

ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για την αύξηση των γνώσεων και μείωση των παραλείψεων στη φροντίδα ασθενών με άνοια σε νοσηλευτές

Μελίνα Ευριπίδου

Λεμεσός, Απρίλιος 2020

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ
ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΕ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Μελίνα Ευριπίδου

Λεμεσός, Απρίλης 2020

Έντυπο έγκρισης

Διδακτορική διατριβή

Εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για την αύξηση των γνώσεων και μείωση των παραλείψεων στη φροντίδα ασθενών με άνοια, σε νοσηλευτές

Παρουσιάστηκε από

Μελίνα Ευριπίδου

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Υπογραφή _____

Μέλος επιτροπής: Δρ Κούτα Χριστιάνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Υπογραφή _____

Μέλος επιτροπής: Δρ Καλοκαιρινού Αθηνά, Καθηγήτρια

Υπογραφή _____

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Απρίλης 2020

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μελίνα Ευριπίδου, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, ιδιαίτερα τον σύζυγο μου για όλη τη στήριξη, που μου παρείχαν σε όλη τη διάρκεια της έρευνας. Θερμότερες ευχαριστίες στην καθηγήτρια μου Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, γιατί χωρίς την καθοδήγηση και τη συνεχή επίβλεψη της η εκπόνηση δεν θα ήταν εφικτή. Αφιερώνω τη διατριβή σε αυτούς τους δύο σημαντικούς πυλώνες της ζωής μου, γιατί η συμβολή τους ήταν καίριας σημασίας για την επίτευξη του προσωπικού μου στόχου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με άνοια χαρακτηρίζονται ως μια ευάλωτη ομάδα ασθενών, κυρίως λόγω των δυσκολιών μνήμης και τα συμπεριφορικές διαταραχές που επιφέρει η νόσος, οδηγώντας σε προβλήματα κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών είναι χαμηλό και οι στάσεις τους αρνητικές. Σε συνδυασμό με τις επικοινωνιακές δυσκολίες και τη γνωστική έκπτωση οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε περισσότερο κίνδυνο για νοσηλευτικές παραλείψεις φροντίδας.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και να εντοπιστούν οι συμπεριφορές φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς με άνοια, στην Κύπρο. Η μελέτη ολοκληρώθηκε με την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος το οποίο αύξησε τις γνώσεις και βελτίωσε τις στάσεις των νοσηλευτών. Απώτερος στόχος ήταν η βελτίωση της φροντίδας μέσα από τη μείωση των παραλείψεων.

Μεθοδολογία: Έχει χρησιμοποιηθεί μικτή μεθοδολογία η οποία ακολούθησε 3 στάδια: α) την αξιολόγηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια, μέσω περιγραφικής μελέτης, β) την αξιολόγηση της φροντίδας ασθενών με άνοια σε πραγματικές συνθήκες εντός νοσοκομειακού περιβάλλοντος ώστε να εντοπιστούν τυχόν παραλείψεις, μέσω μελέτης παρατήρησης, γ) οιονεί πειραματική μελέτη με μία προ-μέτρηση και δύο μετά-μετρήσεις σε μία ομάδα νοσηλευτών, μέσω της εφαρμογής εκπαιδευτικής παρέμβασης, με κύριο στόχο τον εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών και δευτερεύοντα στόχο την πιθανή βελτίωση των στάσεων τους σε σχέση με τους ασθενείς με νοητική έκπτωση.

Αποτελέσματα: Στο περιγραφικό στάδιο εντοπίστηκε χαμηλό επίπεδο γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών με ($M=12.08/21$), ενώ οι στάσεις ήταν μέτριες προς θετικές ($M=99.06/140$). Αναφορικά με την έρευνα παρατήρησης αναγνωρίστηκαν τέσσερις θεματικές ενότητες 1) ανικανοποίητες βασικές ανάγκες, 2) ανεπαρκής διατήρηση της αξιοπρέπειας, 3) ελλιπής επικοινωνία λεκτικής ή μη και 4) ανεπαρκείς τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας. Η επαφή με τους ασθενείς διαρκούσε 5-7 λεπτά. Η μη αποτελεσματική επικοινωνία εντοπίστηκε τόσο μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή, αλλά και μεταξύ των συναδέλφων σε αρκετές περιπτώσεις. Η χρήση του αγγίγματος είχε εντοπιστεί σε πολλές περιστάσεις. Συνολικά εντοπίστηκαν αρκετές παραλείψεις φροντίδας, κατά τη νοσηλευτική φροντίδα. Το τελευταίο στάδιο ήταν αρκετά

αποτελεσματικό, καθώς μετά την παρέμβαση οι γνώσεις είχαν αυξηθεί κατά 3 μονάδες ($M=15.31$) και οι στάσεις κατά 11 μονάδες ($M=110.72$). Κατά την τελευταία μέτρηση, 3 μήνες μετά την παρέμβαση, οι γνώσεις είχαν αυξηθεί περαιτέρω κατά 1 μονάδα ($M=16.25$) και οι στάσεις είχαν παραμείνει θετικές ($M=110.47$). Όλοι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης δήλωσαν ως «ικανοποιητικό» το βαθμό που διατηρούνται τα στοιχεία που εντοπιστήκαν ως ελλειπή κατά την έρευνα παρατήρησης.

Συζήτηση: Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και οι αρνητικές στάσεις υποδηλώνουν την άμεση ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την προαγωγή τους και την ενίσχυση της ηθικής φροντίδας μεταξύ των Κυπρίων νοσηλευτών. Η ενίσχυση του υφιστάμενου προγράμματος σπουδών ή η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων απευθυνόμενα σε κλινικούς νοσηλευτές, αφενός θα επιφέρει αύξηση των γνώσεων και την εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης και αφετέρου θα ενισχύσει το αίσθημα αυτοπεποίθησης μεταξύ των νοσηλευτών. Η μη ικανοποίηση αρκετών βασικών αναγκών των ασθενών με άνοια εγείρει αρκετούς ηθικούς προβληματισμούς. Αυτή η ομάδα ασθενών βρίσκεται «σε ρίσκο» για καταπάτηση της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους κατά τη νοσηλεία τους. Η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος δείχνει την ανάγκη για πιο ευρεία εφαρμογή του, προκειμένου να επιτευχθεί ποιοτικότερη φροντίδα στους ασθενείς αυτούς, μέσω της μείωσης των νοσηλευτικών παραλείψεων και την προαγωγή της ενσυναίσθησης των νοσηλευτών για πιο αξιοπρεπή φροντίδα.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτικές παραλείψεις περιλαμβάνουν αρκετά ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα, τα οποία χρήζουν διερεύνησης, προκειμένου να αναβαθμιστεί η ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς με άνοια. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών, αποτελεί ένα παράγοντα του φαινομένου αυτού, ο οποίος μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Λέξεις ευρητηριασμού: *άνοια, παραλείψεις, νοσηλευτές, γνώσεις, στάσεις, εκπαίδευση*

ABSTRACT

Background: Patients with Dementia (PwD) in hospital settings are characterized as a vulnerable group, due to memory and behavioral problems associated with the disease, leading to problems related to their care. Studies have revealed that nurses' level of knowledge about dementia care lacks and their attitudes were non-favorable. In correlation with communication difficulties and the cognitive decline, due to the disease, PwD might be more prone to missed care.

