα τα άτομα να μην ενημερώνονται επαρκώς για ζητήματα της υγείας τους από τους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσδοκώμενης και της αποκτηθείσας γνώσης των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και το επίπεδο της προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης που έλαβαν οι ασθενείς μετά το χειρουργείο.

Μεθοδολογία: Ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της προσλαμβανόμενης και αποκτηθείσας γνώσης χορηγήθηκε σε 211 ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών πριν και μετά από χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν Γενικού Νοσοκομείου Πύργου. Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν μέσω περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση δεδομένων διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα προσλαμβανόμενης και αποκτηθείσας γνώσης (μέση τιμή 66.985 & 67.383 αντίστοιχα). Μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της αποκτηθείσας γνώσης υπήρχε μια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r=0.252$, $p=0.000$). Ανάλογες συσχετίσεις διαπιστώθηκαν για όλες τις επιμέρους παραμέτρους των προσδοκιών και των γνώσεων, με εξαίρεση αυτές που αφορούσαν τις οικονομικές παραμέτρους της νόσου και της θεραπείας της ($r=0.089$, $p=0.197$).

Συμπεράσματα: Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται πως καλύπτονται οι προσδοκίες γνώσης των ασθενών, δεδομένου πως σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη γνώση που προσλαμβάνουν μετά το χειρουργείο. Ως μόνο εξαίρεση μπορούν να θεωρηθούν ζητήματα που αφορούν οικονομικές παραμέτρους της νόσου και της θεραπείας της, που δεν καλύπτονται σε σημαντικό βαθμό από πλευράς των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, μια σχετική πρόταση που απορρέει από τη συγκεκριμένη μελέτη αφορά το να πραγματεύονται οι επαγγελματίες υγείας σε

σημαντικότερο βαθμό τα σχετικά ζητήματα όταν παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ηλικιωμένους, ώστε να τις σχετικές προσδοκίες γνώσης τους. Επιπλέον, η συγκεκριμένη μελέτη οδηγεί στη διαπίστωση υψηλών προσδοκιών γνώσης και αναλογικά υψηλής προσλαμβανόμενης γνώσης για τους ηλικιωμένους πριν και μετά το χειρουργείο.

Λέξεις κλειδιά: αποκτηθείσα γνώση, επαγγελματίες υγείας, προσδοκώμενη γνώση, τρίτη ηλικία, χειρουργείο

Abstract

Background: Informing patients about the surgical procedures they undergo is considered imperative in order to increase their knowledge of important issues concerning them, so that they can prepare themselves and recover better. Often in old age, this necessity is overlooked, with the result that people are not sufficiently informed about their health issues by health professionals.

Aim: The purpose of this research was to investigate the relationship between the expected and acquired knowledge of people over the age of 65 who undergo surgical operations as well as the level of expected and acquired knowledge received by the patients after the surgery.

Methodology: A questionnaire assessing the expected and acquired knowledge was administered to 211 patients over 65 years of age before and after surgical procedures performed at General Hospital Pyrgos. Questionnaire data were analyzed through descriptive and inductive statistics.

Results: Data analysis revealed high levels of expected and acquired knowledge (mean 66.985 & 67.383 respectively). There was a positive and statistically significant correlation between perceived and acquired knowledge ($r=0.252$, $p=0.000$). Similar correlations were found for all the individual parameters of expectations and knowledge, except those related to the economic parameters of the disease and its treatment ($r=0.089$, $p=0.197$).

Conclusions: Based on the above, it appears that patients' knowledge expectations are met, given how they are statistically significantly related to the knowledge they acquire after surgery. The only exception can be considered to be issues related to economic parameters of the disease and its treatment, which are not covered to a significant extent by health professionals. Therefore, a relevant suggestion arising from this study is that health professionals should address the relevant issues to a more significant extent when providing their services to older people, in order to meet the expectations of knowledge about them. Furthermore, this study leads to the finding of high knowledge expectations and proportionately high knowledge uptake for older people before and after surgery.

Keywords: acquired knowledge; elderly; health professionals; knowledge expectancy; surgery

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	1
Abstract	4
1. Εισαγωγή.....	7
Γενικό Μέρος.....	8
1 ^ο Κεφάλαιο: Τρίτη ηλικία και χειρουργικές επεμβάσεις.....	9
1.1 Γήρανση και Τρίτη ηλικία.....	9
1.2 Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε άτομα τρίτης ηλικίας.....	12
2 ^ο Κεφάλαιο: Γνώση και Χειρουργικές Επεμβάσεις στην Τρίτη Ηλικία.....	22
2.1 Προαγωγή της Υγείας στην Τρίτη ηλικία.....	23
2.2 Η πληροφοριακή συμπεριφορά.....	26
2.2.1 Η έννοια της πληροφοριακής συμπεριφοράς.....	26
2.2.2 Πληροφοριακή συμπεριφορά και θεωρητικά μοντέλα.....	27
2.3 Προσδοκώμενη και αποκτηθείσα γνώση σχετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις.....	31
Ειδικό Μέρος.....	35
Κεφάλαιο 3 ^ο : Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	36
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία.....	37
4.1 Σχεδιασμός μελέτης.....	37
4.2 Δείγμα μελέτης.....	37
4.3 Εργαλεία μέτρησης.....	37
4.4 Ηθικά ζητήματα.....	39
4.5 Ανάλυση δεδομένων.....	40
Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα.....	42
5.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων.....	42
5.2 Επαγωγική ανάλυση.....	46
Κεφάλαιο 6ο: Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	51
Βιβλιογραφία.....	60

Πίνακας πινάκων

Πίνακας 1. Η κανονικότητα της κατανομής των μετρήσεων της έρευνας.....	40
Πίνακας 2. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των κατηγορικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών.....	42
Πίνακας 3. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών.....	43
Πίνακας 4. Η προσδοκώμενη γνώση των ασθενών.....	44
Πίνακας 5. Τα συμπτώματα και συναισθήματα πριν το χειρουργείο.....	44
Πίνακας 6. Η αποκτηθείσα γνώση των ασθενών.....	45
Πίνακας 7. Τα συμπτώματα και συναισθήματα μετά το χειρουργείο.....	45
Πίνακας 8. Η συσχέτιση της βιοωσματικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο....	46
Πίνακας 9. Η συσχέτιση της λειτουργικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο.....	46
Πίνακας 10. Η συσχέτιση της εμπειρικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο.....	47
Πίνακας 11. Η συσχέτιση της ηθικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο.....	47
Πίνακας 12. Η συσχέτιση της κοινωνικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο.....	48
Πίνακας 13. Η συσχέτιση της οικονομικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο.....	48
Πίνακας 14. Η συσχέτιση της προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης.....	48
Πίνακας 15. Συμπτώματα πριν από την χειρουργική επέμβαση.....	49
Πίνακας 16. Συναισθήματα πριν από την χειρουργική επέμβαση.....	49
Πίνακας 17. Συμπτώματα μετά από την χειρουργική επέμβαση.....	50
Πίνακας 18. Συναισθήματα μετά από την χειρουργική επέμβαση.....	50

1. Εισαγωγή

Αναμφίβολα, τα άτομα τρίτης ηλικίας διακρίνονται από ένα σύνολο διαφορετικών αναγκών σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας πάσχουν από διάφορα γηριατρικά σύνδρομα, τα οποία περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα τους. Ως τέτοια μπορούν να αναφερθούν η άνοια, η νόσος του Αλτσχάιμερ, το delirium και η ήπια γνωστική έκπτωση (Flacker, 2003). Ως εκ τούτου, τα ηλικιωμένα άτομα διακρίνονται από ένα διαφορετικό σύνολο υποστηρικτικών αναγκών σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν μία αρκετά πιο δύσκολη διαδικασία στην περίπτωση των ασθενών τρίτης ηλικίας σε σχέση με τους πιο νέους σε ηλικία ασθενείς. Ο περιορισμός των σωματικών δυνατοτήτων, ο μεγάλος αριθμός συννοσηροτήτων και η αυξημένη ευαλωτότητα της τρίτης ηλικίας οδηγούν σε πιο αρνητικές εκβάσεις για τους ασθενείς τρίτης ηλικίας που χειρουργούνται σε σχέση με τους πιο νέους. Κατά συνέπεια, στους ασθενείς τρίτης ηλικίας η διαδικασία του χειρουργείου ενδεχομένως να συνιστά μία πιο μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς (Λύκουρας και συν, 2011).

Οι ανάγκες των ασθενών δεν περιορίζονται μόνο σε επίπεδο σωματικής υγείας, αλλά είναι ευρύτερες. Η προοδευτική επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου από τη δεκαετία του 1970 και ύστερα έχει οδηγήσει στη συνειδητοποίηση πως τα άτομα διακρίνονται από μία πληθώρα διαφορετικών αναγκών σε επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Καραδήμας, 2005). Οι πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών αποτελούν δομικό πυλώνα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, δεδομένου πως βάσει αυτού είναι αναγκαίο να τερματίζεται η εξουσιαστική σχέση από τον επαγγελματία υγείας προς τον ασθενή και ο τελευταίος να διαθέτει το σύνολο των αναγκαίων πληροφοριών προκειμένου συμμετοχικά με τον ιατρό να αποφασίζουν τις βέλτιστες λύσεις που αφορούν τις ανάγκες της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής του υγείας (Di Matteo & Martin, 2002).

Παρά τα ανωτέρω, είναι αμφίβολο το κατά πόσο η συνήθης κλινική πρακτική ανταποκρίνεται στις ανωτέρω ανάγκες από πλευράς των ασθενών τρίτης ηλικίας. Στο πλαίσιο αυτό, στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η μελέτη της προσδοκώμενης

και της προσλαμβανόμενης γνώσης από πλευράς των ασθενών τρίτης ηλικίας πριν και μετά το χειρουργείο.

Γενικό Μέρος

1^ο Κεφάλαιο: Τρίτη ηλικία και χειρουργικές επεμβάσεις

1.1 Γήρανση και Τρίτη ηλικία

Έως και το μέσο του 19^{ου} αιώνα όλοι οι άνθρωποι θεωρούνταν ότι ανήκουν σε δύο και μόνο ηλικιακές ομάδες, δηλαδή στα παιδιά και στους ενήλικες. Έτσι, σπανίως αναγνωριζόταν πως άτομα που διαφοροποιούνται μεταξύ τους ηλικιακά διακρίνονται από διαφορετικές ανάγκες και το κοινωνικό σύνολο έτεινε να αντιμετωπίζει όλα τα άτομα με βάση ένα δίπολο μεταξύ της παιδικής και της ενήλικης ζωής. Κατά μήκος του χρόνου κυριάρχησε η αντίληψη πως οι μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στην πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης δεν μπορούν να εξηγηθούν μέσα από έναν τόσο απλοϊκό τρόπο. Ασφαλώς, μέχρι και το 19ο αιώνα το προσδόκιμο ζωής δεν ήταν τόσο μεγάλο, με αποτέλεσμα να μην έχει ανακύψει μία τόσο μεγάλη ανάγκη για προσοχή επί των αναγκών των ηλικιωμένων. Καθώς προοδευτικά υπήρξε βελτίωση των δεικτών Δημόσιας Υγείας και αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ανέκυψε ένας γόνιμος προβληματισμός σχετικά με την τρίτη ηλικία. Πλέον, οι ηλικιωμένοι νοούνται ως μία αυτόνομη ηλικιακή ομάδα και στο πλαίσιο αυτό εξετάζονται από τους επιστήμονες και τους επαγγελματίες υγείας (Wold, 2017).

Η γήρανση συνιστά αντικείμενο έρευνας στη σύγχρονη εποχή όχι μόνο με βάση την ίδια την ηλικία, αλλά και με βάση τους ιατρικούς αυτούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη διαδικασία της γήρανσης και το βίωμα των ατόμων αυτών. Αν και το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε, αυξήθηκαν επίσης τα έτη που περνά ο μέσος άνθρωπος πάσχοντας από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Έτσι, αν και ο σύγχρονος άνθρωπος ζει πιο πολύ σε σχέση με το παρελθόν, περνά μεγάλα χρονικά διαστήματα της ζωής του έχοντας πτωχή ποιότητα ζωής λόγω των νοσημάτων από τα οποία πάσχει (Καραδήμας, 2005).

Για την πληρέστερη μελέτη της διαδικασίας της γήρανσης έχουν τεθεί συγκεκριμένα ηλικιακά κριτήρια σχετικά με το πότε κάποιος θεωρείται ηλικιωμένος. Οφείλει ωστόσο να επισημανθεί πως η ηλικία συνιστά μία συμβατική κατά μία έννοια προσέγγιση στη μελέτη της γήρανσης, καθώς κάτι τέτοιο πραγματοποιείται στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων μέσω της χρονολογικής ηλικίας. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανακύψει ένας γόνιμος προβληματισμός ως προς το βαθμό

στον οποίο η γήρανση πρέπει να μελετάται υπό το πρίσμα της χρονολογικής ηλικίας και το βαθμό στον οποίο οφείλει να μελετάται υπό το πρίσμα της βιολογικής ηλικίας. Η χρονολογική ηλικία αφορά επομένως τα ηλικιακά έτη που κάποιος έχει ζήσει, ενώ η βιολογική ηλικία τη φθορά η οποία έχει επέλθει στον οργανισμό του κατά μήκος του χρόνου ως συνάρτηση της διαδικασίας γήρανσης. Συχνά επομένως η χρονολογική και η βιολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους κάποια απόκλιση, η οποία είναι η συνάρτηση γενετικών παραγόντων, αλλά και του τρόπου ζωής (Zhang et al., 2014).

Παρόλα αυτά, δεδομένου πως η μελέτη της βιολογικής ηλικίας του κάθε ατόμου θα ήταν αρκετά δύσκολη έως και αδύνατη, η χρονολογική ηλικία χρησιμοποιείται όχι μόνο στην ιατρική επιστήμη, αλλά και στη λήψη πολιτικών αποφάσεων σχετικά με το γήρας. Το 1889 ο Βίσμαρκ θεώρησε πως κάθε άτομο το οποίο έχει υπερβεί το 65^ο έτος της ηλικίας του έχει δικαίωμα να παύει να εργάζεται και να ενισχύεται οικονομικά μέσα από το ασφαλιστικό σύστημα. Η προσέγγιση αυτή συνιστά και την πρώτη από ιστορικής απόψεως θέσπιση ενός συγκεκριμένου ηλικιακού ορίου για το γήρας στα 65 έτη (Orimo et al., 2006; van Staveren et al., 1994). Πλέον, η τρίτη ηλικία αφορά το σύνολο των ατόμων μετά την ηλικία των 65 ετών, ενώ αρκετοί θεωρούν πως το όριο αυτό θα μπορούσε στο μέλλον να τεθεί κάπως χαμηλότερα, συγκεκριμένα στα 60 έτη (Laslett, 1987). Μάλιστα, ήδη από την ηλικία των 50 έως 60 ετών φαίνεται να παρατηρείται μία προπαρασκευαστική από βιολογικής απόψεως περίοδος για τη μετάβαση στην τρίτη ηλικία (Kremer & den Uijl, 2016).

Σε κάθε περίπτωση, ιδιαίτερα σημαντική είναι η διαμόρφωση μιας θεωρίας περί του πως κάποιος γεννά και τι αλλαγές συντελούνται τότε στον οργανισμό του. Κάτι τέτοιο χρονοθετείται ήδη στην αρχαιοελληνική περίοδο, όταν ο Αριστοτέλης επιχείρησε να μελετήσει ένα νομοτελειακά καθορισμένο κύκλο της ζωής και της ανάπτυξης του ανθρώπου που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με την ανατολή, το μεσουράνημα και τη δύση (Λύκουρας και συν , 2011).

Οι αυξημένες δυνατότητες μελέτης του DNA παρέχουν πλέον νέες πληροφορίες για το πώς επέρχεται το γήρας. Οι περισσότερες σχετικές θεωρίες στηρίζονται στην γενωμική αστάθεια ή σε καταστροφικές βλάβες από αντιγραφικά σφάλματα του DNA προς το RNA και οδηγούν σε αθροιζόμενες μεταβολές πληροφορικών και μακρομορίων, που καταλήγουν σε λειτουργικές κυτταρικές

τροποποιήσεις, οι οποίες επιταχύνουν τους μηχανισμούς του γήρατος (Λύκουρας, και συν, 2011).

Με βάση μία επιπρόσθετη σχετική θεωρία, βασικό ρόλο στη γήρανση έχουν οι οξειδωτικού τύπου βλάβες. Οι βλάβες αυτής της κατηγορίας πολλαπλασιάζονται κατά τη διάρκεια του γήρατος και είναι συνάρτηση των οξειδωτικών διεργασιών που λαμβάνουν χώρα στον ανθρώπινο οργανισμό. Με βάση τη συγκεκριμένη προσέγγιση, οι φωσφορυλιώσεις, που είναι απαραίτητες ενεργειακά, πραγματοποιούν αντιδράσεις με κάποια αμινοξέα ειδικών πρωτεϊνικών μακρομορίων, οδηγώντας στο σχηματισμό οξειδωτικών παραγωγών που δεν έχουν τη λειτουργική εξειδίκευση των πρωτεϊνών προέλευσης. Ταυτόχρονα, αυξάνεται η συχνότητα σχηματισμού ειδικών οξειδωτικών παραγώγων των πυρινοπρωτεϊνών του DNA, τα οποία αθροιστικά συμμετέχουν βλαπτικά στις φυσιολογικές ομοιοστατικές λειτουργίες του οργανισμού. Παρεμφερείς συνέπειες συνεπάγεται και η προσκόλληση της γλυκόζης σε πρωτεΐνες και πυρηνικά οξέα, με τον ίδιο βιοχημικό τρόπο που συμβαίνει στη γλυκοζυλίωση της αιμοσφαιρίνης (Λύκουρας και συν, 2011).

Τέλος, μπορεί να υποστηριχθεί πως κατά την τρίτη ηλικία υπάρχει μια αυξημένη ευαλωτότητα των συστημάτων σε επίπεδο φυσιολογίας, όπως του νευροενδοκρινικού ή του ανοσοποιητικού, οι διαταραχές των οποίων οδηγούν σε μία ευρύτερη δυσλειτουργία για το σύνολο του οργανισμού, από τη ρύθμιση του μεταβολισμού μέχρι την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας και διατήρησης της ομοιοστατικής λειτουργίας (Miller, 1997).

Στη σύγχρονη εποχή λαμβάνει χώρα μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, φαινόμενο που επίσης περιγράφεται ως πληθυσμιακή γήρανση. Το συγκεκριμένο φαινόμενο είναι συνάρτηση δύο επιμέρους παραγόντων. Ο πρώτος παράγοντας έχει να κάνει με τον περιορισμό της θνησιμότητας ως συνάρτηση της βελτίωσης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα, οι διαγνωστικοί έλεγχοι που υπάρχουν πλέον για τον καρκίνο οδηγούν σε διαπίστωση των νεοπλασιών νωρίτερα, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα για πρόιμη θεραπευτική αντιμετώπιση και επέκταση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών. Ο δεύτερος παράγοντας είναι συνάρτηση του αριθμού των γεννήσεων, οι οποίες συρρικνώνονται στις περισσότερες ανεπτυγμένες δυτικές χώρες. Υπάρχει έτσι μία μεταβολή του δημογραφικού προφίλ, καθώς πλέον οι ηλικιωμένοι ζουν αρκετά

περισσότερο και οι νέες γεννήσεις περιορίζονται, οδηγώντας στο φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης (Ogura & Jakovljevic, 2018).

Η ανωτέρω μεταβολή έλαβε χώρα κυρίως στην Ευρώπη. Είναι ευρέως αποδεκτό πως η Ευρώπη έχει ολοκληρώσει την πληθυσμιακή της αύξηση και έχει εισέλθει πλέον σε μία φάση υπογεννητικότητας, με λιγότερες από 2,1 γέννες ανά γυναίκα. Διάφορες κοινωνικού χαρακτήρα μεταβολές που έλαβαν χώρα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όπως η πιο μεγάλη αυτονομία της γυναίκας και η μεταβολή των στάσεων έναντι της δημιουργίας οικογένειας νοούνται ως υπεύθυνες για τη συγκεκριμένη δράση. Ο περιορισμός του αριθμού των γεννήσεων έχει οδηγήσει πλέον την Ευρώπη σε μία αμελητέα μείωση του συνολικού της πληθυσμού, οδηγώντας όμως παράλληλα σε αύξηση της μέσης ηλικίας των κατοίκων της (Newsham & Rowe, 2019).

Τέλος, όπως αναφέρεται ανωτέρω, είναι αναγκαίο να συνυπολογίζεται πως η πληθυσμιακή γήρανση δεν έχει οδηγήσει σε ένα σύνολο ηλικιωμένων ατόμων με τις ίδιες υποστηρικτικές ανάγκες σε σχέση με το παρελθόν. Οι ηλικιωμένοι του 21^{ου} αιώνα διακρίνονται από περισσότερα χρόνια ζωής κατά τα οποία πάσχουν με ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, οδηγώντας έτσι σε μία ολοκληρωτική μεταβολή του προφίλ υγείας των ηλικιωμένων σε σχέση με το παρελθόν (Καραδήμας, 2005). Συνεπώς, πρόκειται για μία πολυεπίπεδη δημογραφική μεταβολή, που δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο την ηλικία.

1.2 Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε άτομα τρίτης ηλικίας

Η αυξημένη νοσηρότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας οδηγεί και στην ανάγκη μελέτης των τρόπων με τους οποίους αναπτύσσονται σχετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών της. Οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν το βασικότερο τρόπο αντιμετώπισης της παθολογίας για ένα πολύ μεγάλο εύρος διαφορετικών μεταξύ τους αναγκών υγείας. Ωστόσο, η αυξημένη ευαλωτότητα των ηλικιωμένων καθιστά το χειρουργείο ως μια σημαντική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου τα άτομα να μπορούν να αποκομίσουν τα μέγιστα δυνατά ευεργετήματα χωρίς παράλληλα να τίθεται η υγεία τους σε περαιτέρω ρίσκο λόγω του χειρουργείου (Turrentine et al., 2006).

Μία ιδιαίτερα συχνή χειρουργική επέμβαση σε άτομα τρίτης ηλικίας αφορά την αντιμετώπιση νεοπλασιών. Το χειρουργείο για την αντιμετώπιση του καρκίνου στους ηλικιωμένους συνιστά μία σημαντική πρόκληση για τη χειρουργική ομάδα. Το εξασθενημένο ανοσοποιητικό των ηλικιωμένων τους θέτει σε κίνδυνο έναντι μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο (Kowdley, 2012). Μάλιστα, συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ ασθενών τρίτης ηλικίας που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση καρκίνου και ασθενών που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές ομάδες οδηγούν στη διαπίστωση πως οι πρώτοι διακρίνονται από μεγαλύτερο ρίσκο επιπλοκών και θανάτου σε σύγκριση με τους τελευταίους (Manceau et al., 2012). Το χειρουργείο στην τρίτη ηλικία πραγματοποιείται αρκετά συχνά και λόγω καταγμάτων. Τα κατάγματα είναι ιδιαίτερα συχνά στην τρίτη ηλικία ακριβώς επειδή οι ηλικιωμένοι διακρίνονται από ένα χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας και από αυξημένη ευαλωτότητα, η οποία στη βιβλιογραφία περιγράφεται με τον όρο frailty (Oakland et al., 2016). Κατά τον τρόπο αυτό, οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι σε τραυματισμούς και σε κατάγματα, υποβαλλόμενοι συχνά σε σχετικές χειρουργικές επεμβάσεις (Roberts et al., 2015). Τέλος, ενδεχομένως τα χειρουργεία της τρίτης ηλικίας να αφορούν και σχετικά πιο απλές επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα αυτές που έχουν να κάνουν με την χολολιθίαση (Mohamed et al., 2021).

Σε κάθε περίπτωση, η πρώτη χρονικά και εξελικτικά φάση στο χειρουργείο είναι η προεγχειρητική. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς επωφελούνται από μια καλή προκλινική εξέταση για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Βέλτιστα, αυτή ξεκινά από τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης και περιλαμβάνει, π.χ., την αντιστάθμιση των διατροφικών ελλειμμάτων, τη θεραπεία της αναιμίας ή τη βελτιστοποίηση της μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής. Με τη χρήση σύγχρονων πληροφοριακών και ψηφιακών συστημάτων, είναι δυνατόν να αποφευχθεί η απώλεια πληροφοριών κατά τη μετάβαση της φαρμακευτικής αγωγής από τον τομέα των εξωτερικών ιατρείων στον τομέα των νοσοκομείων. Η γνώση του ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη συχνά προϋπάρχουσα συννοσηρότητα επιτρέπει τη στάθμιση των πιθανών ειδικών πλεονεκτημάτων της χειρουργικής θεραπείας έναντι των μειονεκτημάτων της εκ των προτέρων και από κοινού με τον ασθενή. Επιπλέον, είναι σημαντική η εκτίμηση του ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετικά με τα φάρμακα που μπορεί να χρειαστεί να

διακοπούν περιεγχειρητικά ή να τροποποιηθούν όσον αφορά τη δόση ή το χρόνο λήψης τους (Λύκουρας, και συν, 2011).

Κεντρική σημασία προ του χειρουργείου έχει η προεγχειρητική αξιολόγηση. Στόχος της προεγχειρητικής εξέτασης σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι να εντοπιστούν αξιόπιστα οι συνήθεις καταστάσεις κινδύνου στην τρίτη ηλικία (π.χ. η γνωστική έκπτωση στο βαθμό που δεν επιτρέπει στον ασθενή να ακολουθήσει συγκεκριμένες οδηγίες) και να μειωθεί η πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών μέσω προληπτικών μέτρων. Οι βασικότεροι εκ των σχετικών κινδύνων παρουσιάζονται ακολούθως (Λύκουρας, και συν, 2011):

- Αδυναμία και πτωχή λειτουργική κατάσταση. Η αδυναμία στους ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί τον σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα της μετεγχειρητικής πορείας. Η αδυναμία σχετίζεται με την ταυτόχρονη εμφάνιση μιας σειράς λειτουργικών διαταραχών που σχετίζονται με την ηλικία και καθιστούν τους ηλικιωμένους ασθενείς πιο ευάλωτους σε μετεγχειρητικές επιπλοκές. Θα πρέπει να διενεργείται προεγχειρητική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της λειτουργικής κατάστασης. Στην περίπτωση των ατόμων υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο πολυτροπικής προαγωγής με σωματική άσκηση και διατροφικά συμπληρώματα από το στόμα. Η χρήση επαγγελματιών υγείας με εξειδίκευση στη γηριατρική επιτρέπει όχι μόνο μια πιο εκτεταμένη αξιολόγηση, αλλά και τη λήψη μέτρων προαγωγής σε μια μονάδα γηριατρικής θεραπείας με στόχο τη συνολικότερη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς.
- Χρόνια νοσήματα και συννοσηρότητα: Ο επιπολασμός ιδίως καρδιακών, αγγειακών, πνευμονικών, καθώς και μεταβολικών και εγκεφαλικών παθήσεων είναι υψηλότερος στην τρίτη ηλικία. Μια προεγχειρητική αξιολόγηση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές είναι σε θέση να εντοπίσει αυτές τις διαταραχές, οι οποίες μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω μέσω πρόσθετων διαγνωστικών μεθόδων.
- Προϋπάρχουσα γνωστική έκπτωση: Η προϋπάρχουσα γνωστική έκπτωση αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη delirium. Ως εκ τούτου, η προεγχειρητική γνωστική κατάσταση του ηλικιωμένου ασθενούς έχει ιδιαίτερη σημασία. Δεδομένου πως παρατηρείται υποδιάνγωση και υποκαταγραφή της γνωστικής έκπτωσης, βασικός κίνδυνος είναι το να μην

λαμβάνεται υπόψιν προχειρουργικά ακριβώς επειδή δεν έχει ως τότε διαγνωστεί. Ως εκ τούτου, η προεγχειρητική αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας είναι απαραίτητη. Στη διαδικασία αυτή μπορεί να έχει ενεργό ρόλο ο ασθενής, απαντώντας σε σχετικές μετρήσεις, αλλά και οι συγγενείς και φροντιστές του, παρέχοντας σχετικές πληροφορίες για τη γνωστική του κατάσταση.

- Οστεοπόρωση και κίνδυνος πτώσης: Οι πτώσεις αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για την υγεία στην τρίτη ηλικία. Περίπου το 35% των ατόμων ηλικίας 65 έως 90 ετών πέφτουν μία φορά το χρόνο και το 10% περισσότερες από μία φορές το χρόνο (Klenk et al., 2015). Οι πτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα κατάγματα και φόβο πτώσης, καθώς και απώλεια ποιότητας ζωής και ανεξαρτησίας. Ο κίνδυνος πτώσης αυξάνεται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου μετά από χειρουργική επέμβαση, π.χ. λόγω ευπάθειας, μειωμένης μυϊκής δύναμης και μειωμένης κινητικότητας. Θα πρέπει να διενεργείται προεγχειρητικά εκτίμηση του κινδύνου. Τα ατομικά ή ομαδικά προγράμματα προληπτικής άσκησης που στοχεύουν στη λειτουργική βελτίωση στο πλαίσιο της προαποκατάστασης μπορούν επίσης να μειώσουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο πτώσης.
- Υποθρεψία: Η υποθρεψία είναι ένα συχνό πρόβλημα που συχνά παραβλέπεται στον χειρουργικό τομέα. Ο επιπολασμός της μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 45% και 55% (Konturek et al., 2015). Ο υποσιτισμός είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για την περιεγχειρητική πορεία και σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό επιπλοκών και delirium (Pirllich et al., 2006). Ως εκ τούτου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται προεγχειρητικά για υποσιτισμό (Neuman et al., 2013). Το NRS2000 (Nutritional Risk Screening) θεωρείται ως ένα αρκετά κατάλληλο και αξιόπιστο εργαλείο με αυτή τη στόχευση (Kondrup et al., 2003).
- Πολυφαρμακία: Η πολυφαρμακία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου σε ηλικιωμένους ασθενείς και σχετίζεται με κακή μετεγχειρητική έκβαση (Härstedt et al., 2016). Τα μη απαραίτητα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, θα πρέπει να διακόπτονται κατά την περιεγχειρητική φάση. Η κριτική αξιολόγηση των δυνητικά ακατάλληλων φαρμάκων στους ηλικιωμένους, π.χ. με τη χρήση του καταλόγου PRISCUS,

συνιστάται ιδιαίτερα στην περιεγχειρητική φάση (Holt et al., 2010). Γενικά, τα μακροχρόνια καρδιολογικά φάρμακα πρέπει να συνεχίζονται προκειμένου να αποφεύγονται φαινόμενα rebound (π.χ. ταχυκαρδία κατά τη διακοπή των αναστολέων των β-υποδοχέων) (Barnett, 2009). Το ίδιο ισχύει και για την αναλγητική αγωγή: τα προεγχειρητικά χορηγούμενα οπιοειδή θα πρέπει επίσης να συνεχίζονται μετεγχειρητικά (Olotu et al., 2019).

- Αντιπηκτική αγωγή: Μεταξύ 33%-43% όλων των ηλικιωμένων ασθενών χρησιμοποιούν μακροχρόνια αντιπηκτικά (Madsen et al., 2016). Η χρήση αντιπηκτικών στους ηλικιωμένους είναι ουσιαστικά η ίδια με εκείνη των νεότερων ασθενών- ωστόσο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η μειωμένη νεφρική λειτουργία που παρατηρείται συχνά στην τρίτη ηλικία. Σημαντικές παράμετροι για την περιεγχειρητική χρήση νέων από του στόματος αντιπηκτικών (NOAC, μη βιταμινο-K-εξαρτώμενα) περιλαμβάνουν τη νεφρική και ηπατική λειτουργία, τη συγχορήγηση, τον χρόνο κατά τον οποίο χρησιμοποιήθηκε για τελευταία φορά το φάρμακο, το μέγεθος και τον επείγοντα χαρακτήρα της επέμβασης, καθώς και τον κίνδυνο διεγχειρητικής αιμορραγίας (Orrea et al., 2016). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η περιεγχειρητική γεφυρωτική αντιπηκτική αγωγή δεν συνιστάται πλέον όταν χρησιμοποιούνται NOAC και ανταγωνιστές βιταμίνης-K (Douketis et al., 2015). Η σύσταση αυτή δεν ισχύει για ασθενείς υψηλού κινδύνου για θρομβοεμβολή (π.χ. λόγω μηχανικής αντικατάστασης καρδιακής βαλβίδας) (Kaatz & Paje, 2011).
- Ο προεγχειρητικός πόνος: Στους ασθενείς τρίτης ηλικίας πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό πόνου προεγχειρητικά. Συνιστάται να παρουσιάζεται στον ασθενή η κλίμακα πόνου που θα χρησιμοποιηθεί και μετεγχειρητικά, ώστε να είναι εφικτή η πραγματοποίηση συγκρίσεων. Τα οπιοειδή, εάν υπάρχει σχετική ανάγκη, θα πρέπει να χορηγούνται σε μειωμένη αρχική δόση. Αν και έχουν σε μεγάλο βαθμό μη τοξική δράση στα όργανα και είναι αποτελεσματικά στους ηλικιωμένους, έχουν ορισμένους κινδύνους για τους ηλικιωμένους ασθενείς, δηλαδή επιδεινούμενες και επικίνδυνες παρενέργειες (π.χ. ανάπτυξη delirium και αυξημένος κίνδυνος πτώσης) και μπορούν να αλληλεπιδράσουν με άλλα φάρμακα που μεταβολίζονται μέσω του κυτοχρώματος P450. Εάν είναι δυνατόν, θα πρέπει να χορηγείται επιπλέον ένα μη οπιοειδές φάρμακο προκειμένου να αποφευχθεί ή να μειωθεί η χρήση

οπιοειδών. Η επιλογή ενός μη οπιοειδούς θα πρέπει να γίνεται με βάση τις προϋπάρχουσες διαταραχές, με την παρακεταμόλη και τη μεταμιζόλη να έχουν το ευνοϊκότερο προφίλ οφέλους-κινδύνου στους ηλικιωμένους (Olotu et al., 2019).

Το επόμενο στάδιο αφορά την ενδοεγχειρητική φάση. Ο χρόνος αμέσως πριν από τη χειρουργική επέμβαση, η εισαγωγή και η διατήρηση της αναισθησίας, η χειρουργική διαδικασία και η πρώιμη μετεγχειρητική φάση είναι όλοι σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη μετεγχειρητική πορεία. Ο σχεδιασμός μιας διαδικασίας που προάγει την ευημερία και την αίσθηση προσανατολισμού του ασθενούς στο χειρουργείο αποτελεί ένα τεκμηριωμένο, ιατρικά ενδεδειγμένο μέτρο για την πρόληψη του παραληρήματος (Sieber, 2009).