Aims: The aim of the study is to investigate the knowledge and attitudes of Cypriot nurses regarding the care of PwD, to evaluate behavior of care that PwD receive and to identify any omissions. The study concluded with the implementation of a training program that has increased knowledge and improved nurses' attitudes.

Methods: This is a mixed method study constituted of three stages: 1) cross sectional study among all the Cypriot nurses, so as to evaluate the level of knowledge and attitudes towards the care of PwD, 2) observation study, in order to assess care delivered to 13 hospitalized PwD and to detect if any care omissions take place and 3) quasi-experimental study address to 34 nurses, with one pre and two post measures, through the implementation of a training program, aiming to enrich the level of knowledge and improve nurses' attitudes towards PwD.

Results: Low level of knowledge ($M=12.08/21$) and non-favourable attitudes ($M=99.06/140$) towards PwD, were revealed among Cypriot nurses. The observation study identified 4 thematics a) fundamental patient needs remain unmet, b) several cases of dignity violation during nursing care, c) communication deficiencies and d) nursing care techniques were lacking. Timing of patient contact lasted from 5 to 7 minutes. Communication deficiencies were detected among nurse-patient and among colleagues, as well. The use of touch was detected in several cases. Many care omissions were identified during nursing care. Regarding the intervention study the training program has indicated remarkable improvements on both variables, which lasted three months after the intervention. After the implementation of the training program level of knowledge was 3 units higher ($M=15.31$) and attitudes were 11 units higher ($M=110.72$). Three months post intervention level of knowledge was even higher ($M=16.25$) and attitudes remain positive ($M=110.47$). Missed nursing care that was detected during observation study, was not acknowledged by the intervention group.

Discussion: Low level of knowledge and negative attitudes indicate the urgent need to establish an educational program in order to promote those variables and enhance the ethical care among Cypriot nurses. The reinforcement of the existing nursing curriculum or the implementation of educational programs, targeted to clinical nurses will upgrade the level of knowledge and management skills, in one hand and on other hand will promote the self-confidence among nurses. Failure to meet several basic needs of PwD raises many ethical concerns. This group of patients is at risk of dignity and human rights violation, during their hospitalization. The effectiveness of the education program demonstrates the need for further implementation in order to achieve better quality of care for those patients, by reducing nursing omissions and promoting nurses' empathy.

Conclusion: Many of patient's basic needs remain unmet and this raises considerable ethical issues. Low level of knowledge and non-favorable attitudes of nurses constitutes one factor of the phenomenon of missed care, which can be eliminated through training.

Keywords: *nurses, dementia, omissions, training*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ABSTRACT.....	1
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Εισαγωγή.....	1
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΕΣ, ΟΡΙΣΜΟΙ, ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	6
1.1. Οι έννοιες «στάσεις» και γνώσεις».....	6
1.2. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την αύξηση των γνώσεων και την αλλαγή των στάσεων.....	8
1.3. Το πρόβλημα της άνοιας: ορισμοί, συμπτωματολογία, επιδημιολογικά στοιχεία. 9	
1.4. Η φροντίδα ασθενών με άνοια: προβλήματα και δυσκολίες	12
1.5. Η έννοια των παραλείψεων στη φροντίδα	14
1.6. Η ευαλωτότητα των ασθενών με άνοια και η προστασία των δικαιωμάτων τους 17	
1.7. Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης.....	23
1.7.1. Θεωρητικό πλαίσιο της εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική	25
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	28
2.1. Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τις Γνώσεις και Στάσεις Νοσηλευτών όσο αφορά τη διαχείριση της φροντίδας ασθενών με άνοια 28	
2.2.Εργαλεία μέτρησης των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών για την άνοια.....	34
2.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με τις Νοσηλευτικές παραλείψεις.....	38
2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με τις Παραλείψεις της φροντίδας όσον αφορά στα ηλικιωμένα άτομα και τους ασθενείς με άνοια.....	46
2.4.1. Ανισότητες στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων	46

2.4.2. Παράγοντες για περισσότερες νοσηλευτικές παραλείψεις στους ηλικιωμένους.....	49
2.4.3. Διακρίσεις προς τους ασθενείς με άνοια.....	50
2.5. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων οι οποίες αυξάνουν τις γνώσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την άνοια.....	55
2.6. Η ηθική προσέγγιση των νοσηλευτικών παραλείψεων	59
2.6.1. Αρχή της ισότητας και της δικαιοσύνης	60
2.6.2. Η αξιοπρέπεια σε σχέση με τα άτομα με άνοια	61
2.6.2.2. Συμπέρασμα.....	66
2.6.3. Σημαντικότητα και καινοτομία της μελέτης.....	68
2.7. Σκοπός της μελέτης.....	70
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	71
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	71
3.1. Είδος της μελέτης.....	71
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	72
3.3. Στάδια της μελέτης.....	72
3.4. Στάδιο 1- Μεθοδολογία μελέτης πεδίου για την αξιολόγηση των νοσηλευτών όσον αφορά τις γνώσεις και τις στάσεις προς την φροντίδα ασθενών με άνοια	74
3.4.1. Πληθυσμός και δείγμα	74
3.4.2. Επιλογή και Περιγραφή ερευνητικών εργαλείων	76
3.4.3 Πιλοτική εφαρμογή και εγκυροποίηση των ερωτηματολογίων στα ελληνικά	79
3.4.4. Μετάφραση και επαναμετάφραση των εργαλείων	79
3.4.5. Αναλύσεις αξιοπιστίας.....	79
3.4.6. Εξετάσεις εγκυρότητας	87
3.4.7. Πιλοτική μελέτη.....	87