Η προεγχειρητική νηστεία αποτελεί βασικό τμήμα του σχεδιασμού για το χειρουργείο. Η αφυδάτωση είναι λιγότερο καλά ανεκτή με την πρόοδο της ηλικίας. Η υπερβολική προεγχειρητική νηστεία αυξάνει τη δυσφορία και την ταραχή και προάγει την έναρξη του delirium (Radtke et al., 2010). Μια περίοδος νηστείας 6 ωρών είναι επαρκής όσον αφορά την πρόληψη της εισρόφησης (Olotu et al., 2019). Τα διαυγή υγρά (π.χ. νερό, τσάι, χαμομήλι) δεν πρέπει να αποφεύγονται για περισσότερο από 2 ώρες προεγχειρητικά, καθώς αυτά δεν σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης ή άλλων επιπλοκών (Smith et al., 2014). Η προεγχειρητική κατανάλωση ποτών που περιέχουν υδατάνθρακες έως και 2 ώρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση είναι ευεργετική και, ως μορφή μη φαρμακευτικής αγχόλυσης, έχει θετική επίδραση στην ευεξία του ασθενούς (Amer et al., 2017).

Κεντρικής σημασίας για την επιτυχία του χειρουργείου είναι επίσης η ενδοεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή. Η τροποποιημένη φαρμακοκινητική και δυναμική που παρατηρείται στην τρίτη ηλικία επηρεάζει επίσης την αναισθησία. Οι κατασταλαμένοι ηλικιωμένοι ασθενείς πρέπει πάντα να υποβάλλονται σε νευροπαρακολούθηση, καθώς η υπερβολικά βαθιά αναισθησία αυξάνει τον κίνδυνο για μετεγχειρητικά γνωστικά ελλείμματα και παραλήρημα (Aldecoa et al., 2017). Εάν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν μυοχαλαρωτικά, θα πρέπει να επιλέγονται, όπου είναι δυνατόν, ουσίες βραχείας δράσης- ο μεταβολισμός που είναι ανεξάρτητος από την ηπατική και νεφρική λειτουργία είναι επωφελής. Η ρελαξομετρία πρέπει να διενεργείται ταυτόχρονα (Li et al., 2021).

Η διάρκεια της δράσης των βενζοδιαζεπινών αυξάνεται κατά τρόπο έντονα εξαρτώμενο από την ηλικία- επιπλέον, οι ουσίες αυτές σχετίζονται με την ανάπτυξη delirium (Clegg & Young, 2011). Ως εκ τούτου, οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να χρησιμοποιούνται με τη μεγαλύτερη δυνατή αυτοσυγκράτηση σε ηλικιωμένους ασθενείς. Στην περίπτωση ενεργού κατάχρησης βενζοδιαζεπινών, η οποία αφορά ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών, δεν συνιστάται φυσικά η απότομη διακοπή στην περιεγχειρητική φάση (Olotu et al., 2019).

Τα οπιοειδή καθώς και ο μετεγχειρητικός πόνος αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης delirium (Vaurio et al., 2006). Ως εκ τούτου, η επαρκής αναλγησία με μείωση των οπιοειδών έχει μεγάλη σημασία. Συνιστώνται τεχνικές περιοχικής αναισθησίας, εάν η επέμβαση και η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπουν. Ο αισθητηριακός προσανατολισμός του ασθενούς (ακουστικά και οπτικά βοηθήματα), η άμεση λεκτική επικοινωνία και η μη φαρμακευτική καταστολή διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στο χειρουργείο όσον αφορά την πρόληψη του παραληρήματος (Olotu et al., 2019).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η περιεγχειρητική αντιβιοτική προφύλαξη. Συνολικότερα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της περιεγχειρητικής αντιβιοτικής προφύλαξης στους ηλικιωμένους και αυτής στους νεότερους ασθενείς, είτε όσον αφορά την ένδειξη είτε την απόδοση. Ιδιαίτερα λόγω της συχνής πολυφαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να προτιμώνται αντιβιοτικά που έχουν χαμηλό δυναμικό αλληλεπίδρασης και τα οποία είναι καλά ανεκτά. Τα αντιβιοτικά β-λακτάμης, ιδίως οι κεφαλοσπορίνες των ομάδων 1 και 2, είναι προτιμότερα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο για πολυανθεκτικά παθογόνα, λόγω επανειλημμένης παραμονής στο νοσοκομείο ή αντιβιοτικής θεραπείας κατά τους προηγούμενους 3 μήνες. Σε περίπτωση επιβεβαιωμένου αποικισμού με πολυανθεκτικά παθογόνα, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προσαρμογής της αντιβιοτικής προφυλακτικής αγωγής ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση- ωστόσο, αυτό δεν είναι γενικά απαραίτητο. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι επωφελής εάν το ανθεκτικό παθογόνο εντοπίζεται στη χειρουργική περιοχή. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι χρήσιμη η προσπάθεια προεγχειρητικού αποαποικισμού. Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο εάν προγραμματίζονται καρδιακές, νευροχειρουργικές, αγγειακές ή ορθοπεδικές επεμβάσεις (Vaurio et al., 2006).

Ως προς την ίδια τη χειρουργική επέμβαση, στην περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών, η χειρουργική ένδειξη δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο με βάση το ερώτημα "Τι είναι χειρουργικά και τεχνικά εφικτό;", αλλά πολύ περισσότερο με βάση το ερώτημα "Τι έχει νόημα;" (Olotu et al., 2019). Θα πρέπει εδώ να ληφθεί υπόψη ότι τα ποσοστά άμεσων επιπλοκών και θνησιμότητας στην πρώιμη μετεγχειρητική πορεία, καθώς και το ποσοστό θνησιμότητας ένα έτος μετά από σπλαχνική χειρουργική επέμβαση, είναι υψηλότερα στους ασθενείς άνω των 80 ετών σε σύγκριση με τους νεότερους ασθενείς (θνησιμότητα 1 έτους: μεταξύ 4,8% και 32%, ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης) (McIsaac et al., 2016). Ως εκ τούτου, τίθεται το ερώτημα κατά πόσον η χειρουργική προσέγγιση συνδέεται στην πραγματικότητα με καλύτερη έκβαση για τον ασθενή σε σύγκριση με τη συντηρητική θεραπεία.

Η προσήλωση στη χειρουργική τραύματος στην εφαρμογή της μετεγχειρητικά επιθυμητής μερικής επιβάρυνσης με βάρος θα πρέπει να αξιολογείται κριτικά προεγχειρητικά. Σε περίπτωση περιορισμένης προσκόλλησης, θα πρέπει να αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία στην άμεση αποκατάσταση της πλήρους φόρτισης με βάρος παρά στην επίτευξη απεριόριστης κινητικότητας των άκρων στην περαιτέρω πορεία. Στόχος είναι η επίτευξη οριστικής θεραπείας με μία μόνο χειρουργική επέμβαση (Werther & Mayr, 2014).

Τέλος, δεδομένου ότι η διαχείριση των μαλακών μορίων αποτελεί επίσης πρόκληση, θα πρέπει να εξετάζονται ελάχιστα επεμβατικές διαδικασίες. Ιδανικά, οι επιμέρους παράμετροι αξιολογούνται σε διεπιστημονικό επίπεδο και σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες, αποτρέποντας έτσι μια επιρρεπή σε επιπλοκές, μονοδιάστατη διαδικασία λήψης αποφάσεων με βάση τη χειρουργική διάγνωση (O'Connor et al., 2009).

Ως προς τη μετεγχειρητική φάση, κεντρική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί η διαχείριση του delirium από πλευράς των ατόμων. Στο πλαίσιο της αναγνώρισης του delirium, είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται έγκαιρα οι αλλαγές στην επίγνωση του ασθενούς, ώστε να δρομολογούνται περαιτέρω μέτρα. Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο εδώ. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου για delirium και να εκπαιδεύεται στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Υπάρχει ένας αριθμός επικυρωμένων μέσων αξιολόγησης για τον έλεγχο του παραληρήματος σε

μονάδες εντατικής θεραπείας και αίθουσες ανάνηψης που έχουν ήδη δοκιμαστεί στην κλινική ρουτίνα και διάφορες κλίμακες που χορηγούνται στους ασθενείς. Ο έλεγχος του παραληρήματος θα πρέπει να αρχίζει στην πρώιμη μετεγχειρητική φάση και να συνεχίζεται μέχρι την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα (Sieber, 2009)

Η πρόληψη του παραληρήματος είναι υψίστης σημασίας στη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων νοσοκομειακών ασθενών. Έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος παραληρήματος μπορεί να μειωθεί κατά 30%-50% ως αποτέλεσμα μόνο των προληπτικών μέτρων. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται, για παράδειγμα, στους ακόλουθους τομείς (Λύκουρας και συν., 2011):

- Προσανατολισμός
- Διέγερση και επικοινωνία
- Κινητοποίηση
- Ρύθμιση του καρδιακού ρυθμού
- Εμπλοκή συγγενών και προσώπων εμπιστοσύνης στη φροντίδα

Τα μέτρα πρόληψης των πτώσεων, καθώς και η παρακολούθηση και ο έλεγχος της πραγματικής πρόσληψης τροφής μέσω ημερολογίων διατροφής και υγρών, είναι εξίσου σημαντικά στους ηλικιωμένους ασθενείς όσο και η επαρκής διαχείριση του πόνου (Esses et al., 2020).

Κατά τη μετεγχειρητική φάση, αντικείμενο γόνιμου προβληματισμού αποτελεί η επανέναρξη της κανονικής διατροφής. Ωστόσο, σε γενικότερο επίπεδο δεν είναι απαραίτητη η διακοπή της πρόσληψης τροφής στη μετεγχειρητική φάση. Η πρώιμη κανονική από του στόματος ή εντερική διατροφή μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης και έχει θετικό αντίκτυπο στη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Δεδομένου ότι ιδίως οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν συχνά μειωμένη αίσθηση πείνας και δίψας, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να πίνουν επαρκείς ποσότητες. Η ημερήσια πρόσληψη υγρών όλων των ηλικιωμένων ασθενών θα πρέπει να είναι γνωστή και να τεκμηριώνεται προκειμένου να αντιμετωπιστεί άμεσα η αφυδάτωση. Ασθενείς υψηλού διατροφικού κινδύνου (δείκτης μάζας σώματος <22 kg/m²) στους οποίους δεν μπορεί να επιτευχθεί επαρκής πρόσληψη τροφής από το στόμα ακόμη και με νοσηλευτική υποστήριξη θα πρέπει να λαμβάνουν άμεσα εντερικά συμπληρώματα, σε συνδυασμό με παρεντερικά συμπληρώματα, όπου είναι απαραίτητο (Olotu et al., 2019).

Η έξοδος από το νοσοκομείο και η προετοιμασία για αυτή αποτελεί άλλο ένα σημείο-πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας κατά τη φροντίδα ασθενών τρίτης ηλικίας. Θα πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στις προαναφερθείσες πτυχές στο πλαίσιο της διαχείρισης του εξιτηρίου, προκειμένου να σχεδιάζεται η βέλτιστη μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς μαζί με τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η πρόιμη αποκατάσταση υπό εξειδικευμένη γηριατρική φροντίδα και με στόχο την αποκατάσταση της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης του ασθενούς, καθώς και της λειτουργικής αυτονομίας στην καθημερινή ζωή, θα πρέπει να σχεδιάζεται εγκαίρως, εφόσον απαιτείται (Rodríguez-Bocanegra et al., 2020).

2^ο Κεφάλαιο: Γνώση και Χειρουργικές Επεμβάσεις στην Τρίτη Ηλικία

2.1 Προαγωγή της Υγείας στην Τρίτη ηλικία

Η υγεία καθορίζεται από τη συμπεριφορά με πολλούς τρόπους. Οι πιο γνωστοί τύποι συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η άσκηση/διατροφικές συνήθειες είναι μόνο μια επιλογή από τις συμπεριφορικές πτυχές της υγείας. Ένας υγιεινός τρόπος ζωής μπορεί να προωθηθεί με διάφορα μέσα, που κυμαίνονται από εκπαιδευτικά και συμβουλευτικά προγράμματα έως οικονομικά κίνητρα για έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Οι παρεμβάσεις αυτές προσφέρονται περαιτέρω με διάφορους τρόπους, από γενικά νομοθετικά μέτρα έως προγραμματικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας μπορούν να λάβουν διαφορετικές μορφές, από μικρά έργα έως μεγάλα εθνικά προγράμματα. Μπορούν να χρηματοδοτηθούν και να οργανωθούν από δωρεές ιδιωτών ή ΜΚΟ ή μέσω φορολογίας από εθνικές κυβερνήσεις. Η προαγωγή της υγείας απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Εάν μια συγκεκριμένη ομάδα μέσα σε έναν πληθυσμό επιλέγεται ως αποδέκτης παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας, αυτό οφείλεται σε βάσιμο λόγο, όπως επιδημιολογικές ανησυχίες ή προτιμήσεις στην κοινωνική πολιτική (π.χ. μέτρα που στοχεύουν ευάλωτες ή μειονεκτικές ομάδες) (Golinowska et al. 2016).

Οι ηλικιωμένοι εδώ και καιρό έχουν παραμεληθεί ως αποδέκτες των δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας. Κατά τη διάρκεια του Πρώτου Διεθνούς Συνεδρίου για την Προαγωγή της Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Οττάβα του Καναδά, το 1985, η προαγωγή της υγείας ορίστηκε ως «η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους. Συμπεριλήφθηκε στον Χάρτη της Οττάβα και θεωρείται ως ένα από τα βασικά έγγραφα που θέτει τη βάση για την προαγωγή της υγείας ως τομέα. Ο Χάρτης καθορίζει επίσης τους πέντε βασικούς τύπους δράσης για την προαγωγή της υγείας: περιλαμβάνουν τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση των κοινοτικών δράσεων, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και τον επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. Η ανάγκη προώθησης της υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων επισημάνθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1990. Πριν από αυτό, θεωρούνταν συνήθως ότι οι παλαιότερες γενιές δεν ήταν καλός στόχος για

την προαγωγή της υγείας, καθώς θεωρήθηκε ότι ήταν πολύ αργά για να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Ως εκ τούτου, το 2001, όταν ο ΠΟΥ δήλωσε ομόφωνα τη σημασία ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε κάθε στάδιο της ζωής, τα μέτρα προαγωγής της υγείας που στοχεύουν στους ηλικιωμένους άρχισαν να αυξάνονται σε αριθμό (Duplaga et al. 2016). Με απόφαση του ΠΟΥ όρισε το 2012 την προαγωγή της υγείας ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοδιαχείρισης που οδηγεί σε μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (World Health Organization, 2012). Η κατανάλωση πρωινού και η τακτική άσκηση, έχει βρεθεί ότι βελτιώνει την κατάσταση υγείας στους ηλικιωμένους. Η εφαρμογή συμπεριφορών που προάγουν την υγεία βοήθησε στην επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Πολλές μελέτες έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ της άσκησης συμπεριφορών που προάγουν την υγεία και της μειωμένης συχνότητας εμφάνισης κατάθλιψης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Έχει παρατηρηθεί μειωμένη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που συμμετέχουν σε τακτικές κοινοτικές δραστηριότητες σε σύγκριση με εκείνους που δεν συμμετέχουν σε αυτές τις δραστηριότητες. Αντίστοιχα, το συμπέρασμα ήταν ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία θα συνδεόταν με τα ευεργετικά αποτελέσματα της μειωμένης γηριατρικής κατάθλιψης και της ενισχυμένης ψυχικής υγείας (Chang et al. 2013).

Τα στοιχεία έχουν δείξει ότι η άσκηση, η διακοπή του καπνίσματος και ο περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ, η συμμετοχή σε μαθησιακές δραστηριότητες και η ένταξη στην κοινότητα μπορεί να βοηθήσει στην αναστολή της ανάπτυξης πολλών ασθενειών και στην πρόληψη της απώλειας λειτουργικής ικανότητας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής και επιμηκύνοντας το προσδόκιμο ζωής. Οι περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων επικεντρώνονται στους σχετικά νεότερους ηλικιωμένους. Στην ομάδα των ατόμων ηλικίας 85 και άνω, η έμφαση δίνεται περισσότερο στην κατάλληλη ιατρική φροντίδα από τους γιατρούς και τους φροντιστές από ότι στην υγεία. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων παίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της υγιούς συμπεριφοράς. Γνωρίζουν τους ασθενείς τους και το περιβάλλον του σπιτιού τους και, ως εκ τούτου, είναι σε μοναδική θέση να πραγματοποιούν την προαγωγή της υγείας με προσωποκεντρικό τρόπο (Varwijk et al. 2016).

Η προαγωγή της υγείας που απευθύνεται σε ηλικιωμένους διαφέρει σημαντικά από αυτή που απευθύνεται στις νεότερες γενιές. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις και πολυνοσηρότητες και η λειτουργική τους ικανότητα είναι συχνά περιορισμένη. Αυτό σημαίνει ότι τα προγράμματα προαγωγής της υγείας για τους ηλικιωμένους πρέπει να λάβουν υπόψη αυτούς τους περιορισμούς στην υγεία και τις καθημερινές δραστηριότητες και απαιτούν μεγαλύτερη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας και πιο εξατομικευμένες προσεγγίσεις. Οι ηλικιωμένοι είναι για παράδειγμα πιο πιθανό να υποφέρουν από μοναξιά και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, λόγω του σχετικά μικρότερου υπολειπόμενου προσδόκιμου ζωής τους, η εστίαση είναι περισσότερο σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας που έχουν άμεσα αποτελέσματα. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοί δεσμοί και οι κοινωνικές δραστηριότητες, π.χ. η συνέχιση της επαγγελματικής εργασίας, οι δραστηριότητες εκμάθησης, η συμμετοχή σε πολιτιστικές εκδηλώσεις και η κοινωνική εργασία και η διατήρηση ενός κοινωνικού δικτύου είναι απαραίτητα για την υγιή γήρανση. Γι' αυτό, η προαγωγή της υγείας επικεντρώνεται στην ένταξη των ηλικιωμένων στις κοινωνικές δραστηριότητες στην κοινότητα (Golinowska et al. 2016).

Οι στρατηγικές προαγωγής της υγείας για τους ηλικιωμένους έχουν γενικά τρεις βασικούς στόχους: διατήρηση και αύξηση της λειτουργικής ικανότητας, διατήρηση ή βελτίωση της αυτοφροντίδας και τόνωση του κοινωνικού δικτύου. Η ιδέα πίσω από αυτές τις στρατηγικές είναι να συμβάλουν σε μια μεγαλύτερη, ανεξάρτητη και αυτάρκη ποιότητα ζωής. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένας επιπλέον στόχος που πρέπει να εξεταστεί: η σημασία της κοινωνικής συμμετοχής και ένταξης των ηλικιωμένων για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής στην Τρίτη ηλικία. Ακόμα μπορεί να περιλαμβάνουν προσπάθειες πρόληψης, όπως διατήρηση ή σταθεροποίηση της υπάρχουσας υγείας και λειτουργίας, βελτίωση των επιπτώσεων της νόσου και της αναπηρίας και αναβολή ή καθυστέρηση περαιτέρω αναπηρίας και λειτουργικού περιορισμού. Για τον ηλικιωμένο η μετατόπιση ή η καθυστέρηση της μέσης ηλικίας εμφάνισης συγκεκριμένων ασθενειών και αναπηριών, όπως το κάταγμα του ισχίου, μπορεί να καταστήσει πιο ευχάριστη την επιβίωση μέχρι τα γηρατεία, καθώς το προσδόκιμο ενεργού ζωής αυξάνεται και η νοσηρότητα μετατοπίζεται στο τέλος του τη διάρκεια ζωής. Η διατήρηση της προσωπικής ανεξαρτησίας και η αποφυγή της ιδρυματοποίησης μπορεί επίσης να θεωρηθούν ως

θεμιτοί στόχοι μιας στρατηγικής προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών για τους ηλικιωμένους, καθώς συνδέονται τόσο στενά με την ποιότητα ζωής (Dapp et al. 2007).

Η επιτυχία ενός προγράμματος προαγωγής υγείας και πρόληψης ασθενειών εξαρτάται από πολλά πράγματα. Το ένα είναι ένα ενημερωμένο κοινό, το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται από την ευρεία διάδοση των γνωστών οφελών και επιβλαβών επιπτώσεων στην υγεία και την ευημερία συγκεκριμένων συμπεριφορών. Επίσης απαραίτητη είναι η προθυμία των ατόμων να αλλάξουν στάσεις, συνήθειες και συμπεριφορές και η πρωτοβουλία να αναλάβει την ευθύνη για τη δική του υγεία και την υγεία της οικογένειάς του. Απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις τεχνικές και τις στρατηγικές που είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικές για την πρόκληση και τη διατήρηση αλλαγής στάσης και συμπεριφοράς, όχι μόνο στους ηλικιωμένους, αλλά και στον γενικό πληθυσμό (Dapp et al. 2007).

2.2 Η πληροφοριακή συμπεριφορά

2.2.1 Η έννοια της πληροφοριακής συμπεριφοράς

Συχνά πλέον γίνεται λόγος για την πληροφοριακή συμπεριφορά. Για την αντίληψη της συγκεκριμένης έννοιας είναι επιβεβλημένη η κατανόηση των επιμέρους στοιχείων που συναποτελούν και τυχόν εννοιών με τις οποίες σχετίζεται άμεσα (Case & Given, 2017):

1. Η πληροφορία, που αναφέρεται σε κάθε αντιλαμβανόμενη διαφοροποίηση στο περιβάλλον ή ενδογενή που εντοπίζει κάποιος στον οργανισμό του. Επομένως μπορεί να οδηγήσει σε μία μεταβολή στην αντίληψη του ατόμου για την πραγματικότητα που βιώνει.

2. Η πληροφοριακή ανάγκη, η οποία αφορά την αναγνώριση πως οι γνώσεις που κάποιος έχει δεν αρκούν προκειμένου να πραγματοποιήσει έναν στόχο ή μία επιθυμία. Ενδεχομένως οι ανάγκες αυτές να βρίσκονται στο φάσμα του συνειδητού, αλλά και του ασυνειδητού, δηλαδή το άτομο να μην έχει απόλυτη επίγνωση αυτών.

3. Η αναζήτηση της πληροφορίας, η οποία αναφέρεται στη διαδικασία που με στόχο την απόκτηση πληροφοριών προκειμένου κάποιος να ικανοποιήσει τις ανάγκες και να καλύψει σχετικά γνωστικά του κενά και μπορεί να πραγματοποιηθεί με την αναζήτηση πληροφοριών.

4. Η χρήση της πληροφορίας, έχει να κάνει με την πρακτική αξιοποίηση των πληροφοριών που αναζητήθηκαν σε ένα προηγούμενο στάδιο.

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, η πληροφοριακή συμπεριφορά έχει να κάνει με το σύνολο των συμπεριφορών αναζήτησης πληροφοριών, αλλά και με συμπεριφορές που δεν συνεπάγονται αναζήτηση, όπως για παράδειγμα η συνειδητή αποφυγή της επαφής με ένα συγκεκριμένο είδος πληροφοριών. Η πληροφοριακή συμπεριφορά σχετίζεται με μία διαδικασία που αφορά το άμεσο περιβάλλον, το χρόνο και τα άτομα του πλαισίου αλληλεπίδρασης, την κουλτούρα του περιβάλλοντος κ.α. Άμεσα συνδεδεμένες με την πληροφοριακή συμπεριφορά είναι ακόμα άλλες δύο έννοιες. Η πρώτη έννοια αφορά τις πρακτικές πληροφόρησης, που έχουν να κάνουν με τις λεπτομέρειες των διαδικασιών, τα μέσα και τις στρατηγικές της πληροφοριακής συμπεριφοράς. Η δεύτερη έννοια αφορά τις εμπειρίες πληροφόρησης, που αναφέρονται στη συνεχή μάθηση μέσω της επαφής με ένα μεγαλύτερο εύρος πληροφοριών (Σαράφης & Μπαμπίδης, 2020).

2.2.2 Πληροφοριακή συμπεριφορά και θεωρητικά μοντέλα

Η πληροφοριακή συμπεριφορά εξετάζεται από μία πληθώρα διαφορετικών κλάδων των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, όπως η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η επικοινωνιολογία. Έτσι, έχει προταθεί μία σειρά διαφορετικών μοντέλων που επιχειρούν να αποτυπώσουν και να εξηγήσουν τη σχετική έννοια. Τα συγκεκριμένα μοντέλα αναπτύχθηκαν από τον Wilson και από άλλους μελετητές της πληροφοριακής συμπεριφοράς. Η ανάπτυξή τους έλαβε χώρα από το 1981 έως και το 1999, παράλληλα δηλαδή με τη μετάβαση από τις βιομηχανικές κοινωνίες στην κοινωνία της πληροφορίας (Wilson, 1999).

Το πρώτο μοντέλο αναπτύχθηκε το 1981. Βασικός στόχος αυτού του μοντέλου ήταν η επεξήγηση της διαδικασίας που τότε λάμβανε τον τίτλο “information - seeking behavior”. Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, η αναζήτηση πληροφοριών είναι αποτέλεσμα της αντιλαμβανόμενης από πλευράς του ατόμου αναγκαιότητας αναζήτησης πληροφοριών. Έτσι, η ανάγκη για πληροφορία οδηγεί εν συνεχεία σε σχετικές συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί είτε να είναι επιτυχημένες είτε όχι. Αν οι συμπεριφορές αυτές είναι επιτυχημένες, τότε το άτομο θεωρεί πως η ανάγκη του για πληροφορία καλύφθηκε και χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές για την υλοποίηση

των στόχων του. Αν η διαδικασία αυτή δεν είναι επιτυχημένη, τότε το άτομο αναπτύσσει διαφορετικού τύπου στρατηγικές έναντι της αρχικής αυτής αποτυχίας. Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, η διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών είναι δυναμική και εμπερικλείει άλλα άτομα, επιδιώκοντας τη μέγιστη δυνατή επιτυχία της διαδικασίας. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρει ο ίδιος ο Wilson (1999), το συγκεκριμένο μοντέλο δεν εστίασε σε ικανό βαθμό στους αιτιακούς παράγοντες που κινητοποιούν σε πρώτη φάση τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών από πλευράς κάποιου.

Επιδιώκοντας την κάλυψη του ζητήματος της παρακίνησης κατά την αναζήτηση πληροφοριών, ο Wilson ανέπτυξε το 1981 ένα ακόλουθο μοντέλο. Το συγκεκριμένο μοντέλο αναπτύχθηκε βάσει της ανάγκης για πληροφορίες ως μία δευτερεύουσα ανάγκη του ανθρώπου, η οποία βρίσκεται υπό την επίδραση άλλων πρωταρχικών αναγκών. Έτσι, η αναζήτηση πληροφοριών δεν θεωρείται με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο ως μία εγγενής και πρωταρχικού χαρακτήρα ανάγκη. Καθώς το άτομο αντιμετωπίζει εμπόδια έναντι του εξωτερικού του περιβάλλοντος, αντιλαμβάνεται ότι έχει ανάγκη περισσότερες πληροφορίες προκειμένου να αντιπαρέρχεται τα σχετικά εμπόδια και να καλύπτει τις υφιστάμενες ασυμμετρίες ανάμεσα στις γνώσεις και τις δεξιότητες που έχει και αυτών που θα έπρεπε να έχει ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει έναντι των σχετικών εμποδίων.

Ένα άλλο σχετικό μοντέλο το οποίο αναφέρεται από τον Wilson είναι το μοντέλο του Dervin (1999), το οποίο συναντάται στη βιβλιογραφία με τον όρο “Sense-Making Theory”. Σύμφωνα με τον Wilson (1999), το συγκεκριμένο μοντέλο συνιστά ένα σύνολο από υποθέσεις και κατά μία έννοια αποτελεί μία θεωρητική οπτική και μία μεθοδολογική προσέγγιση, αλλά όχι ένα συνολικό και ολοκληρωμένο μοντέλο. Η θεωρητική προσέγγιση που αναπτύχθηκε από τον Dervin βασίζεται σε ένα σύνολο τεσσάρων βασικών στοιχείων:

1. Σε μια δεδομένη κατάσταση που γίνεται αντιληπτή ως δυσκολία ή ως πρόβλημα.
2. Σε ένα κενό, που αναφέρεται στο χάσμα μεταξύ της βέλτιστης δυνατής κατάστασης πληροφόρησης και της υφιστάμενης κατάστασης.
3. Σε μια έκβαση, που αφορά τις θετικές συνέπειες που συνεπάγεται για το άτομο η κάλυψη των πληροφοριακών του αναγκών.

4. Σε μια μορφή γεφυρώματος, η οποία έχει να κάνει με τον τρόπο κάλυψης του χάσματος ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και στην έκβαση.

Ένα επιπρόσθετο μοντέλο στο οποίο αναφέρεται ο Wilson είναι το μοντέλο που αναπτύχθηκε από τον Ellis (1989), μοντέλο το οποίο στη συνέχεια εξελίχθηκε βάσει της συνεισφοράς των Ellis et al. (1993). Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, η αναζήτηση πληροφοριών στηρίζεται σε αλληλοδιαδεχόμενα μεταξύ τους στάδια, τα οποία είναι τα παρακάτω:

1. Η έναρξη, που αφορά την εκκίνηση της διαδικασίας αναζήτησης πληροφοριών από το άτομο, μια διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα μέσω επιμέρους διαφορετικών τρόπων. Επί παραδείγματι, η ερώτηση προς κάποιο γνώστη σχετικά με ένα ζήτημα συνιστά ένα σημείο αφετηρίας για την εκκίνηση της συγκεκριμένης διαδικασίας.

2. Η σύνδεση, που αναφέρεται στην προσπάθεια για επίτευξη μιας συνοχής ανάμεσα σε σποραδικές ως τότε πληροφορίες, κάτι που συνεπάγεται και διαπίστωση των πληροφοριών αυτών που μεταξύ τους παρουσιάζουν περιορισμένη συνοχή.

3. Την αναζήτηση, που λαμβάνει χώρα μέσω προσχεδιασμένης ή μη αναζήτησης σχετικά με τις πληροφορίες που κάποιος θεωρεί ότι δεν κατέχει επαρκώς.

4. Τη σύμπτυξη, η οποία αναφέρεται στο στάδιο στο οποίο το άτομο αποκτά πλέον μία ικανή εικόνα σχετικά με τις κρίσιμες για αυτό πληροφορίες, μέσα από τον αποκλεισμό της περαιτέρω επεξεργασίας των μη αναγκαίων πληροφοριών και της απόκτησης μιας ξεκάθαρης εικόνας.

5. Την παρακολούθηση, που αφορά τη διαρκή τάση για αναθεώρηση και ενημέρωση των πληροφοριών.

6. Την εξαγωγή των πληροφοριών, που έχει να κάνει με την εστίαση από πλευράς του ατόμου στις πιθανώς χρήσιμες πληροφορίες.

7. Την εγκυροποίηση, η οποία έχει να κάνει με την επιβεβαίωση του κατά πόσο οι νέες πληροφορίες διακρίνονται από αξιοπιστία, αλλά και χρησιμότητα ως συνάρτηση των πληροφοριακών αναγκών του ατόμου.

8. Τον τερματισμό της διαδικασίας, βάσει της οποίας προκύπτει ένα νέο σύνολο από γνώσεις.

Σύμφωνα με τον Wilson (1999), το παραπάνω μοντέλο έχει μία πληθώρα ισχυρών σημείων, αλλά και αδυναμιών. Το θετικά αποτιμώμενο στοιχείο του μοντέλου αυτού έχει να κάνει με το ότι η επεξηγηματική του ισχύς υποστηρίζεται από διαπιστώσεις σχετικών ερευνών. Κατά συνέπεια, πρόκειται για ένα μοντέλο που η εγκυρότητα του υποστηρίζεται από την ίδια την έρευνα και όχι για ένα θεωρητικό μοντέλο χωρίς σχετική τεκμηρίωση. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρει, το συγκεκριμένο μοντέλο θέτει ξεκάθαρα όρια στην εκκίνηση και στο πέρας της διαδικασίας που αφορά την αναζήτηση και την επεξεργασία των πληροφοριών. Ως εκ τούτου, το συγκεκριμένο μοντέλο δεν θεωρεί την επεξεργασία πληροφοριών ως μία διαρκή και δυναμική σε μεγάλο βαθμό κατάσταση, αλλά ως μία κατάσταση που διακρίνεται από συγκεκριμένους χρονικούς περιορισμούς, δηλαδή ως μία διαδικασία που ενεργοποιείται κατά τρόπο συνειδητό από το άτομο όταν το επιθυμεί και λαμβάνει τη σχετική απόφαση, κάτι που με βάση την κριτική του Wilson ενδεχομένως να μην είναι αληθές.

Το μοντέλο της Kuhlthau (1993) αποτελεί ένα συμπληρωματικό μοντέλο το οποίο βασίστηκε σε αυτό που αναπτύχθηκε από τον Ellis. Το συγκεκριμένο μοντέλο συμπλήρωσε τα στάδια δράσεων που αναπτύχθηκαν από τον Ellis κατά τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών. Με βάση την Kuhlthau, βασικό ρόλο έχουν τα συναισθήματα και οι γνώσεις οι οποίες οδηγούν σε έναρξη της διαδικασίας αναζήτησης πληροφοριών. Με βάση το μοντέλο της Kuhlthau, τα σχετικά στάδια είναι τα κάτωθι:

1. Το αρχικό στάδιο, στο οποίο γίνεται ο εντοπισμός των σχετικών πληροφοριακών κενών.
2. Το στάδιο της εξερεύνησης για την επιλογή των πληροφοριών.
3. Το στάδιο συλλογής των πληροφοριών ως άμεση συνάρτηση των πληροφοριακών αναγκών από πλευράς του ατόμου.
4. Στο στάδιο τερματισμού και ολοκλήρωσης της σχετικής διαδικασίας.

Μέσα από τη συγκριτική επισκόπηση των δύο αυτών μοντέλων ο Wilson (1999) οδηγείται στη διαπίστωση πως τα δύο αυτά μοντέλα διακρίνονται από κοινά και διαφορετικά μεταξύ τους στοιχεία. Στο μοντέλο του Ellis δεν υπάρχουν ακριβώς

στάδια, άλλα στοιχεία της συμπεριφοράς που παρουσιάζονται σε διαφορετικές συνθήκες. Ως εκ τούτου, η Kuhlthau αντιλαμβάνεται τα στάδια ως τη βάση ανάλυσης της συμπεριφοράς, ενώ ο Ellis δίνει έμφαση και βαρύτητα σε πιθανώς διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάμεσα στα άτομα τα οποία έχουν κεντρικό ρόλο στις πληροφοριακές ανάγκες και στις σχετικές συμπεριφορές.

Εν συνεχεία και με βάση αυτά τα μοντέλα αναπτύχθηκε το τελικό μοντέλο από πλευράς του ίδιου του Wilson (1996), το οποίο συνιστά μια προσθήκη στο αρχικό μοντέλο που διατύπωσε το 1981, αλλά και στη μετέπειτα εκδοχή που αναπτύχθηκε. Τα δομικά στοιχεία του συγκεκριμένου μοντέλου παραμένουν αμετάβλητα, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Στο νέο αυτό μοντέλο γίνεται συχνά χρήση του όρου “intervening variables”, όρος ο οποίος αναφέρεται σε μεταβλητές που δρουν κατά τρόπο ενισχυτικό έναντι της πρόσβασης σε πληροφορίες, αλλά και ως εμπόδια. Η συμπεριφορά αναζήτησης πληροφοριών αποτελείται από πιο πολλούς τύπους από ότι παλιότερα θεωρούνταν, ενώ η ενεργός αναζήτηση πληροφοριών αποτελεί τον πυρήνα του συγκεκριμένου μοντέλου. Η επεξεργασία και χρήση πληροφοριών νοείται με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο ως άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανατροφοδότηση της διαδικασίας η οποία εκκινεί εκ νέου όταν κάτι τέτοιο κρίνεται αναγκαίο. Τέλος, με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο αναπτύσσεται σύνδεση με ψυχολογικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται κατά την αναζήτηση και αξιοποίηση πληροφοριών και αποτελούν βασικούς μηχανισμούς επί των οποίων στηρίζεται η όλη ενέργεια.