3.4.8. Μέθοδος ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων- Στατιστικές αναλύσεις.....	90
3.4.9. Ηθικά θέματα	91
3.5. ΣΤΑΔΙΟ 2- Μεθοδολογία μελέτης παρατήρησης για την εξακρίβωση παραλείψεων στη φροντίδα ασθενών με άνοια	92
3.5.1. Στόχος της παρατήρησης	92
3.5.2. Μεθοδολογία παρατήρησης (συλλογή και ανάλυση).....	92
3.5.3. Διαδικασία Ανάλυσης Ποιοτικών Δεδομένων- Ανάλυση Περιεχομένου. 97	
3.5.4. Ηθικά θέματα	99
3.6. Στάδιο 3 Οιονεί πειραματική μελέτη- Εφαρμογή του Εκπαιδευτικού Προγράμματος.....	100
3.6.1. Εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος	100
3.6.2. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα “Getting to know me”	101
3.6.3. Μεθοδολογία παρεμβατικής μελέτης.....	105
3.6.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων παρεμβατικής μελέτης.....	109
3.6.5. Ηθικά θέματα	109
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	110
4.1. Πληθυσμός και δείγμα περιγραφικής μελέτης.....	110
4.2. Εξετάσεις Εγκυρότητας- Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου στάσεων..	112
4.2.1. Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου Γνώσεων	112
4.2.2. Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου Στάσεων	112
4.3. Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων νοσηλευτών προς την φροντίδα της άνοιας- μελέτη πεδίου	122
4.4. Αποτελέσματα μελέτης παρατήρησης-Στάδιο 2.....	136
4.4.1. Ανικανοποίητες Βασικές ανάγκες ασθενών.	136
4.4.2. Σεβασμός της Αξιοπρέπειας	139
4.4.3. Επικοινωνία.....	142
4.4.4. Τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας	145

4.5. Αποτελέσματα παρεμβατικής μελέτης- Στάδιο 3.....	148
4.5.1. Αποτελέσματα παρεμβατικής μελέτης (before/after)	150
4.5.2. Αποτελέσματα τρεις μήνες μετά την παρέμβαση	151
4.5.3. Αποτελέσματα πρόσθεσης 5 ερωτήσεων	152
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	154
5.1. Οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών με άνοια	155
5.2. Συζήτηση σε σχέση με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου των στάσεων	160
5.3. Συζήτηση σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και τις παραλείψεις	162
5.3.1. Επικοινωνία.....	167
5.3.2. Η ηθική πτυχή της φροντίδας ασθενών με άνοια	176
5.4. Συζήτηση σε σχέση με την εκπαιδευτική παρέμβαση	180
5.5. Σύγκριση αποτελεσμάτων παρεμβατικής μελέτης με τη μελέτη παρατήρησης	187
5.6. Συζήτηση τελικής μέτρησης παρεμβατικής μελέτης (3 μήνες μετά).....	192
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	198
7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	202
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	204
Παράρτημα 1 The Attitude toward Alzheimer’s disease and related dementia scale	204
Παράρτημα 2. Dementia Knowledge Assessment toll version II	206
Παράρτημα 3 Έντυπο ενημέρωσης των συμμετεχόντων για λήψη απόφασης.....	222
Παράρτημα 4 Ερωτηματολόγιο για Διερεύνηση των Στάσεων των Νοσηλευτών προς την Νόσο του Αλτσχάιμερ και συναφών Ανοιών	223
Παράρτημα 5 Εργαλείο Αξιολόγησης Γνώσεων άνοιας έκδοση II	226
Παράρτημα 6 Κλίμακα προσώπου.....	228
Παράρτημα 7. Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων	229

Παράρτημα 8. Δημοσιεύσεις	230
Παράρτημα 9. Δημοσιεύσεις	260
9. Βιβλιογραφία.....	289

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>Πίνακας 1. Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα της άνοιας</u>	207
<u>Πίνακας 2. Εργαλεία Αξιολόγησης Γνώσεων και Στάσεων</u>	217
Πίνακας 3. Αιτίες για παραλείψεις	44
Πίνακας 4. Επιπτώσεις παραλείψεων	44
Πίνακας 5. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας	81
Πίνακας 6. Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου.....	82
Πίνακας 7. Συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου γνώσεων με το ολικό (Scale mean if item deleted, item Total Correlations, Cronbach's Alpha if Item Deleted).....	83
Πίνακας 8. Συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου στάσεων με το ολικό (Scale mean if item deleted, item Total Correlations, Cronbach's Alpha if Item Deleted).....	85
Πίνακας 9. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας πιλοτικής μελέτης.....	88
Πίνακας 10. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων (εύρος=0-21) και των στάσεων (εύρος=0-140) των νοσηλευτών σχετικά με την άνοια; (n=92, πιλοτική μελέτη).....	89
Πίνακας 11. Συσχετίσεις γνώσεων και στάσεων πιλοτικής μελέτης (Pearson correlation).....	89
Πίνακας 12. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (μελέτη πεδίου).....	111
Πίνακας 13. Αποτελέσματα διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης ερωτηματολογίου Στάσεων	113
Πίνακας 14. Ομαδοποίηση παραγόντων στάσεων.....	117
Πίνακας 15. Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων.....	117
Πίνακας 16. Σύγκριση εγκυροποίησης του πρωτότυπου ερευνητικού εργαλείου με την παρούσα εγκυροποίηση	118
Πίνακας 17. Ποιες είναι οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την άνοια; (n=416).....	123
Πίνακας 18. Γνώσεις των νοσηλευτών για την άνοια και σωστές απαντήσεις	123
Πίνακας 19. Συχνότητα ορθών απαντήσεων στο εργαλείο των γνώσεων.....	127

Πίνακας 20. Τεταρτομοριακό εύρος απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων.....	129
Πίνακας 21. Στάσεις νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια.....	129
Πίνακας 22. Συνολικές απαντήσεις για το εργαλείο των στάσεων	132
Πίνακας 23. Συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων με τις μεταβλητές.....	134
Πίνακας 24. Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων	135
Πίνακας 25. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας παρέμβασης.....	149
Πίνακας 26. Γνώσεις πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση (ομάδας παρέμβασης n=34).....	150
Πίνακας 27. Στάσεις πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση (ομάδας παρέμβασης n=34).....	150
Πίνακας 28. Γνώσεις και Στάσεις ομάδας παρέμβασης στους τρεις χρόνους παρέμβασης	151
Πίνακας 29. Σύγκριση μέσων όρων παρούσας μελέτης με προηγούμενη παρεμβατική μελέτη (Kimzey et al, 2016)	196