2.3 Προσδοκώμενη και αποκτηθείσα γνώση σχετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις

Διάφορες ως τώρα έρευνες έχουν μελετήσει τις προσδοκίες γνώσης και τη γνώση που λαμβάνουν τα άτομα προ του χειρουργείου. Σε μία σχετική μελέτη στη Φιλανδία εξετάστηκαν 120 ορθοπεδικοί ασθενείς που χειρουργήθηκαν το 2004. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως τα άτομα ανέμεναν να λάβουν περισσότερη γνώση από αυτή που πράγματι λάμβαναν. Ειδικότερα, θεωρούσαν πως η γνώση που λάμβαναν σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους ήταν αμιγώς σχετιζόμενη με την πάθησή τους και λάμβαναν ανεπαρκή πληροφόρηση σχετικά με ειδικά, κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα που αφορούσαν την κατάσταση της υγείας τους. Μάλιστα, φάνηκε πως η αναντιστοιχία μεταξύ της προσδοκώμενης γνώσης και της γνώσης που

εν τέλει έλαβαν τα άτομα ήταν πιο μεγάλη για τους ηλικιωμένους ασθενείς της έρευνας (Heikkinen et al., 2007).

Σε μία άλλη μελέτη με δείγμα 1.446 ασθενών που υποβάλλονταν σε αρthroπλαστική χειρουργική σε 7 διαφορετικές χώρες εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα σε διάφορα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και στις προσδοκίες γνώσης των ατόμων. Όπως διαπιστώθηκε, οι προσδοκίες αυτές ήταν πιο χαμηλές για τους ηλικιωμένους ασθενείς της έρευνας σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς της μελέτης (Klemetti et al., 2016).

Ένα άλλο ιδιαίτερο ενδιαφέρον αντικείμενο εξέτασης αφορά τη σύγκριση της προσδοκώμενης και της αποκτηθείσας γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο. Σε σχετική μελέτη που διεξήχθη το 2003 στη Φιλανδία μελετήθηκε ένα δείγμα 237 χειρουργικών ασθενών πριν και μετά το χειρουργείο ως προς την προσδοκώμενη και την αποκτηθείσα γνώση. Η σύγκριση των μετρήσεων πριν και μετά το χειρουργείο οδήγησε στη διαπίστωση πως τα άτομα έλαβαν λιγότερες γνώσεις σχετικά με ηθικά, κοινωνικά, ιατρικά και κοινωνικά ζητήματα που αφορούσαν την κατάσταση της υγείας τους. Ωστόσο, η απόκλιση μεταξύ της προσδοκώμενης γνώσης και της γνώσης που τελικώς έλαβαν τα άτομα ήταν πιο μικρή στις αμιγώς ιατρικές διαστάσεις που εξετάστηκαν, όπως για παράδειγμα αυτή που σχετίζονταν με τη λειτουργικότητα που συνεπάγεται η νόσος για τους ασθενείς. Το χάσμα προσδοκώμενης γνώσης και γνώσης που αποκτήθηκε ήταν επομένως πιο μεγάλο για τις διαστάσεις που σχετίζονται με ψυχοκοινωνικές και ηθικές παραμέτρους της εμπειρίας της νόσου και του χειρουργείου. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πως οι προσδοκίες για απόκτηση γνώσης ήταν πιο υψηλές για όσους είχαν πιο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Η γνώση που αποκτήθηκε ήταν πιο υψηλή για όσους ήταν άντρες και για όσους ήταν ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (Rankinen et al., 2007).

Σε άλλη μελέτη εξετάστηκε ένα δείγμα 943 ασθενών που υποβάλλονταν σε αρthroπλαστικές επεμβάσεις. Οι μετρήσεις της έρευνας πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά το χειρουργείο. Οι ασθενείς χειρουργήθηκαν τη χρονική περίοδο 2009 έως 2012. Επρόκειτο για μία πανευρωπαϊκή μελέτη σε 7 διαφορετικές χώρες. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πως οι προσδοκίες γνώσης από πλευράς των ατόμων ήταν υψηλές, αλλά πως η γνώση που απέκτησαν δεν ανταποκρίνονταν τελικώς στις προσδοκίες τους. Μάλιστα, διαπιστώθηκε πως υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση στο χάσμα αυτό

ανά χώρα. Οι ασθενείς που κατοικούσαν στην Ελλάδα και στη Σουηδία διαπιστώθηκε πως είχαν πιο έντονο χάσμα της προσδοκώμενης γνώσης και της γνώσης που απέκτησαν σε σύγκριση με ασθενείς που κατοικούσαν στη Φιλανδία, στην Ισπανία και στη Λιθουανία. Φαίνεται επομένως πως το χάσμα ανάμεσα στην προσλαμβανόμενη γνώση και στην προσδοκώμενη γνώση είναι πιο έντονο σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης σε σχέση με άλλες (Klemetti et al. 2015).

Σε άλλη έρευνα σε δείγμα 258 ασθενών γενικών και ορθοπεδικών χειρουργικών τμημάτων χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια πριν και μετά το χειρουργείο, ενώ επίσης πραγματοποιήθηκε και συνέντευξη 30 μέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Και σε αυτή την έρευνα συγκρίθηκε η γνώση που προσέλαβαν τα άτομα με τη γνώση που ανέμεναν. Μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων φάνηκε πως οι άντρες είχαν μικρότερο χάσμα μεταξύ της προσδοκώμενης και της προσλαμβανόμενης γνώσης. Επιπλέον, στους ασθενείς που πραγματοποιήθηκε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση ορθοπεδικών εμφυτευμάτων υπήρχε μικρότερο χάσμα έναντι των ατόμων εκλεκτικής μικροχειρουργικής ορθοπεδικής και χειρουργικής χειρός. Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετώπισαν περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για χάσμα μεταξύ της προσδοκώμενης γνώσης και της γνώσης που έλαβαν (Koivisto et al., 2020).

Σε μία επιπρόσθετη έρευνα στην Ισπανία εξετάστηκε ένα δείγμα 263 ασθενών στους οποίους πραγματοποιήθηκε χειρουργική επέμβαση στο ισχίο τη χρονική περίοδο 2009 έως 2012. Οι μετρήσεις της έρευνας πραγματοποιήθηκαν πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο, κατά το εξιτήριο και έξι έως και επτά μήνες αργότερα. Οι ασθενείς φάνηκε πως έλαβαν λιγότερη γνώση σε σχέση με αυτή που ανέμεναν. Η έρευνα αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω του ότι οδήγησε στη διαπίστωση πως τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν διαφοροποιούν απλώς τις προσδοκίες γνώσης και το χάσμα μεταξύ της προσδοκώμενης και της γνώσης που εν τέλει αποκτάται, αλλά και επιμέρους διαστάσεις της προσδοκώμενης γνώσης από πλευράς των ατόμων. Για παράδειγμα, στη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε πως ασθενείς οι οποίοι ήταν άνεργοι είχαν εντονότερες προσδοκίες πληροφόρησης για τις συνέπειες που θα έχει το χειρουργείο στην κοινωνική τους λειτουργικότητα και στη δυνατότητα τους να βρουν απασχόληση. Φαίνεται επομένως πως το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των ατόμων ενδεχομένως να μην διαφοροποιεί

σε γενικότερο επίπεδο τις προσδοκίες γνώσεις, αλλά και συγκεκριμένες παραμέτρους και πτυχές αυτών (Cano-Plans et al., 2018).

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκε ένα δείγμα 320 ασθενών στη Φιλανδία, την Ισλανδία και τη Σουηδία, οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε επέμβαση στο ισχίο. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πως τα άτομα ανέμεναν περισσότερες γνώσεις σε σχέση με αυτές που έλαβαν. Οι ασθενείς που ήταν πιο υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ήταν πιο πιθανό να έχουν πιο μεγάλη αναντιστοιχία ανάμεσα στις γνώσεις και στις προσδοκίες τους. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκε επίσης η ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα, ασθενείς οι οποίοι είχαν εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν και μεγαλύτερη αναντιστοιχία ανάμεσα στις προσδοκίες γνώσης και στη γνώση που απέκτησαν (Stark et al., 2014).

Άλλες ωστόσο έρευνας δεν οδηγούν σε ένα χάσμα προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης. Σε μία σχετική μελέτη στη Φιλανδία μελετήθηκε ένα δείγμα 480 ασθενών. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκαν οι προσδοκώμενες γνώσεις, η γνώση που έλαβαν τα άτομα και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Στη μελέτη αυτή φάνηκε πως το 85% των ατόμων λάμβαναν σημαντική γνώση προεγχειρητικά. Και σε αυτή ωστόσο την περίπτωση οι διαστάσεις που καλύπτονταν σε μεγαλύτερο βαθμό ήταν αυτές οι οποίες αφορούσαν τις αμιγώς ιατρικές διαστάσεις της φροντίδας των ατόμων. Παράλληλα, υπήρξε μία θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γνώσης που έλαβαν τα άτομα και της αποτίμησής τους για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Gröndahl et al., 2019).

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3^ο: Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς πριν και μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Σε αυτή την μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια, ένα που δόθηκε πριν την χειρουργική επέμβαση και ανέλυε τις προσδοκίες των ασθενών (Αναμενόμενη Γνώση Ασθενών Νοσοκομείου) και ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο που δόθηκε μετά τη χειρουργική επέμβαση και ανέλυε τη γνώση που λαμβάνει (Λήψη Γνώσης Ασθενών Νοσοκομείου). Στα ερωτηματολόγια περιλαμβάνονται έξι στοιχεία της γνώσης (βιο-φυσιολογικά, λειτουργικά, βιωματικά, ηθικά, κοινωνικά και οικονομικά).

Η βασική υπόθεση της έρευνας είναι η αξιολόγηση της υπάρχουσας γνώσης πριν την χειρουργική επέμβαση με αποτέλεσμα να ενδυναμώνει και να διαχειρίζεται τα οργανικά του συμπτώματα σε σχέση με την χειρουργική επέμβαση.

Στόχος των συστημάτων υγείας είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς πριν και μετά την επέμβαση ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες επιπλοκών και μεγαλύτερης παραμονής στο νοσοκομείο.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν τα παρακάτω:

- Ποια γνώση αναμένουν να λάβουν οι ασθενείς σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση;
- Ποια η σχέση μεταξύ προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης;
- Μετά την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς έλαβαν τις γνώσεις που ανέμεναν από τους επαγγελματίες υγείας;
- Ποια τα επίπεδα πόνου, τα οργανικά συμπτώματα των ασθενών πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση;

Κεφάλαιο 4^ο : Μεθοδολογία

4.1 Σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου σε δυο χρονικές στιγμές: πριν από την χειρουργική επέμβαση και πριν την έξοδο του ηλικιωμένου από το νοσοκομείο.

4.2 Δείγμα μελέτης

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός που μελετήθηκε προερχόταν από την ευρύτερη περιοχή του Πύργου – Ηλείας και ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν τη νοητική ικανότητα να αντιλαμβάνονται τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και να μπορούν να απαντήσουν χωρίς κάποια βοήθεια από τον ερευνητή. Ακόμα, έπρεπε να νοσηλεύονται σε χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου Πύργου.

Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι σε θέση να μιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα και να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις. Να έχουν ενημερωθεί πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να έχουν υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

Ως κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη τέθηκαν η ηλικία μικρότερη των 65 ετών, η παρουσία οποιουδήποτε γηριατρικού συνδρόμου στο βαθμό που θα καθιστά ανέφικτη την επικοινωνία με τον ασθενή, η έλλειψη επαρκών επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην Ελληνική γλώσσα και η νόσηση από τη νόσο COVID-19. Διευκρινίζεται ότι οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες αφορούν προβλήματα στην ανάγνωση λόγω μειωμένης όρασης.

4.3 Εργαλεία μέτρησης

Τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα της συγκεκριμένης έρευνας περιλάμβαναν:

- το φύλο (άντρας/ γυναίκα)
- την ηλικία (έτη)
- την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-η/ άγαμος-η/ διαζευγμένος-η/ χήρος-α)

- τον αριθμό παιδιών
- το βάρος
- το ύψος
- τον προγενέστερο αριθμό εισαγωγών σε νοσοκομείο κατά το τελευταίο έτος
- τον προγενέστερο αριθμό εισαγωγών σε νοσοκομείο κατά τα τελευταία πέντε έτη
- το λόγο εισαγωγής στο νοσοκομείο (ανοιχτή ερώτηση)
- τα λοιπά νοσήματα από τα οποία πάσχουν τα άτομα (ανοιχτή ερώτηση)
- τα φάρμακα τα οποία του παρόντος λαμβάνουν τα άτομα (ανοιχτή ερώτηση)

Εν συνεχεία, τα δύο ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν τα εξής:

- η «Κλίμακα Προσδοκιών Γνώσεων Νοσηλευόμενων Ασθενών» που μετρά την αναμενόμενη γνώση επίσης από ένα σύνολο 42 ερωτήσεων
- η «Κλίμακα Αποκτηθείσας Γνώσης Νοσηλευόμενου Ασθενούς» και μετρά την αποκτηθείσα γνώση από ένα σύνολο 42 ερωτήσεων.

Τα δύο αυτά εργαλεία μέτρησης έχουν την ίδια δομή και οι ερωτήσεις καλύπτουν και τις έξι διαστάσεις που αφορούν την εκπαίδευση ενδυνάμωσης των ασθενών. Ειδικότερα, 8 ερωτήσεις αναφέρονται στη βιοσωματική διάσταση (ασθένεια, συμπτώματα, εξετάσεις, θεραπεία, επιπλοκές), 8 ερωτήσεις στη λειτουργική διάσταση (κινητικότητα, ανάπαυση, θρέψη, υγιεινή), 3 ερωτήσεις στην εμπειρική διάσταση (συναισθήματα, εμπειρίες), 9 ερωτήσεις στην ηθική διάσταση (δικαιώματα, υποχρεώσεις, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, εμπιστευτικότητα), 6 ερωτήσεις στην κοινωνική διάσταση (συμμετοχή των ασθενών και φροντίδα, υποστήριξη, οργανώσεις των ασθενών) και 6 ερωτήσεις στην οικονομική διάσταση (κόστος, ασφαλιστικά ζητήματα). Οι απαντήσεις των ατόμων δίνονται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαστημάτων τύπου Likert με τιμές από 1 (συμφωνώ απόλυτα) έως 4 (διαφωνώ απόλυτα), ενώ ο βαθμός 0 αντιστοιχεί στην επιλογή "δεν ισχύει στην περίπτωσή μου". Επιπροσθέτως, στο τέλος των δύο αυτών εργαλείων μέτρησης υπάρχουν δύο ερωτήσεις που αφορούν τα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα των ατόμων. Οι ερωτήσεις αυτές λαμβάνουν τιμές από 1 (πολύ συχνά) έως 4 (ποτέ). Το ανώτατο σκορ είναι το 160. Χαμηλές τιμές σημαίνουν υψηλότερη αναμενόμενη και αποκτηθείσα γνώση (Rankinen et al., 2007). Τα δύο αυτά εργαλεία έχουν σταθμίσει στα Ελληνικά οι Κοπανιτσάνου και συν. (2016).

Η προτεινόμενη έρευνα έλαβε χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου, Ηλείας. Ειδικότερα, στη μελέτη συμμετείχαν 211 άτομα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, ο τελικός αριθμός των οποίων καθορίστηκε από τα προγραμματισμένα χειρουργεία του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου. Στους ασθενείς χορηγούνταν τα σχετικά ερωτηματολόγια τρεις ημέρες πριν το χειρουργείο και πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Οι χειρουργημένοι ασθενείς συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια είτε μόνοι τους, είτε με τη βοήθεια της ερευνήτριας/μεταπτυχιακής φοιτήτριας μόνο σε περίπτωση διευκρίνισης κάποιας ερώτησης χωρίς την καθοδήγηση στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου.

4.4 Ηθικά ζητήματα

Για το πρωτόκολλο μελέτης υποβλήθηκε αίτημα στο νοσοκομείο Πύργου Ηλείας με Αριθμό Πρωτοκόλλου 30048 για χορήγηση άδειας, η οποία κατατέθηκε στην ΕΗΔΕ του ΠΑΔΑ με Αριθμό Πρωτοκόλλου 10824. Η μελέτη σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις ηθικές και νομικές αρχές που διέπουν την επιστημονική έρευνα, όπως αυτές παρατίθενται στην Διακήρυξη του Ελσίνκι 2013 (WMA).

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν αναλυτικά για το σκοπό της έρευνας και για όλα τα θέματα που αφορούν τη συμμετοχή τους και αφού συναινούσαν στην συνέχεια υπέγραφαν το έντυπο ενημέρωσης – συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διακόψουν τη συμμετοχή τους στην μελέτη σε όποιο στάδιο το επιθυμούσαν χωρίς επιπτώσεις και χωρίς να ενημερώσουν για το λόγο. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τη δυνατότητα καταγγελίας ή παράπονου επίσημα με ειδική φόρμα. Την ευθύνη για την ορθή φύλαξη των δεδομένων φέρει η ερευνήτρια και λαμβάνει χώρα σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες του GDPR.

Τα αρχεία που αποτελούνται από ερωτηματολόγια και έντυπα συγκατάθεσης, φυλάσσονται σε διαφορετικούς αποθηκευτικούς χώρους στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας σε κλειδωμένο γραφείο για 5 χρόνια. Επισημαίνεται ότι κανένα στοιχείο δεν θα διαβιβαστεί ή κοινοποιηθεί σε τρίτους. Σε κάθε περίπτωση θα ακολουθηθεί η πολιτική και οι οδηγίες του ΠΑΔΑ. Μόνο η ερευνητική ομάδα θα έχει πρόσβαση στα στοιχεία αυτά.

Τέλος, δόθηκε η άδεια χρήσης των σχετικών εργαλείων μέτρησης από τις ερευνήτριες της ελληνικής έκδοσης των ερωτηματολογίων από τις ερευνήτριες της ελληνικής έκδοσης (Κοπανιτσάνου και συν., 2016).

4.5 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 21. Αρχικώς, μέσω περιγραφικής στατιστικής υπολογίστηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι αναλύσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση απόλυτων τιμών και ποσοστών επί τοις εκατό για τις κατηγορικές μεταβλητές, ενώ οι αντίστοιχες αναλύσεις για τις ποσοτικές μεταβλητές έλαβαν χώρα με τη χρήση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Οι έλεγχοι αυτοί χρησιμοποιήθηκαν και στην περίπτωση των συνολικών σκορ και των σκορ των υποκλιμάκων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.

Πριν από την πραγματοποίηση των επαγωγικών ελέγχων, πραγματοποιήθηκε μελέτη της κανονικότητας της κατανομής με στόχο τη διερεύνηση της αναγκαιότητας χρήσης παραμετρικών ή μη παραμετρικών ελέγχων. Όπως διαπιστώθηκε (Πίνακας 1), η κανονικότητα της κατανομής παραβιάζόταν στο σύνολο των σχετικών μεταβλητών, καθώς ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov οδήγησε στο σύνολο των εξεταζόμενων μεταβλητών σε στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Πίνακας 1. Η κανονικότητα της κατανομής των μετρήσεων της έρευνας			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	P
Βιοσωματική pre	278	205	0.000
Λειτουργική pre	220	205	0.000
Εμπειρική pre	242	205	0.000
Ηθική pre	169	205	0.000
Κοινωνική pre	200	205	0.000

Οικονομική pre	221	205	0.000
Βιοσωματική post	168	205	0.000
Λειτουργική post	197	205	0.000
Εμπειρική post	237	205	0.000
Ηθική post	165	205	0.000
Κοινωνική post	198	205	0.000
Οικονομική post	106	205	0.000
Συμπτώματα pre	104	205	0.000
Συναισθήματα pre	136	205	0.000
Συμπτώματα post	120	205	0.000
Συναισθήματα post	123	205	0.000
Προσδοκώμενη γνώση	150	205	0.000
Αποκτηθείσα γνώση	151	205	0.000

Με αφετηρία τα ανωτέρω, η σχέση προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης μελετήθηκε με τη χρήση μη παραμετρικών ελέγχων και συγκεκριμένα συντελεστή συσχέτισης Spearman. Ο δείκτης σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05 για το σύνολο των αναλύσεων.

Κεφάλαιο 5^ο : Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Αρχικά, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του εξεταζόμενου δείγματος. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, υπήρχε μία σχεδόν ίση κατανομή του φύλου στο εξεταζόμενο δείγμα. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (51.2%) ήταν έγγαμοι, σχεδόν οι μισοί είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο λόγω καταγμάτων (49.8%) και η πλειονότητα των συμμετεχόντων έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα (73%).

Πίνακας 2. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των κατηγορικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών		
	N	%
Φύλο		
Άντρας	102	48.3
Γυναίκα	109	51.7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος-η	31	14.7
Έγγαμος-η	108	51.2
Διαζευγμένος-η	20	9.5
Χήρος-α	52	24.6
Λόγος εισαγωγής στο νοσοκομείο		
Χολολιθίαση	27	12.8
Κατάγματα	105	49.8
Καρκίνος	24	11.4
Άλλο	44	26.1
Άλλα νοσήματα ή συννοσηρότητες		
Όχι	57	27.0
Ναι	154	73.0

Ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών μεταβλητών (Πίνακας 3), οι συμμετέχοντες είχαν μέση τιμή ηλικίας στα 79.02 έτη, σχετικά μεγάλο αριθμό παιδιών, καθώς η μέση τιμή ήταν 2.33, δηλαδή άνω των 2 παιδιών ανά συμμετέχοντα, 0.75 εισαγωγές κατά μέσο όρο στο νοσοκομείο το τελευταίο έτος και 2.03 εισαγωγές κατά μέσο όρο σε νοσοκομείο τα τελευταία 5 έτη.

Πίνακας 3. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών				
	Ηλικία	Αριθμός παιδιών	Αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομείο κατά το τελευταίο ένα έτος	Αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομείο κατά τα τελευταία πέντε έτη
Μέση τιμή	79,02	2,33	75	2,03
Τυπική απόκλιση	10,056	2,375	979	1,996
N	211	211	211	211

Ως προς την προσδοκώμενη γνώση των ασθενών (Πίνακας 4), αυτή ήταν σχετικά υψηλή. Ειδικότερα, η μέση τιμή ήταν 66.98 με ανώτατη πιθανή τιμή το 160 και χαμηλότερες τιμές να υποδηλώνουν πιο έντονη προσδοκώμενη γνώση. Οι ασθενείς έχουν υψηλά επίπεδα προσδοκιών σχετικά με τη γνώση που θα προσλάβουν από τους επαγγελματίες υγείας.

	Βιοσωματική	Λειτουργική	Εμπειρική	Ηθική	Κοινωνική	Οικονομική	Συνολική προσδοκώμενη γνώση
Μέση τιμή	12,488	12,763	4,673	16,985	9,777	10,298	66,985
Τυπική απόκλιση	6,146	5,992	2,311	7,517	5,380	5,471	27,931
N	211	211	211	211	211	211	211

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα συμπτώματα και τα συναισθήματα των ασθενών πριν από το χειρουργείο. Όσον αφορά τα συμπτώματα, η μέση τιμή ήταν 17.411 και ως προς τα συναισθήματα η μέση τιμή ήταν 17.023. Πρόκειται συνεπώς για σχετικά χαμηλές μέσες τιμές, δεδομένου ότι το ανώτατο εύρος τιμών για κάθε μία εκ των δύο μετρήσεων ήταν το 41. Δεδομένου πως χαμηλές τιμές σημαίνουν περισσότερο έντονα συμπτώματα και συναισθήματα, φαίνεται πως αυτά παρουσιάζονταν σε σημαντικό βαθμό πριν από το χειρουργείο. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών προσδοκά βελτίωση μετά την χειρουργική επέμβαση σχετικά με τα συμπτώματα και ως προς τα συναισθήματα.

	Συμπτώματα	Συναισθήματα
Μέση τιμή	17,411	17,023
N	209	211
Τυπική απόκλιση	7,120	7,272

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι τιμές που αφορούν την αποκτηθείσα γνώση από πλευράς των συμμετεχόντων. Και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται πως η σχετική γνώση ήταν υψηλή, καθώς η μέση τιμή ήταν 67.383 με πιθανή ανώτατη τιμή το 160

και χαμηλότερες τιμές να σημαίνουν περισσότερη αποκτηθείσα γνώση. Άρα η συσχέτιση μας δείχνει ότι οι ασθενείς καλύφθηκαν μέσω της γνώσης που αποκτήθηκε.

	Βιοσωματική	Λειτουργική	Εμπειρική	Ηθική	Κοινωνική	Οικονομική	Συνολική αποκτηθείσα γνώση
Μέση τιμή	13,180	13,071	4,857	16,526	11,426	12,407	67,383
Τυπική απόκλιση	5,703	6,010	2,433	7,311	5,930	4,844	28,483

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα συμπτώματα και τα συναισθήματα μετά το χειρουργείο. Και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται πως υπήρχαν έντονα συμπτώματα και συναισθήματα, καθώς η πιθανή ανώτατη τιμή ήταν το 41 και οι χαμηλές τιμές σημαίνουν έντονα συμπτώματα και συναισθήματα στη σχετική κλίμακα. Όπως διαπιστώνεται μετά την χειρουργική επέμβαση η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε συγκριτικά με την ποιότητα ζωής τους πριν την χειρουργική επέμβαση.

	Συμπτώματα	Συναισθήματα
Μέση τιμή	18,372	18,308
N	207	211
Τυπική απόκλιση	7,268	7,647

5.2 Επαγωγική ανάλυση δεδομένων

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στη βιοσωματική γνώση πριν και μετά το χειρουργείο (ασθένεια, συμπτώματα, εξετάσεις, θεραπεία, επιπλοκές). Όπως διαπιστώνεται, η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και στατιστικά σημαντική, δηλαδή υψηλές τιμές στη μια μέτρηση σχετίζονταν με υψηλές τιμές και στην άλλη ($r=0.266$, $p=0.000$). Ειδικότερα, τα άτομα ενδιαφέρονταν και έλαβαν πληροφορίες για τις εξετάσεις που θα έκαναν και τα αποτελέσματά τους, για την πρόληψη των πιθανών επιπλοκών πριν και μετά το χειρουργείο.

			Βιοσωματική
Spearman's rho	Βιοσωματική	Συντελεστής συσχέτισης	0.266
		P	0.000
		N	211

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η συσχέτιση όσον αφορά τη λειτουργική γνώση πριν και μετά το χειρουργείο (κινητικότητα, ανάπαυση, θρέψη, υγιεινή). Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, υπήρξε μία θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μετρήσεων, δηλαδή υψηλές τιμές στη μια μέτρηση σχετίζονταν με υψηλές τιμές και στην άλλη ($r=0.246$, $p=0.000$). Οι ηλικιωμένοι επιθυμούσαν να εκπαιδευτούν περισσότερο ως προς την λειτουργική γνώση, την κατάλληλότερη διαίτα, την διαρρύθμιση της οικίας τους κατά την έξοδο, τις ώρες ανάπαυσης, τις σωματικές τους λειτουργίες σε σχέση με την ασθένειά τους και την κινητικότητά τους.

			Λειτουργική
Spearman's rho	Λειτουργική	Συντελεστής συσχέτισης	0.246
		P	0.000
		N	211
		N	211

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται η εμπειρική γνώση πριν και μετά το χειρουργείο (συναισθήματα, εμπειρίες), που αξιολογείται από το άθροισμα των τιμών τριών εκ των ερωτήσεων του εργαλείου μέτρησης. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, υπήρχε μία θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο αυτές τις μετρήσεις, ($r=0.220$, $p=0.001$), δηλαδή υψηλές τιμές στη μια μέτρηση σχετίζονταν με υψηλές τιμές και στην άλλη.

Πίνακας 10. Η συσχέτιση της εμπειρικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο			Εμπειρική
Spearman's rho	Εμπειρική	Συντελεστής συσχέτισης	0.220
		P	0.001
		N	211

Στον Πίνακα 11 παρατίθεται η συσχέτιση της ηθικής γνώσης (δικαιώματα, υποχρεώσεις, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, εμπιστευτικότητα) πριν και μετά το χειρουργείο. Και σε αυτή την περίπτωση υπήρξε μία θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μετρήσεις ($r=0.251$, $p=0.000$).

Πίνακας 11. Η συσχέτιση της ηθικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο			Ηθική
Spearman's rho	Ηθική	Συντελεστής συσχέτισης	0.251
		P	0.000
		N	211

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται η συσχέτιση της κοινωνικής γνώσης (συμμετοχή των ατόμων και φροντίδα, υποστήριξη, οργανώσεις των ασθενών) πριν και μετά το χειρουργείο. Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και στατιστικά σημαντική ($r=0.227$, $p=0.001$).

Πίνακας 12. Η συσχέτιση της κοινωνικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο			
			Κοινωνική
Spearman's rho	Κοινωνική	Συντελεστής συσχέτισης	0.227
		P	0.001
		N	211

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται η συσχέτιση της οικονομικής γνώσης (κόστος, ασφαλιστικά ζητήματα) πριν και μετά το χειρουργείο. Στην περίπτωση αυτή υπήρχε μία θετική συσχέτιση, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($r=0.089$, $p=0.197$).

Πίνακας 13. Η συσχέτιση της οικονομικής γνώσης πριν και μετά το χειρουργείο			
			Οικονομική
Spearman's rho	Οικονομική	Συντελεστής συσχέτισης	0.089
		P	0.197
		N	211

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην συνολική προσδοκώμενη και στην αποκτηθείσα γνώση. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές υπήρχε μία θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 14. Η συσχέτιση της προσδοκώμενης και αποκτηθείσας γνώσης			
			Αποκτηθείσα γνώση
Spearman's rho	Προσδοκώμενη γνώση	Συντελεστής συσχέτισης	0.252
		P	0.000
		N	211

Στους παρακάτω πίνακες 15 και 16 φαίνεται ότι η πλειονότητα των ατόμων εμφάνιζε πολύ συχνά αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, ανησυχία και κατάθλιψη και συμπτώματα όπως πόνο, κόπωση, αίσθημα αδυναμίας και αυπνία.

Πίνακας 15	Ποσοστό (%)			
	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Συμπτώματα πριν από την χειρουργική επέμβαση				
Πόνος	62,6	16,6	10,4	10,4
Κόπωση ή στρες	38,9	21,8	15,2	24,2
Αίσθημα αδυναμίας	48,3	18,0	12,3	21,3
Ναυτία ή έμετος	38,4	19,9	14,2	27,5
Απώλεια της όρεξης	42,2	19,4	15,6	22,7
Αυπνία	48,8	22,3	11,4	17,1
Δύσπνοια (δυσκολία στην αναπνοή)	32,2	21,3	19,0	27,5
Κνησμός (φαγούρα)	28,9	17,1	17,5	36,0
Άλλο	-----	-----	-----	-----

Πίνακας 16	Ποσοστό (%)			
	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Συναισθήματα πριν από την χειρουργική επέμβαση				
Φόβος	64,9	11,4	14,7	9,0
Ανησυχία	54,0	17,5	17,5	10,9
Ελπίδα	51,2	16,1	21,8	10,9
Απόγνωση ή απελπισία	38,9	20,4	24,6	16,1
Ανυπομονησία	60,7	14,2	13,7	11,4
Θλίψη	45,0	17,5	23,7	13,7
Κατάθλιψη	46,4	17,1	23,2	13,3
Άγχος	61,1	19,0	12,8	7,1
Ανασφάλεια	51,2	20,9	17,1	10,9
Άλλο	-----	-----	-----	-----

Στους πίνακες 17 και 18 φαίνεται ότι η πλειονότητα των ατόμων εξακολουθούσε να εμφανίζει και μετά την χειρουργική επέμβαση αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο

και άγχος λιγότερο και μετά την χειρουργική επέμβαση. Τα αυξημένα ποσοστά για συμπτώματα όπως η απώλεια της όρεξης, η ναυτία οφείλονται πιθανότατα στη χορήγηση αναισθησίας κατά την διάρκεια της επέμβασης ή στην ακινητοποίηση των ατόμων μετεγχειρητικά.

Πίνακας 17	Ποσοστό (%)			
	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Συμπτώματα μετά από την χειρουργική επέμβαση				
1 Πόνος	48,3	21,8	17,5	12,3
2 Κόπωση ή στρες	37,9	27,0	17,5	17,5
3 Αίσθημα αδυναμίας	39,3	25,1	18,5	17,1
4. Ναυτία ή έμετος	31,3	21,8	19,4	26,5
5 Απώλεια της όρεξης	34,6	22,7	19,4	22,7
6 Αυπνία	40,3	23,7	12,8	22,7
7 Δύσπνοια (δυσκολία στην αναπνοή)	30,3	20,9	19,9	28,9
8 Κνησμός (φαγούρα)	21,8	21,3	22,3	34,6
9. Άλλο	-----	-----	-----	-----

Πίνακας 18	Ποσοστό (%)			
	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Συναισθήματα μετά από την χειρουργική επέμβαση				
Φόβος	48,3	22,3	20,4	9,0
Ανησυχία	45,0	25,1	20,4	9,5
Ελπίδα	40,8	23,7	26,5	9,0
Απόγνωση ή απελπισία	34,61	22,3	27,0	16,1
Ανυπομονησία	47,4	19,0	19,9	13,7
Θλίψη	39,8	19,0	25,6	15,6
Κατάθλιψη	38,9	20,9	26,1	14,2
Άγχος	53,6	17,5	18,0	10,9
Ανασφάλεια	44,1	24,2	20,4	11,4
Άλλο	-----	-----	-----	-----

Κεφάλαιο 6^ο : Συζήτηση - Συμπεράσματα

Δίχως αμφιβολία, η ενημέρωση των ατόμων σχετικά με ζητήματα που αφορούν τις χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβάλλονται είναι πρωταρχικής σημασίας, αφενός για την κάλυψη των πληροφοριακών τους αναγκών που οδηγεί σε καλύτερη συμμόρφωση με τις νοσηλευτικές οδηγίες, αφετέρου για την προστασία της ψυχικής τους υγείας, δεδομένου ότι η απουσία σχετικών γνώσεων οδηγεί σε αυξημένη ψυχική επιβάρυνση. Στο πλαίσιο αυτό, η συγκεκριμένη εργασία επιχείρησε να μελετήσει την προσλαμβανόμενη και την αποκτηθείσα γνώση των ατόμων τρίτης ηλικίας που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Με βάση στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης, φαίνεται πως τα άτομα έχουν υψηλά επίπεδα προσδοκιών σχετικά με τη γνώση που θα προσλάβουν από τους επαγγελματίες υγείας και υψηλά επίπεδα αποκτηθείσας γνώσης. Ως εκ τούτου, φαίνεται πως τα άτομα δίνουν μια ιδιαίτερη βαρύτητα στη γνώση τόσο πριν, όσο και ύστερα από το χειρουργείο. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με μια προγενέστερη έρευνα σε 9 Ευρωπαϊκές χώρες (N=943), όπου διαπιστώθηκαν υψηλές σχετικές προσδοκίες γνώσης από πλευράς των ηλικιωμένων ασθενών. Ωστόσο, στην προγενέστερη αυτή έρευνα διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα αποκτηθείσας γνώσης, κάτι που δεν διαπιστώθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα (Klemetti et al. 2015).

Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι ανάγκες πληροφόρησης των ηλικιωμένων ασθενών σε σύγκριση με τους νεότερους ασθενείς δεν διαφέρουν τόσο ως προς το απαιτούμενο περιεχόμενο των πληροφοριών, αλλά μάλλον στον τρόπο παροχής των πληροφοριών. Η εκδήλωση ενσυναίσθησης και υποστήριξης είναι μια σημαντική πτυχή της εκπαίδευσης των ασθενών. Κάνει τον ασθενή να αισθάνεται κατανοητός και δημιουργεί ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την χειρουργική επέμβαση. Οι πληροφορίες πρέπει να προσφέρονται με δομημένο τρόπο με τον οποίο οι πιο σημαντικές πληροφορίες θα πρέπει να συνοψίζονται και να επαναλαμβάνονται. Επιπλέον, οι πληροφορίες θα πρέπει να προσφέρονται βήμα-βήμα, ώστε να μπορούν οι ασθενείς να εξοικειωθούν με αυτές. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς συχνά είναι λιγότερο μορφωμένοι από τους νεότερους ασθενείς και οι γνωστικές λειτουργίες μειώνονται με την ηλικία. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση ορολογίας που είναι κοινή σε αυτούς, αλλά όχι σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Ακόμα θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας να υποβάλλουν ερωτήσεις μετά την χειρουργική επέμβαση (Posma et al. 2009).

Οι ασθενείς πριν αλλά και μετά την χειρουργική επέμβαση έδειχναν ενδιαφέρον για θέματα όπως για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, για την πρόληψη των πιθανών επιπλοκών πριν και μετά το χειρουργείο. Όπως διαπιστώνεται μετά την χειρουργική επέμβαση η ποιότητα ζωής των ασθενών να βελτιώθηκε από ότι πριν την χειρουργική επέμβαση. Παράλληλα οι ηλικιωμένοι επιθυμούσαν να εκπαιδευτούν περισσότερο ως προς την λειτουργική γνώση, την καταλληλότερη διαίτα, την διαρρύθμιση της οικίας τους κατά την έξοδο, τις ώρες ανάπαυσης, τις σωματικές τους λειτουργίες σε σχέση με την ασθένεια τους και την κινητικότητα τους.

Αναφορικά με την ενημέρωση των ηλικιωμένων στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει πριν αλλά και μετά την χειρουργική επέμβαση να είναι σε θέση:

- να κατανοεί την κατάσταση της υγείας του και τις επιπτώσεις αυτής στο σώμα του
- να αισθάνεται ικανός να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων μαζί με τους επαγγελματίες υγείας
- να αισθάνεται ικανός να προβεί σε ενήμερες αποφάσεις σχετικά με την υγεία του
- να αντιλαμβάνεται την ανάγκη να προβεί σε απαραίτητες αλλαγές του τρόπου ζωής του ώστε να διαχειριστεί την κατάστασή του
- να είναι ικανός να απευθύνει και να κάνει ερωτήσεις στους επαγγελματίες υγείας
- να αναλαμβάνει την ευθύνη για την υγεία του και αναζητά την φροντίδα μόνο όταν αυτό είναι απαραίτητο
- να αναζητά, να αξιολογεί και να κάνει χρήση της γνώσης που λαμβάνει (Τσίρου, 2014).

Η δεύτερη διαπίστωση της μελέτης, ως συνάρτηση του σχετικού ερευνητικού ερωτήματος, αφορά τη σχέση μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της αποκτηθείσας γνώσης από πλευράς των ατόμων. Όπως διαπιστώνεται, υπάρχει μία σύμπλευση μεταξύ αυτών των δύο ειδών γνώσης, οδηγώντας δηλαδή σε κάλυψη των σχετικών πληροφοριακών αναγκών που έχουν τα άτομα, καθώς υπήρχαν θετικές και στατιστικά

σημαντικές συσχετίσεις. Μπορεί επομένως να θεωρηθεί ότι η συσχέτιση αυτή της προσδοκώμενης με την προσκτηθείσα γνώση βρίσκεται σε σύμπλευση με το μοντέλο του Dervin (1999), βάσει του οποίου υπάρχει μία υφιστάμενη ανάγκη που υπαγορεύει την κάλυψη ενός χάσματος μεταξύ της υφιστάμενης γνώσης και της γνώσης που αποκτάται στο τέλος από τους ασθενείς (Dervin, 1999). Συνεπώς, όπως διαπιστώνεται από την παρούσα έρευνα, η ανάγκη στη συγκεκριμένη περίπτωση αφορά το χειρουργείο και τις σχετικές επεμβάσεις, υπάρχει προσδοκία περί κάποιων συγκεκριμένων γνώσεων, ένα σχετικό χάσμα γνώσης και κάλυψη αυτού από πλευράς των επαγγελματιών υγείας μέσω της πληροφόρησης των ατόμων.

Σαφώς, οφείλει να επισημανθεί πως υπήρξε μία σχετική παράμετρος του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς η οποία δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης, οδηγώντας έτσι στη διαπίστωση πως οι ανάγκες αυτές από πλευράς των ατόμων δεν καλύφθηκαν. Η υπό κλίμακα αυτή αφορούσε την γνώση σχετικά με οικονομικές παραμέτρους πριν και μετά το χειρουργείο. Ενδεχομένως οι σχετικές ανάγκες να μην καλύπτονται από πλευράς των επαγγελματιών υγείας, δεδομένου πως το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι παραδοσιακά δημόσια προσβάσιμο και χωρίς άμεση πληρωμή από πλευράς των πολιτών. Για το λόγο αυτό, ενδεχομένως οι επαγγελματίες υγείας να μην αισθάνονται την ανάγκη να πραγματεύονται σχετικά οικονομικά ζητήματα της νόσου με τους ασθενείς. Ωστόσο, τα ζητήματα αυτά θα μπορούσαν να υπερβαίνουν το στάδιο του χειρουργείου και αφορούν προβληματισμούς των ατόμων για την μετέπειτα αποκατάστασή τους. Κάτι ανάλογο διαπιστώνεται σε έρευνες του εξωτερικού. Για παράδειγμα, σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με καρδιαγγειακά νοσήματα και με νεοπλασίες η κάλυψη των σχετικών πληροφοριακών τους αναγκών σχετικά με την αποκατάσταση μετά το χειρουργείο και το κόστος αυτής αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική ανάγκη (Rutten et al., 2005; Scott & Thompson, 2003). Συνεπώς, μέσω της συγκεκριμένης μελέτης διαπιστώνεται ένα σχετικό πληροφοριακό έλλειμμα σχετικά με την κάλυψη των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις στη χώρα μας.

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο ενδεχομένως να παρατηρείται το σχετικό αυτό έλλειμμα κάλυψης των πληροφοριακών αναγκών που αφορούν οικονομικά ζητήματα πιθανώς να έχει να κάνει με το φόβο για πιθανές κατηγορίες περί άτυπων πληρωμών από τους ασθενείς προς τους επαγγελματίες υγείας. Οι άτυπες αυτές πληρωμές

συνιστούν διαχρονικά μία σημαντική παθογένεια του Ε.Σ.Υ. (Καραπανάγος, 2017). Υπό το φόβο επομένως μιας σχετικής κατηγορίας περί λήψης άτυπων πληρωμών οι επαγγελματίες υγείας ενδεχομένως να αποφεύγουν ολοκληρωτικά την αναφορά σε ζητήματα τα οποία έχουν να κάνουν με οικονομικές παραμέτρους της θεραπείας των ατόμων.

Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών προσδοκά βελτίωση μετά την χειρουργική επέμβαση σχετικά με τα συμπτώματα όπως ανακούφιση του πόνου, ελαχίστη παραμονή στο κρεβάτι και να επανακτήσουν την λειτουργικότητα τους από ότι πριν από την χειρουργική επέμβαση. Για να μπορέσει να υπάρξει βελτιώση θα πρέπει να δημιουργηθεί διεπιστημονικό πρόγραμμα με επίκεντρο τα άτομα τρίτης ηλικίας ως προς την εκπαίδευση των συναισθημάτων και τις πληροφορίες που λαμβάνουν. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας όταν οι ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, φόβο και θα πρέπει προγχειρητικά να εκπαιδεύουν τους ασθενείς ώστε να ελαχιστοποιήσουν τα συναισθήματα τους. Ακόμα οι ενέργειες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην μείωση της ψυχικής έκπτωσης σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι η χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων πριν από την χειρουργική επέμβαση, έλεγχος θερμοκρασίας κατά την χειρουργική επέμβαση, χορήγηση β-αναστολέων και βέλτιστη θεραπεία πόνου και λοίμωξης μετά την χειρουργική επέμβαση (Davis, 2004).

Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη μελέτη διακρίνεται από μία σειρά περιορισμών, οι οποίοι οφείλουν να επισημανθούν. Ένας πρώτος περιορισμός έχει να κάνει με τη δυνατότητα γενίκευσης των διαπιστώσεων της συγκεκριμένης έρευνας. Στη συγκεκριμένη έρευνα οι συμμετέχοντες προέρχονταν από την ευρύτερη περιοχή του Πύργου Ηλείας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαπιστωθεί κατά πόσο τα χαρακτηριστικά τους βρίσκονται σε σύγκλιση ή αποκλίνουν από αυτά του ευρύτερου πληθυσμού των ηλικιωμένων της χώρας μας. Έρευνες σε χώρες του εξωτερικού οδηγούν στη διαπίστωση πως η γνώση για θέματα υγείας είναι υψηλότερη σε ηλικιωμένους που κατοικούν σε αστικές περιοχές έναντι της γνώσης των ηλικιωμένων που κατοικούν σε επαρχιακές περιοχές (He et al., 2016; Van Hoa et al., 2020). Στην περίπτωση επομένως που κάτι ανάλογο ισχύει και στην Ελλάδα, τότε ενδεχομένως το δείγμα το οποίο συμπεριλήφθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα να μην είναι αντιπροσωπευτικό και να διαφοροποιείται ως προς την προϋπάρχουσα γνώση σε

σχέση με τον ευρύτερο πληθυσμό ηλικιωμένων που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις στη χώρα μας.

Ένας δεύτερος σχετικός προβληματισμός σχετικά με το δείγμα έχει να κάνει με το μέγεθος αυτού. Στις ιατρικές έρευνες φαντάζει επιβεβλημένη η χρήση μιας φόρμουλας υπολογισμού του αναγκαίου μεγέθους δείγματος, ώστε να περιορίζεται η πιθανότητα στατιστικού σφάλματος. Κατά τον τρόπο αυτό, προκύπτει το ιδεατό μέγεθος δείγματος για μία έρευνα ώστε να αποφεύγεται το σφάλμα τύπου I, που αφορά την εσφαλμένη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, και το σφάλμα τύπου II, που αφορά την εσφαλμένη αποδοχή αυτής (Campbell & Machin, 1999). Σε κάθε περίπτωση, η αποφυγή χρήσης μιας τέτοιας φόρμουλας κρίθηκε επιβεβλημένη για λόγους πρακτικούς και δεδομένης της μικρής διαθεσιμότητας ηλικιωμένων που να πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα στη μονάδα υγείας που εξετάστηκε.

Ένας ακόμα περιορισμός έχει να κάνει με τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης υπό το πρίσμα της τρέχουσας πανδημίας. Είναι γεγονός πως η πανδημία έχει θέσει σημαντικά εμπόδια πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τόσο λόγω της υπερφόρτωσης αυτού, όσο και λόγω της αποφυγής χρήσης των υπηρεσιών του με στόχο την πρόληψη του ρίσκου μετάδοσης του κορονοϊού (Lekamwasam & Lekamwasam, 2020). Συνεπώς, ενδεχομένως στη συγκεκριμένη μελέτη ορισμένοι ηλικιωμένοι να μην συμπεριλήφθηκαν ακριβώς επειδή αποφεύγουν τη χρήση των υπηρεσιών του συστήματος υγείας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Ένα επιπρόσθετο αδύναμο σημείο της μελέτης έχει να κάνει με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων. Σε γενικές γραμμές, οι μη παραμετρικοί έλεγχοι θεωρούνται ως λιγότερο αξιόπιστοι από τους παραμετρικούς, αλλά είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις όπου παραβιάζεται η κανονικότητα της κατανομής (Γναρδέλλης, 2003). Στη συγκεκριμένη περίπτωση παραβιαζόταν η κανονικότητα, υπαγορεύοντας επομένως την αναγκαιότητα χρήσης μη παραμετρικών ελέγχων.

Σε κάθε περίπτωση, η σχετική μελέτη διακρίνεται και από ένα ισχυρό στοιχείο, το οποίο οφείλει να επισημανθεί. Ειδικότερα, το ισχυρό αυτό στοιχείο αφορά τη χρήση ενός σταθμισμένου ψυχομετρικού εργαλείου για την εξέταση των προσδοκιών γνώσης και της γνώσης που εν τέλει αποκτήθηκε. Από μεθοδολογικής απόψεως, η χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων ενδείκνυται για την κατάληξη σε

αξιόπιστες διαπιστώσεις (Σταλίκας και συν., 2011). Καθώς στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία, η επιλογή αυτή συνηγορεί υπέρ της αξιοπιστίας της έρευνας.

Με αφετηρία τη στόχευση, τα αποτελέσματα και τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μελέτης, μπορεί να πραγματοποιηθεί και μία σειρά προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα. Μία σχετική πρόταση θα μπορούσε να αφορά την τροποποίηση του εργαλείου μέτρησης της έρευνας, ούτως ώστε να αξιολογεί παραμέτρους σχετικές με τη γνώση που προσδοκούν και προσλαμβάνουν τα άτομα κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας. Πράγματι, οι γνώσεις που αφορούν ζητήματα σχετικά με τον κορονοϊό κατά την εισαγωγή των ατόμων για χειρουργείο οπωσδήποτε συνιστούν μία παράμετρο των γνώσεων που απασχολεί πλέον τους ασθενείς, δεδομένου πως οι ηλικιωμένοι διακρίνονται από αυξημένο ρίσκο επιπλοκών και θανάτου σε περίπτωση προσβολής από τον κορονοϊό (Neumann-Podczaska et al., 2020). Συνεπώς, μία σχετική πρόταση θα μπορούσε να αφορά την τροποποίηση του ερωτηματολογίου της μελέτης ώστε να συμπεριλαμβάνει μία ακόμα σχετική υποκλίμακα που να αναφέρεται στη γνώση την οποία επιδιώκουν και προσλαμβάνουν τα άτομα όσον αφορά τον κορονοϊό και την ανάγκη για διαχείριση του ρίσκου προσβολής από αυτόν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Μία δεύτερη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα έχει να κάνει με την εξέταση παραγόντων οι οποίοι διαφοροποιούν την απόκλιση μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της αποκτηθείσας γνώσης από πλευράς των ηλικιωμένων. Στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε το κατά πόσο σχετίζεται η προσλαμβανόμενη με την αποκτηθείσα γνώση χωρίς όμως να εξετάζονται παράγοντες που ενδεχομένως να επεξηγούν τη σύγκλιση ή απόκλιση αυτών των δύο. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι παράγοντες όπως η επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας, οι προγενέστερες γνώσεις του και στοιχεία του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της μονάδας υγείας επηρεάζουν τη συγκεκριμένη απόκλιση ή σύγκλιση. Ως εκ τούτου, σε μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει ένα τέτοιο φάσμα παραγόντων, ώστε να διερευνηθούν οι σχετικές σχέσεις.

Μία επιπρόσθετη πρόταση έχει να κάνει με τη διερεύνηση του ζητήματος της σχέσης μεταξύ της γνώσης που προσδοκούν και προσλαμβάνουν τα άτομα μελετώντας τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Πράγματι, είναι αδιαμφισβήτητο

πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν μία ιδιαίτερα καθοριστική επίδραση στα επίπεδα της γνώσης που προσλαμβάνουν τα άτομα. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να εξεταστεί το σχετικό ζήτημα πριν και μετά το χειρουργείο σε ένα δίκτυο επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον αντιλαμβάνονται κατά τρόπο κοινό ή διαφορετικό με τους ασθενείς το εξεταζόμενο ζήτημα. Μάλιστα, κάτι τέτοιο ενδεχομένως να είναι επιβεβλημένο δεδομένου πως οι επαγγελματίες υγείας συχνά υποτιμούν την ανάγκη των ατόμων τρίτης ηλικίας να πληροφορούνται λεπτομερώς για ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την υγεία τους (Courtney et al., 2000). Συνεπώς, μία σχετική πρόταση για τη μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αφορά την εξέταση της προσδοκώμενης και τις προσλαμβανόμενης γνώσης από πλευράς των ατόμων, εστιάζοντας όμως στους επαγγελματίες υγείας και στις σχετικές τους πρακτικές.

Τέλος, μία ακόμα σχετική πρόταση θα μπορούσε να αφορά τη μελέτη του κατά πόσο διαφοροποιούνται τα σχετικά επίπεδα προσλαμβανόμενης και αποκτηθείσας γνώσης με βάση τον τύπο χειρουργείου των ατόμων και παραμέτρους του νοσήματος από το οποίο πάσχουν. Στη σχετική μελέτη κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό, δεδομένου πως λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ανάλυση υπο-ομάδων. Ως εκ τούτου, σε μία σχετική μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μία τέτοιου τύπου υπο-ανάλυση.