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Μοντέλο νοσηλευτικών παραλείψεων Kalisch et al, 2009.....	23
Διάγραμμα 2. Το μοντέλο της μάθησης με εμπειρία του Kolb (1984).....	27
Διάγραμμα 3. Στάδια της μελέτης.....	73
Διάγραμμα 4. Περιεχόμενα εκπαιδευτικού προγράμματος	103
Διάγραμμα 5. Ενότητες εκπαιδευτικού προγράμματος	104
Διάγραμμα 6. Δειγματοληψία χρόνου παρεμβατικής μελέτης	106
Διάγραμμα 7. Ποσοστά απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων.....	126
Διάγραμμα 8 Ποσοστά σωστών απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων >50%....	128
Διάγραμμα 9. Ποσοστό απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων πάνω από τη βάση	128
Διάγραμμα 10. Ποσοστά απαντήσεων για το εργαλείο των στάσεων.....	132
Διάγραμμα 11. Ποσοστά θετικών, ουδέτερων και αρνητικών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο των στάσεων.....	133
Διάγραμμα 12. The Face Scale (Lorish&Maisiak 1986)	228

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η φροντίδα ασθενών με άνοια αποτελεί ένα προβληματικό θέμα στη Νοσηλευτική κυρίως λόγω της αυξημένης ευαλωτότητας και της μειωμένης «δημοτικότητας» των ασθενών αυτών για διάφορους λόγους. Η γνωστική έκπτωση, τα προβλήματα μνήμης, η δυσκολία επικοινωνίας και η προβληματική συμπεριφορά σε συνδυασμό με τη συννοσηρότητα για την οποία οι ασθενείς με άνοια εισάγονται συνήθως στα νοσηλευτήρια, αποτελούν μερικούς από τους λόγους οι οποίοι δυσκολεύουν τη φροντίδα. Οι ασθενείς με άνοια καταλαμβάνουν το 25% των νοσοκομειακών κλινών (Alzheimer Society, 2016) και χαρακτηρίζονται από γνωστική έκπτωση, προβλήματα στην επικοινωνία και ως εκ τούτου δυσκολίες στη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά επιπρόσθετα δεν είναι σε θέση να διεκδικήσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Knapp et al, 2007) όπως άλλοι ασθενείς και επομένως καθίστανται εξαιρετικά ευάλωτοι σε παραμέληση. Ένα άλλο πρόβλημα το οποίο δυσκολεύει τη φροντίδα των ασθενών αυτών στα νοσηλευτήρια είναι η πολυπλοκότητα της φροντίδας όλων των ασθενών στα σύγχρονα αυτά ιδρύματα οξείας φροντίδας, οι τεράστιες απαιτήσεις και ταυτόχρονα η συνεχής μείωση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, το πολυδιάστατο φάσμα αναγκών που παρουσιάζουν οι ασθενείς με άνοια σε συνδυασμό με την ανοδική πορεία της επιδημιολογίας της νόσου, καθιστά τη μελέτη της φροντίδας σημαντικό θέμα για διερεύνηση, καθώς αρκετές ανάγκες των ασθενών αυτών μένουν ανικανοποίητες αφού σε αρκετές περιπτώσεις θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας.

Η άνοια αποτελεί ένα σύνδρομο προοδευτικής φύσης, το οποίο επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, τον υπολογισμό, την ικανότητα μάθησης, τη γλώσσα, τη συμπεριφορά και την κρίση (WHO, 2015). Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί κατά πέντε χρόνια από το 2000 (WHO, 2015), γεγονός που σημαίνει ότι όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι θα νοσηλεύονται πιο συχνά, με νόσους της τρίτης ηλικίας όπως η άνοια, αλλά και συνδυασμό νοσημάτων με αποτέλεσμα να καθιστούν τη φροντίδα ακόμα πιο δύσκολη. Λαμβάνοντας υπόψη το σταδιακό τετραγωνισμό της πληθυσμιακής πυραμίδας η άνοια οποιασδήποτε μορφής και η συνεπαγόμενη έκπτωση των νοητικών και άλλων λειτουργιών, η οποία επηρεάζει τις ηλικίες άνω των 65, κρούει τον κώδωνα του κινδύνου. Υπολογίζεται ότι 2%-3% του πληθυσμού ηλικίας 65-74

πάσχει από άνοια (Prince et al, 2016, Alzheimer Association, 2019), 10% για τις ηλικίες 75-79, 11%-19% για τις ηλικίες 80-84, ενώ ανέρχεται στο 42% για τις ηλικίες 85 και άνω (Εταιρεία Νόσου Αλτσχάιμερ και Συναφών Ανοιών Αθηνών, 2014, Alzheimer Association, 2019). Ο αριθμός των πασχόντων ανέρχεται στα 47,5 εκατομμύρια παγκοσμίως και διαγιγνώσκονται 7.7 εκατομμύρια νέα περιστατικά ανά έτος (WHO, 2016). Δεδομένης της προαναφερόμενης πληθυσμιακής αύξησης ο αριθμός αυτός αναμένεται να ανέλθει στα 135,46 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (Dementia Action Alliance, 2012).

Σύμφωνα με αδρούς υπολογισμούς το κόστος της άνοιας ανέρχεται στα 604 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αντιστοιχεί στο 1% του παγκόσμιου ακαθόριστου εγχώριου προϊόντος (Alzheimer Association, 2014). Όσον αφορά στην Κύπρο, οι τρέχουσες δαπάνες των υπηρεσιών υγείας το 2014, υπολογιστήκαν στα €1.107,0. Εκ. από τα οποία €448,1 αφορούσαν δαπάνες του δημόσιου τομέα και €658,9 του ιδιωτικού. Οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό του ακαθόριστου εγχώριου προϊόντος μειώθηκαν από 6,7% το 2013 σε 6,4% το 2014 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2014). Σε εκθέσεις τους οι φορείς OECD, 2018 και το European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, έδειξαν ότι η Κύπρος σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζει χαμηλότερο μέσο όρο κατά 3% του ποσοστού δαπανών υγείας στο ΑΕΠ σε σχέση με την ΕΕ, χαμηλές κατά κεφαλήν κρατικές δαπάνες υγείας και το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή ένωση (ΕΕ). Οι χώρες της ΕΕ πριν τη διεύρυνση (EU15) δαπανούσαν κατά μέσο όρο 8.3% του ΑΕΠ τους για σκοπούς υγείας (WHO, 2019, Eurostat, 2019) με το 8,8% του ΑΕΠ να αποτελεί δαπάνη του δημόσιου τομέα (OECD, 2019) και μόνο το 2,4% να αφορά ιδιωτικές δαπάνες υγείας (WHO, 2019). Τα στοιχεία για την Κύπρο δείχνουν ότι βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο των EU15, με ποσοστό δαπανών υγείας στο ΑΕΠ που μόλις ξεπερνά το 6%. Ταυτόχρονα, η Κύπρος έχει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας στις συνολικές δαπάνες για υγεία στην ΕΕ, με το ποσοστό αυτό να ξεπερνά το 50% (Observatory on Health Systems and Policies, 2014). Φυσικά τα δεδομένα αυτά ενδέχεται να αλλάξουν δραματικά λόγω της εφαρμογής στην Κύπρο του νέου Γενικού συστήματος υγείας (ΓΕΣΥ) το οποίο διαφέρει πάρα πολύ από την προηγούμενη κατάσταση.

Το πρόβλημα της φροντίδας ασθενών με άνοια έχει τονιστεί και στο τελευταίο διεθνές σχέδιο δράσης του ΠΟΥ ο οποίος έθεσε ως παγκόσμιο στόχο το 75% των χωρών να

έχει αναπτύξει ή εκσυγχρονίσει εθνικές πολιτικές, στρατηγικές, σχέδια ή πλαίσια για την άνοια, είτε αυτόνομα είτε ενσωματωμένα σε άλλες πολιτικές / σχέδια έως το 2025 (WHO,2017). Ένα σημαντικό μέρος αυτού του σχεδίου αναφέρεται στην

«επιμόρφωση όλων των επαγγελματιών υγείας στα ειδικά προβλήματα των ασθενών αυτών και τη διαχείριση της φροντίδας των ατόμων με άνοια» (WHO, 2017).

Για να επιτευχθεί αυτή η επιμόρφωση ο ΠΟΥ συστήνει την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχεται προς τα άτομα με άνοια. Η αύξηση της κατανόησης και εκπαίδευσης καθώς και η θετικότερη στάση των επαγγελματιών υγείας θα συμβάλουν σημαντικά στην ενίσχυση της υγείας και θα βελτιώσουν τα κοινωνικά αποτελέσματα, κυρίως την ποιότητα ζωής των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους, ακόμη και της ευρύτερης κοινωνίας, οδηγώντας σε καλύτερες εμπειρίες διαβίωσης και σε ουσιαστικότερες φιλικές προς την άνοια συνθήκες (WHO, 2017). Οι Sun et al, 2020, σε μελέτη τους διέκριναν τους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και τα χαρακτηριστικά των εθνικών σχεδίων, προκειμένου να εντοπίσουν αν σχετίζονται με την πιθανότητα να υπάρχει μία εθνική πολιτική για την άνοια.. Στα ευρήματα τους φάνηκε ότι ένα γενικό σύστημα υγείας, η ύπαρξη του πληθυσμού >65 ετών σε ποσοστό 14% ή τα ψηλά εισοδήματα, αυξάνουν τουλάχιστον 14 φορές την πιθανότητα ύπαρξης εθνικού σχεδίου για την άνοια.

Επιπρόσθετα, οι ευάλωτοι πληθυσμοί όπως οι ασθενείς με άνοια, κινδυνεύουν από λάθη, παραλείψεις και πιθανή παραμέληση κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους, σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με άλλες ομάδες ασθενών, κυρίως λόγω των προβλημάτων αντίληψης, λόγου, επικοινωνίας και διεκδίκησης ποιοτικής φροντίδας. Μελέτες έδειξαν ότι όσον αφορά στους νοσηλευτές, υπάρχει έλλειψη γνώσεων και αρνητικές στάσεις έναντι των ασθενών με άνοια, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση και το ενδεχόμενο τα άτομα με άνοια να κινδυνεύουν περισσότερο από τα προαναφερθέντα προβλήματα. Τρεις προηγούμενες μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς με άνοια προκαλούν αποδιοργάνωση στις διαδικασίες ρουτίνας ενός νοσοκομείου και εμπόδιο στην παροχή φροντίδας στους υπόλοιπους ασθενείς (Atkin et al, 2005, Harrison & Zohhadi 2005, Clisset et al, 2013) με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί και οι ανάγκες τους να θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας και να παραμελούνται. Ακόμη χειρότερα είναι να εφαρμόζονται στους ασθενείς αυτούς μέτρα τα οποία θεωρούνται απαράδεκτα, όπως είναι η χρησιμοποίηση περιοριστικών μέτρων (π.χ. περιδέρη χεριών) ή φαρμάκων ώστε

να παραμένουν ήρεμοι, με πρόσχημα τη δική τους προστασία ενώ στην ουσία γίνονται για να μην επηρεαστεί η κανονική ροή των εργασιών στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό τμήμα.

Στη νοσηλευτική, το θέμα των παραλείψεων στη φροντίδα άρχισε να αναδύεται τα τελευταία χρόνια, καθώς αρκετές έρευνες απέδειξαν ότι για διάφορους λόγους οι νοσηλευτές δεν παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα στους ασθενείς (Kalisch et al, 2009, 2012, Papastavrou 2011, 2012). Κυρίως λόγω περιορισμού σημαντικών πόρων και ιδιαίτερα λόγω έλλειψης χρόνου που απορρέει από τη μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού, οι νοσηλευτές αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες με αποτέλεσμα ορισμένες νοσηλευτικές διεργασίες να καθυστερούν να γίνουν, να μην γίνονται καθόλου ή να γίνονται σε χαμηλότερα αποδεκτό επίπεδο από το αναμενόμενο. Έχει τεκμηριωθεί ότι οι παραλείψεις αποτελούν ένα σοβαρό φαινόμενο και ενδέχεται να συμβαίνουν λόγω του γεγονότος ότι οι νοσηλευτές είναι συνεχώς σε επαφή με τους ασθενείς και καλούνται να ανταποκριθούν σε όλο το φάσμα των αναγκών των ασθενών, σε ένα εξαιρετικά περίπλοκο περιβάλλον, αναλαμβάνοντας πολλές φροντίδες παράλληλα. Συνεπώς οι νοσηλευτές καθορίζουν μια σειρά προτεραιοτήτων φροντίδας, με την πιθανότητα να παραλείψουν κάποια διεργασία που δεν είναι στην αρχή της ιεράρχησης τους (Pedersen et al, 2008). Επιπρόσθετα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές ενδέχεται να θέτουν τις προτεραιότητες στη βάση διακρίσεων (π.χ. επείγοντα περιστατικά, χρόνια, ηλικία, ασθενείς VIP) με αποτέλεσμα οι ασθενείς οι οποίοι είναι ηλικιωμένοι και δεν μπορούν να επικοινωνήσουν να θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας (Papastavrou 2011, 2012). Ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγείας (AHRQ), 2015, έχει αναγνωρίσει τις παραλείψεις φροντίδας σαν ένα κοινό και δυνητικά επικίνδυνο φαινόμενο που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί υγείας σε διεθνές επίπεδο. Θεωρεί ότι οι νοσηλευτικές παραλείψεις αποτελούν κίνδυνο για την ασφάλεια και χρίζει της δέουσας σημασίας από τους διοικητικούς σε οργανωτικό επίπεδο, από ειδικούς και ερευνητές, προκειμένου να αναπτύξουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις μείωσης του φαινομένου (AHRQ, 2015).