Οι προτάσεις μας θα πρέπει να καλύπτουν τις επιμέρους ανάγκες των ασθενών για καλύτερη γνώση και κατανόηση της κατάστασής τους, της θεραπείας, της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, της φαρμακευτικής αγωγής, των τεχνικών διαχείρισης της νόσου και πρόληψής της, και των συσκευών/ μαθημάτων και ομάδων υποστήριξης (Τσίρου, 2014).

Με αφετηρία τα ανωτέρω, μπορεί να πραγματοποιηθεί και μία σχετική πρόταση για τους επαγγελματίες υγείας της συγκεκριμένης μονάδας. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως υπάρχουν ακάλυπτες υποστηρικτικές ανάγκες από πλευράς των ατόμων όσον αφορά τα σχετιζόμενα με τις οικονομικές παραμέτρους της ασθένειας ζητήματα πληροφόρησης. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας ενθαρρύνονται να πραγματεύονται τα σχετικά ζητήματα, καθώς ενδεχομένως να συνιστούν μία βασική ακάλυπτη υποστηρικτική ανάγκη των ατόμων. Σε κάθε περίπτωση, το γεγονός πως με

εξαίρεση τη συγκεκριμένη παράμετρο δεν υπήρχαν άλλες ακάλυπτες υποστηρικτικές ανάγκες οδηγεί και σε περιορισμένη δυνατότητα πραγματοποίησης προτάσεων μέσω της συγκεκριμένης έρευνας. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να επικεντρωθούν στην κάλυψη της συγκεκριμένης υποστηρικτικής ανάγκης, επικεντρώνοντας τις ενέργειές τους προς αυτή την κατεύθυνση.

Στη συγκεκριμένη μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση της προσδοκώμενης και της αποκτηθείσας γνώσης από πλευράς ατόμων τρίτης ηλικίας που υποβάλλονταν σε χειρουργικές επεμβάσεις. Στο πλαίσιο αυτό, εξετάστηκε ένα δείγμα 211 ασθενών που υποβάλλονταν σε χειρουργικές επεμβάσεις όσον αφορά τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο ειδών γνώση, επιδιώκοντας τη διερεύνηση τυχόν ακαλύπτων πληροφοριακών αναγκών. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα όσον αφορά τις προσδοκίες των ατόμων για τη γνώση που θα αποκτήσουν και τη γνώση που εν τέλει αποκομίζουν. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε πως υπάρχει μία ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της αποκτηθείσας γνώσης, οδηγώντας δηλαδή σε κάλυψη των σχετικών πληροφοριακών αναγκών. Η παροχή επαρκών πληροφοριών στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι σημαντική για την υγεία, την ευημερία και την ικανοποίησή τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών και η κατανόησή τους είναι ζωτικής σημασίας. Ο καλύτερος τρόπος για να λάβουν τα άτομα τρίτης ηλικίας τις γνώσεις είναι να τους παρέχεται η δυνατότητα να μπορούν να τις διατυπώσουν. Ως εξαίρεση μπορεί να θεωρηθεί η γνώση η οποία σχετίζεται με τις οικονομικές παραμέτρους της θεραπείας, όπου δεν φαίνεται να καλύπτονται οι προσδοκίες που υπάρχουν από πλευράς των ατόμων όπου εκπαιδεύτηκαν περισσότερο ως προς την βιοσωματική και λειτουργική γνώση. Παράλληλα τα άτομα παρουσίασαν βελτίωση ως προς τα συμπτώματα και τα συναισθήματα που βίωναν πριν την χειρουργική επέμβαση και πιο συγκεκριμένα το αίσθημα του πόνου που αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά από τους επαγγελματίες υγείας. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας στη χώρα μας είναι επιβεβλημένο να επικεντρώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην κάλυψη των σχετικών αναγκών ενημέρωσης, όπως για παράδειγμα σε αυτές που αφορούν τυχόν κόστη που δεν καλύπτονται από το σύστημα υγείας κατά τη φάση της αποκτάστασης μετά το χειρουργείο. Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη έρευνα διακρίνεται από ορισμένους περιορισμούς που αφορούν κυρίως την αντιπροσωπευτικότητα του εξεταζόμενου δείγματος και το μέγεθος αυτού. Κατά συνέπεια, καθίσταται επιβεβλημένη η διενέργεια περαιτέρω ερευνών για την εξέταση της προσλαμβανόμενης και αποκτηθείσας γνώσης των ατόμων τρίτης ηλικίας πριν και μετά το χειρουργείο, προκειμένου να προκύψει ένας μεγαλύτερος όγκος γνώσης, που θα συμβάλλει στη βέλτιστη δυνατή αναδιαμόρφωση των πρακτικών ενημέρωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Καραπανάγος, Β. (2017). *Οι άτυπες πληρωμές στο χώρο τη υγείας*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Μεταπτυχιακή Διατριβή.

Κοπανιτσάνου, Π., Σουρτζή, Π., Valkearaa, Κ., Λεμονίδου, Χ. (2016). Εκπαίδευσης ενδυνάμωσης ασθενών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος ή ισχίου. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 33(3):386-398.

Λύκουρας, Ε., Πολίτης, Α., Γουρνέλλης, Ρ., Μαίλλης, Α. (2011). *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Σαράφης, Π., & Μπαμπίδης, Π. (2020). *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα και Πολιτικές*. Νικοσία: Broken Hill.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Τσίρου, Α. (2014). *Ενδυνάμωση ασθενών και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών σε μονάδες στον χώρο της υγείας (Διπλωματική Εργασία)*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/6915>

Ξενόγλωσση

Aldecoa, C., Bettelli, G., Bilotta, F., Sanders, R. D., Audisio, R., Borzodina, A., ... & Spies, C. D. (2017). European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *European Journal of Anaesthesiology/ EJA*, 34(4), 192-214.

Amer, M. A., Smith, M. D., Herbison, G. P., Plank, L. D., & McCall, J. L. (2017). Network meta-analysis of the effect of preoperative carbohydrate loading on recovery after elective surgery. *Journal of British Surgery*, 104(3), 187-197.

Barnett, S. R. (2009). Polypharmacy and perioperative medications in the elderly. *Anesthesiology clinics*, 27(3), 377-89.

Campbell, M.J., & Machin, D. (1999). *Medical Statistics: A Commonsense Approach*. 3rd edition. West Sussex, England: John Wiley & Sons.

Cano-Plans, S., Lacueva-Pérez, L., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2018). Knowledge expectations of orthopaedic patients. *International journal of nursing practice*, 24(3), e12639.

Case, D.O., & Given, L.M. (2017). *Αναζητώντας την πληροφορία: Επισκόπηση Ερευνών για την Αναζήτηση της Πληροφορίας, των Αναγκών Πληροφόρησης και της Πληροφοριακής Συμπεριφοράς*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Δίσιγμα.

Chang, C., Lin M., Wang J., Fan J., Chou L., Chen M. (2013). The relationship between geriatric depression and health-promoting behaviors among community-dwelling seniors, 21(2):75-82.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Clegg, A., & Young, J. B. (2011). Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age and ageing*, 40(1), 23-29.

Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International journal of nursing practice*, 6(2), 62-69.

Dapp U., Anders J., Meier-Baumgartner H., Renteln-Kruse W. (2007). Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren, 40,226–240.

Davis J. (2004). Elderly Patients Face Post-Surgery Mental Decline. <https://www.webmd.com/mental-health/news/20041026/elderly-patients-face-post-surgery-mental-decline>

Dervin, B. (1999). Chaos, order and sense-making: A proposed theory for information design. *Information design*, 35-57.

Di Matteo, M.R., & Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. NY: Person Education: Boston.

Douketis, J. D., Healey, J. S., Brueckmann, M., Eikelboom, J. W., Ezekowitz, M. D., Fraessdorf, M., ... & Connolly, S. J. (2015). Perioperative bridging anticoagulation during dabigatran or warfarin interruption among patients who had an elective surgery or procedure. *Thrombosis and haemostasis*, 113(03), 625-632.

Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M., Kopec A. (2016). Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people, 16(5), 278

Ellis, D. (1989). A behavioural approach to information retrieval design. *Journal of Documentation*, 45(3), 171–212.

Ellis, D., Cox, D., & Hall, K. (1993). A comparison of the information seeking patterns of researchers in the physical and social sciences. *Journal of Documentation*, 49(4), 356–369.

Esses, G., Deiner, S., Ko, F., & Khelemsky, Y. (2020). Chronic post-surgical pain in the frail older adult. *Drugs & aging*, 37(5), 321-329.

Flacker, J. M. (2003). What is a geriatric syndrome anyway?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 574-576.

Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ open*, 9(4), e023108.

Golinowska S., Groot W., Baji P., Pavlova M. (2016). Health promotion targeting older people. The Author(s) BMC Health Services Research, 16 (5), 345.

Härstedt, M., Rogmark, C., Sutton, R., Melander, O., & Fedorowski, A. (2016). Polypharmacy and adverse outcomes after hip fracture surgery. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 11(1), 1-7.

He, Z., Cheng, Z., Shao, T., Liu, C., Shao, P., Bishwajit, G., ... & Feng, Z. (2016). Factors influencing health knowledge and behaviors among the elderly in rural China. *International journal of environmental research and public health*, 13(10), 975.

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.

Holt, S., Schmiedl, S., & Thürmann, P. A. (2010). Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(31-32), 543.

Kaatz, S., & Paje, D. (2011). Update in bridging anticoagulation. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 31(3), 259-264.

Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Charalambous, A., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., ... & Valkeapää, K. (2016). Information and control preferences and their relationship with the knowledge received among European joint arthroplasty patients. *Orthopaedic Nursing*, 35(3), 174-182.

Klenk, J., Kerse, N., Rapp, K., Nikolaus, T., Becker, C., Rothenbacher, D., ... & ActiFE Study Group. (2015). Physical activity and different concepts of fall risk estimation in older people—results of the ActiFE-Ulm study. *PloS one*, 10(6), e0129098.

Koivisto, J. M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. M., & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 35-40.

Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O. L. E., Stanga, Z., & An ad hoc ESPEN Working Group. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical nutrition*, 22(3), 321-336.

Konturek, P. C., Herrmann, H. J., Schink, K., Neurath, M. F., & Zopf, Y. (2015). Malnutrition in hospitals: it was, is now, and must not remain a problem! *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 2969.

Kowdley, G. C., Merchant, N., Richardson, J. P., Somerville, J., Gorospe, M., & Cunningham, S. C. (2012). Cancer surgery in the elderly. *The Scientific World Journal*, 2012.

Kremer, S., & den Uijl, L. (2016). Studying Emotions in the Elderly. *Emotion Measurement*, 537–571.

Kuhlthau, C. C. (1993). A principle of uncertainty for information seeking. *Journal of documentation*, 49(4), 339-355.

Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing & Society*, 7(2), 133-160.

Lekamwasam, R., & Lekamwasam, S. (2020). Effects of COVID-19 pandemic on health and wellbeing of older people: a comprehensive review. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 166.

Li, C., Chen, Y., Wu, P. Y., Wu, B., Gong, T., Wang, H., & Chen, M. (2021). Associations between brain volumetry and relaxometry signatures and the Edmonton Frail Scale in frailty. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 11(6), 2560.

Madsen, C. M., Jantzen, C., Lauritzen, J. B., Abrahamsen, B., & Jorgensen, H. L. (2016). Temporal trends in the use of antithrombotics at admission: A nationwide population-based cohort study of 154,047 hip fracture patients. *Acta orthopaedica*, 87(4), 368-373.

Manceau, G., Karoui, M., Werner, A., Mortensen, N. J., & Hannoun, L. (2012). Comparative outcomes of rectal cancer surgery between elderly and non-elderly patients: a systematic review. *The lancet oncology*, 13(12), e525-e536.

McIsaac, D. I., Bryson, G. L., & van Walraven, C. (2016). Association of frailty and 1-year postoperative mortality following major elective noncardiac surgery: a population-based cohort study. *JAMA surgery*, 151(6), 538-545.

Miller, M. (1997). Fluid and electrolyte homeostasis in the elderly: physiological changes of ageing and clinical consequences. *Baillière's clinical endocrinology and metabolism*, 11(2), 367-387.

Mohamed, M. M., Abdel-Maksoud, M. A., & El-Kaseer, M. H. (2021). Acute cholecystitis in elderly patients; Management and outcome. *Al-Azhar International Medical Journal*, 2(12), 64-68.

Neuman, H. B., Weiss, J. M., Levenson, G., O'Connor, E. S., Greenblatt, D. Y., LoConte, N. K., ... & Smith, M. A. (2013). Predictors of short-term postoperative

survival after elective colectomy in colon cancer patients \geq 80 years of age. *Annals of surgical oncology*, 20(5), 1427-1435.

Neumann-Podczaska, A., Al-Saad, S. R., Karbowski, L. M., Chojnicki, M., Tobis, S., & Wiczorowska-Tobis, K. (2020). COVID 19-clinical picture in the elderly population: a qualitative systematic review. *Aging and disease*, 11(4), 988.

Newsham, N., & Rowe, F. (2019). Projecting the demographic impact of Syrian migration in a rapidly ageing society, Germany. *Journal of Geographical Systems*, 1-31.

Oakland, K., Nadler, R., Cresswell, L., Jackson, D., & Coughlin, P. A. (2016). Systematic review and meta-analysis of the association between frailty and outcome in surgical patients. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 98(2), 80-85.

O'Connor, K. M., Davis, N., Lennon, G. M., Quinlan, D. M., & Mulvin, D. W. (2009). Can we avoid surgery in elderly patients with renal masses by using the Charlson comorbidity index?. *BJU international*, 103(11), 1492-1495.

Ogura, S., & Jakovljevic, M. M. (2018). Global population aging-health care, social and economic consequences. *Frontiers in public health*, 6, 335.

Olotu, C., Weimann, A., Bahrs, C., Schwenk, W., Scherer, M., & Kiefmann, R. (2019). The Perioperative Care of Older Patients: Time for a New, Interdisciplinary Approach. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(5), 63.

Oprea, A. D., Noto, C. J., & Halaszynski, T. M. (2016). Risk stratification, perioperative and periprocedural management of the patient receiving anticoagulant therapy. *Journal of clinical anesthesia*, 34, 586-599.

Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of "elderly". *Geriatrics & gerontology international*, 6(3), 149-158.

Posma, E., Weert, J., Jansen, J., Bensing, J. (2009). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. 1-15

Pirlich, M., Schütz, T., Norman, K., Gastell, S., Lübke, H. J., Bischoff, S. C., ... & Lochs, H. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition*, 25(4), 563-572.

Radtke, F. M., Franck, M., MacGuill, M., Seeling, M., Lütz, A., Westhoff, S., ... & Spies, C. D. (2010). Duration of fluid fasting and choice of analgesic are modifiable factors for early postoperative delirium. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 27(5), 411-416.

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*, 19(2), 113-119.

Roberts, K. C., Brox, W. T., Jevsevar, D. S., & Sevarino, K. (2015). Management of hip fractures in the elderly. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(2), 131-137.

Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. 2nd ed. Malden, MA: Blackwell.

Rodríguez-Bocanegra, J. C., Cañavate-Solano, C., Cruz-Cobo, C., Bibiloni, M. M., Tur, J. A., & Santi-Cano, M. J. (2020). In-hospital dietary intake and the course of mobilization among older patients with hip fracture in the post-surgical period. *European Geriatric Medicine*, 11(4), 535-543.

Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient education and counseling*, 57(3), 250-261.

Scott, J. T., & Thompson, D. R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient education and counseling*, 50(2), 167-177.

Sieber, F. E. (2009). Postoperative delirium in the elderly surgical patient. *Anesthesiology clinics*, 27(3), 451-464.

Smith, M. D., McCall, J., Plank, L., Herbison, G. P., Soop, M., & Nygren, J. (2014). Preoperative carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).

Stark, Å. J., Ingadottir, B., Salanterä, S., Sigurdardottir, A., Valkeapää, K., Bachrach-Lindström, M., & Unosson, M. (2014). Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1491-1499.

Turrentine, F. E., Wang, H., Simpson, V. B., & Jones, R. S. (2006). Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 203(6), 865-877.

Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., & Khue, P. M. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *BioMed research international*, 2020.

Van Staveren, W. A., de Groot, L. C., Blauw, Y. H., & Van der Wielen, R. P. (1994). Assessing diets of elderly people: problems and approaches. *The American journal of clinical nutrition*, 59(1), 221S-223S.

Vaurio, L. E., Sands, L. P., Wang, Y., Mullen, E. A., & Leung, J. M. (2006). Postoperative delirium: the importance of pain and pain management. *Anesthesia & Analgesia*, 102(4), 1267-1273.

Varwijk A., Koopmans M., Visscher T., Seidell J., Slaets J., Smits C. (2016). Optimizing Tailored Health Promotion for Older Adults Understanding Their Perspectives on Healthy Living, 1-9.

Werther, S.F., & Mayr, E. (2014). Interdisziplinäres Management im Zentrum für geriatrische Traumatologie. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 9, 387–406.

Wilson, T. D. (1999). Models in information behaviour research. *Journal of documentation*, 55(3), 249-270.

Wold, G.H. (2017). Βασική Γηριατρική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

World Health Organization. (2012). Health promotion. Ανακτήθηκε από: http://www.who.int/topics/health_promotion/en Τελευταία πρόσβαση: 09.05.2022

World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013;310(20):2191-2194, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>.

Zhang, W. G., Zhu, S. Y., Bai, X. J., Zhao, D. L., Jiang, S. M., Li, J., ... & Chen, X. M. (2014). Select aging biomarkers based on telomere length and chronological age to build a biological age equation. *Age*, 36(3), 1201-1211