Προκειμένου να γίνει επιτεύξιμη η προαγωγή της ποιότητας φροντίδας και η μείωση των παραλείψεων ειδικά σε ευάλωτους ασθενείς, απαιτείται η εκπαιδευτική κατάρτιση και η απόκτηση ενός ψηλού επιπέδου γνώσεων, καθώς επίσης και η υιοθέτηση θετικής στάσης, ούτως ώστε να εφαρμόζεται το θεωρητικό πλαίσιο, συνεπικουρώντας στην αναβάθμιση της ηθικής και δεοντολογίας των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 4

του ελληνικού κώδικα δεοντολογίας (2001), τονίζεται ότι «ο νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη...», οπότε καθίσταται σαφές ότι οι παραλείψεις αποτελούν απόκλιση από τον κώδικα και πρέπει να μελετηθούν. Να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος κώδικας είναι από τους λίγους οι οποίοι αναφέρονται ρητά στον όρο «παράλειψη» γεγονός το οποίο αποδεικνύει τη σοβαρότητα μελέτης του θέματος στον ευρύτερο ελληνικό χώρο. Έχοντας αυτές τις μεταβλητές υπόψη, οι νοσηλευτές θα αναπτύξουν περισσότερο τη γνωστική και συναισθηματική ενσυναίσθηση για τα άτομα με άνοια, με αποτέλεσμα την προαγωγή της ποιότητας προσφερόμενης φροντίδας. Συνεπώς δημιουργείται η ανάγκη για μελέτη του θέματος, ούτως ώστε να διερευνηθεί το πρόβλημα με απώτερο στόχο τη δημιουργία προτάσεων για τη βελτίωση των συνθηκών φροντίδας στα άτομα με άνοια σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα και σε χώρους μακροχρόνιας φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυδιάστατη φύση της άνοιας και τα συναφή προβλήματα που τη συνοδεύουν, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ένα καίριο ρόλο για την προαγωγή της ποιότητας φροντίδας και κυρίως για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, καθώς οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να διεκδικήσουν φροντίδα σε αποδεκτά επίπεδα, αλλά ούτε και να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό τους. Βέβαια το πρόβλημα είναι αρκετά πιο σύνθετο και περιλαμβάνει οργανωτικούς, διοικητικούς, περιβαλλοντικούς και πολλούς άλλους παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να εξεταστούν προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς με άνοια.

Βάση όλων των προαναφερόμενων φαίνεται η ανάγκη της παρούσας μελέτης, που έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και τον εντοπισμό των συμπεριφορών φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί. Επιπλέον μέσω της εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος ενδέχεται η προαγωγή των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της προσφερόμενης φροντίδας. Λόγω της ευρύτητας του θέματος, ο στόχος της μελέτης αυτής αρκείται στο να επικεντρωθεί στην εκπαίδευση και τον εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών στη διαχείριση της φροντίδας ασθενών με άνοια, με την ελπίδα ότι θα θέσει ένα μικρό λιθαράκι στην επίλυση ενός σημαντικού προβλήματος και θα συμβάλει στην προαγωγή της ποιότητας της φροντίδας στο σεβασμό και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών.

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΕΣ, ΟΡΙΣΜΟΙ, ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν οι βασικές έννοιες τις οποίες πραγματεύεται αυτή η μελέτη, και συγκεκριμένα την έννοια των στάσεων, των γνώσεων και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Στη συνέχεια θα αναλυθεί το πρόβλημα της άνοιας με έμφαση στην περιγραφή του προβλήματος και ειδικότερα τα προβλήματα και οι δυσκολίες της φροντίδας ασθενών με άνοια. Το κεφάλαιο θα συνεχιστεί με την εννοιολογική ανάλυση της διάστασης των παραλείψεων της φροντίδας, καθώς και την ευαλωτότητα των ασθενών με άνοια και την προστασία των δικαιωμάτων τους στη φροντίδα. Τέλος, θα παρουσιαστούν τα θεωρητικά μοντέλα πάνω στα οποία στηρίχτηκε η μελέτη.

1.1. Οι έννοιες «στάσεις» και γνώσεις»

Με βάση με όσα έχουν αναφερθεί πιο πάνω, και σύμφωνα με διαπιστώσεις και συστάσεις του ΠΟΥ, φαίνεται ότι μία πτυχή του προβλήματος της φροντίδας των ασθενών με άνοια, των παραλείψεων και των πιθανών διακρίσεων στη φροντίδα να αποτελεί και η έλλειψη επαρκών γνώσεων ή και θετικών στάσεων έναντι αυτών των ασθενών.

Για παράδειγμα, η έννοια *στάση* ορίζεται ως *"μια σχετικά διαρκής οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και συμπεριφοριστικών τάσεων προς κοινωνικά σημαντικά θέματα, ομάδες, γεγονότα ή σύμβολα"* (Hogg&Vaughan 2005). Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι σε ομάδες ασθενών ή ομάδες νοσημάτων είναι αρκετά σημαντικές για την ευημερία όχι μόνο των ίδιων, αλλά επίσης και για τους ασθενείς και τις οικογένειες αυτών που φροντίζουν (Zimmerman et al, 2005). Η αρνητική στάση ελλοχεύει κινδύνους για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς υπάρχει πιθανότητα να βιώνουν την φροντίδα που παρέχουν ως ανώφελη και να απαξιώσουν τη δουλειά τους (Norbergh et al, 2006). Αποτέλεσμα αυτού εύλογα μπορεί να υποθέσει κάποιος ότι οι

στάσεις των νοσηλευτών είναι δέουσας σημαίας για την ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας.

Η γνώση έχει οριστεί ως η εξοικείωση, η συνειδητοποίηση ή κατανόηση κάποιου ή κάτι, όπως γεγονότα, πληροφορίες, περιγραφές ή δεξιότητες που αποκτώνται μέσω της εμπειρίας ή της εκπαίδευσης με την αντίληψη, την ανακάλυψη ή την εκμάθηση (Manichander, 2015). Τα ψηλότερα επίπεδα γνώσης έχουν συσχετιστεί με καλύτερα αποτελέσματα για τον ασθενή, μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας (Shafie et al, 2014, Aburuz et al, 2017, Li-Chun et al, 2019, Dickens et al, 2019). Η μελέτη της έννοιας γνώση έχει βασιστεί στην ήδη δηλωμένη υπόθεση του ΠΟΥ ότι η φροντίδα ασθενών με άνοια πιθανό να υστερεί λόγω έλλειψης γνώσεων εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, κυρίως όσον αφορά τη διαχείριση των συμπτωμάτων αλλά και των πολλαπλών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί.

Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι οι στάσεις καθορίζουν τη συμπεριφορά, οπότε με την επίτευξη μιας θετικής στάσης, εύλογα επηρεάζεται θετικά και η συμπεριφορά (Dekker et al, 2007). Ο ορισμός της έννοιας στάσης (Breckler 1984, Hogg&Vaughan 2005) συμπεριλαμβάνει τρεις συνιστώσες τη γνώση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Οποιαδήποτε μεταβολή στις τρεις αυτές συνιστώσες συνεπώς επηρεάζει τη διαμόρφωση της στάσης. Σύμφωνα με την αρχή της συνοχής η στάση και η συμπεριφορά βρίσκονται σε απόλυτη συνεκτικότητα μεταξύ τους, με τη συμπεριφορά να εκφράζεται, λόγω της ύπαρξης μιας προϋπάρχουσας στάσης (McLeod, 2018). Η θεωρητική προσέγγιση των Rosenberg & Hovland's, 1960, φανερώνει και αυτή με τη σειρά της ότι η συμπεριφορά αποτελεί μέρος της διαμόρφωσης μιας στάσης. Πιο συγκεκριμένα οι συγγραφείς θεωρούν ότι η στάση είναι παρεμβαλλόμενη μεταβλητή, μεταξύ των ερεθισμάτων (αντικείμενα, άνθρωποι, γεγονότα) και η ανταπόκριση σε αυτά τα ερεθίσματα. Θεωρούν ότι οι στάσεις περιλαμβάνουν την επίδραση στα συναισθήματα και την αξιολόγηση, τη γνώση που αφορά πεποιθήσεις εάν κάτι είναι σωστό ή λάθος και τη συμπεριφορά που αφορά προθέσεις ή αποφάσεις για δράση. Οι συγγραφείς ουσιαστικά τονίζουν ότι η υιοθέτηση μιας θετικής στάσης θα οδηγήσει σε μια πιο σωστή συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς. Στη νοσηλευτική επιστήμη οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν τις δράσεις ή τις αντιδράσεις στην παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς (Salimi et al, 2013). Είναι ενέργειες με επίκεντρο την ευεξία του ασθενή και περιλαμβάνουν την ευαισθησία, την ανακούφιση, την ενεργητική ακρόαση, την ειλικρίνεια και την αποδοχή χωρίς εκφορά κρίσης (Κάρλου, 2013).

1.2. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την αύξηση των γνώσεων και την αλλαγή των στάσεων

Μετά τη διαπίστωση της σχέσης ανάμεσα στη γνώση, τη στάση και τη φροντίδα, έχουμε προχωρήσει στη μελέτη ερευνητικών παρεμβάσεων και την αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία στοχεύουν στη βελτίωση της φροντίδας. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις παρέχουν υποστήριξη για απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων, καθώς και τη θετικοποίηση των στάσεων και απευθύνονται σε λειτουργικές, γνωστικές, ακαδημαϊκές, συμπεριφορικές και κοινωνικές δεξιότητες (Lestrud, 2013, Lurdes et al, 2013). Οι παρεμβάσεις αυτές θα έπρεπε να στοχεύουν σε δεξιότητες που χρειάζονται να αποκτηθούν ή να εκτελούνται κατά τακτά διαστήματα, προκειμένου να έχουν περισσότερη επιτυχία (Lestrud, 2013).

Οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας αποτελούν ένα κοινό ερευνητικό θέμα, μεταξύ των θεμάτων υγείας (Fox et al, 2002, 2013). Εντούτοις, παρέχοντας στους ανθρώπους την γνώση σχετικά με έννοιες κλειδιά, τους βοηθά να αξιολογήσουν την ακρίβεια της παρέμβασης και τους διευκολύνει στην διαδικασία λήψης απόφασης στον κλινικό χώρο (Cusack et al, 2016). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας απευθύνονται τόσο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά πολλές φορές και στο ευρύτερο κοινό, πχ. ασθενείς, συγγενείς, φροντιστές. Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει την εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με την καλύτερη διαχείριση της νόσου τους πχ. σακχαρώδης διαβήτης (Zandyheh et al, 2015) ή σε φροντιστές πχ. γονείς παιδιού με αυτισμό με την περιορισμένη έξαρση των συμπτωμάτων (Lestrud, 2013).

Οι Wu et al, 2018, σε συστηματική ανασκόπηση τους εντόπισαν ότι μέσω των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε νοσηλευτές βελτιώνονται σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών, ενώ παράλληλα οι νοσηλευτές ήταν σε θέση να ασκούν τεκμηριωμένη κλινική πρακτική. Παρόμοια, αποτελέσματα φάνηκαν και από την ανασκόπηση των Laitila et al, 2016, όπου συσχέτισαν τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους νοσηλευτές με ποιοτικότερη φροντίδα, με συνεπακόλουθο την καλύτερη έκβαση της υγείας του ασθενή. Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στοχεύει στην εκμάθηση δεξιοτήτων, γνώσεων και βελτιστοποίηση τεχνικών (Wu et al, 2018). Μέσω της εκπαίδευσης των νοσηλευτών, εκπαιδεύεται παράλληλα και ο ασθενής, καθώς ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκμάθηση τεχνικών αυτό-φροντίδας ή πρόληψης και διατήρησης της ευημερίας του ασθενή (Bergh et al, 2015).

1.3. Το πρόβλημα της άνοιας: ορισμοί, συμπτωματολογία, επιδημιολογικά στοιχεία

Με τον όρο άνοια περιγράφεται ένα σύνολο συμπτωμάτων που προκαλούνται από διαταραχές που επηρεάζουν τον εγκέφαλο (Australia Dementia, 2017). Η άνοια είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος που επηρεάζει τα εγκεφαλικά κύτταρα, κυρίως τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την ικανότητα να εκτελεί το άτομο καθημερινές εργασίες. Χρονικά διαιρείται σε 3 στάδια (Ελληνική Εταιρεία Αλτσχάιμερ και Συναφών Διαταραχών, 2018):

1) Πρώιμο στάδιο (διάρκεια 0-3 χρόνια): Ο ασθενής δεν έχει εμφανή συμπτώματα γνωστικής έκπτωσης (χάνει προσωπικά του αντικείμενα, περιστασιακά αποπροσανατολίζεται, παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα εκμάθησης και κυκλοθυμία, δυσκολία διαχείρισης των οικονομικών του και έλλειψη κρίσης).

2) Το μέσο στάδιο (διάρκεια 2-7 χρόνια): Έντονη παρουσία γνωστικής έκπτωσης (περιπλάνηση, ανησυχία, δυσκολία στις καθημερινές δραστηριότητες πχ. μπάνιο, ντύσιμο, δυσκολίες στην ανάγνωση και γραφή, δυσκολία αναγνώρισης οικείου προσώπου λχ. σύζυγος, παιδί, οφθαλμαπάτες, αποπροσανατολισμό, χάσιμο αίσθησης του χρόνου.

3) Το τελικό στάδιο (διάρκεια 2-5 χρόνια): Ο ασθενής πλέον είναι κλινήρης, δεν έχει ικανότητα αυτό-φροντίδας ή μάσησης της τροφής, ακράτεια ούρων, παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλη σύγχυση κατά τις βραδινές ώρες και έχει αϋπνίες, αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας.

Αν και η άνοια αφορά ένα γενικότερο όρο, στη βιβλιογραφία περιγράφονται 6 κύρια είδη άνοιας: 1) η νόσος Αλτσχάιμερ, 2) η αγγειακή, 3) η άνοια με σωματίδια Lewy, 4) η νόσος του Parkinson's, 5) η μέτωπο-κροταφική άνοια και 6) άνοια της χορείας του Huntington.

Η νόσος Alzheimer, είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας η οποία καταλαμβάνει το 60-80% των ανοιών και χαρακτηρίζεται από δύο ανωμαλίες στον εγκέφαλο α) αμυλοειδείς πλάκες και β) νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις. Οι πλάκες είναι μη φυσιολογικές μάζες μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται β-αμυλοειδής. Οι αλλοιώσεις προέρχονται από την παρουσία της ταυ- πρωτεΐνης. Οι πλάκες και οι αλλοιώσεις σταματούν την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων και ως συνέπεια πεθαίνουν. Η πρώτη εγκεφαλική περιοχή που

επηρεάζει η νόσος είναι ο ιππόκαμπος, ο οποίος αποτελεί το κέντρο μνήμης και μάθησης, έτσι οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ παρουσιάζουν δυσκολίες στη μνήμη σαν πρώτο σύμπτωμα (Τσολάκη & Κάζη, 2005).

Η αγγειακή άνοια είναι η γνωστική δυσλειτουργία που προκαλείται από βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου (Alzheimer Organization, 2018). Μπορεί να προκληθεί από ένα ή πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια, που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου. Η διάγνωση της αγγειακής άνοιας γίνεται όταν υπάρχουν ενδείξεις της νόσου των αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο και μειωμένη νοητική λειτουργία, που παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή. Τα συμπτώματα της αγγειακής άνοιας μπορεί να αρχίσουν ξαφνικά μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, ή μπορεί να αρχίσουν σταδιακά καθώς η ασθένεια των αιμοφόρων αγγείων επιδεινώνεται. Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με την θέση και το μέγεθος της βλάβης του εγκεφάλου.

Η νόσος με σώματα χαρακτηρίζεται από την παρουσία σωμάτων Λιούη στον εγκέφαλο (Lewy body dementia-LBD). Τα Lewy bodies είναι ανώμαλες μάζες πρωτεΐνης άλφασυνουκλεϊνης που αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα (Τσολάκη& Κάζης, 2005). Αυτές οι ανωμαλίες εμφανίζονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου προκαλώντας αλλαγές στην κίνηση, σκέψη και συμπεριφορά. Τα άτομα με νόσο Λιούη σώματα μπορεί να εμφανίσουν μεγάλες διακυμάνσεις στην προσοχή και στη σκέψη. Μπορεί να αλλάξουν από σχεδόν φυσιολογική απόδοση σε σοβαρή σύγχυση μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι επίσης ένα συνηθισμένο σύμπτωμα σε αυτό το είδος άνοιας.

Όταν πρωτοεμφανιστούν τα συμπτώματα στις κινήσεις, συχνά γίνεται διάγνωση της νόσου Πάρκινσον. Η νόσος του Πάρκινσον οφείλεται στην βαθμιαία μείωση της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτό προκαλεί συμπτώματα όπως τρόμο, βραδύτητα στην κίνηση, άκαμπτα άκρα, προβλήματα βάδισης και ισορροπίας. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, ο ασθενής παρουσιάζει γνωστική έκπτωση.

Η άνοια πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού (ή αλλιώς μέτωπο-κροταφική άνοια) σημαίνει προοδευτική βλάβη στο μετωπικό ή και κροταφικό λοβό του εγκεφάλου. Υπάρχουν δύο κύριες εκδηλώσεις της άνοιας πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού - μετωπική (που εμφανίζεται με συμπτώματα συμπεριφοράς και αλλαγές στην προσωπικότητα) και κροταφική (που εμφανίζεται με διαταραχές στον προφορικό λόγο), οι οποίες συχνά αλληλεπικαλύπτονται (Τσολάκη& Κάζη, 2005). Επειδή οι μετωπιαίοι λοβοί του εγκεφάλου ελέγχουν την κρίση και την κοινωνική συμπεριφορά, οι άνθρωποι με άνοια

πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού συχνά έχουν προβλήματα διατήρησης μιας κοινωνικά κατάλληλης συμπεριφοράς. Μπορεί να είναι αγενείς, να παραμελούν συνηθισμένες υποχρεώσεις, να είναι ψυχαναγκαστικοί ή επαναληπτικοί, να είναι επιθετικοί, να δείχνουν έλλειψη αναστολής ή να ενεργούν αυθόρμητα. Όταν επηρεαστεί ο κροταφικός λοβός ασθενής βιώνει μια σταδιακή απώλεια της έννοιας των λέξεων, προβλήματα στην εύρεση των λέξεων και δυσκολίες κατανόησης του προφορικού λόγου (Alzheimer Organization, 2018).

Ένα άλλο είδος άνοιας είναι η χορεία του Huntington (Huntington's disease, HD). Είναι ένα κληρονομικό νόσημα του κεντρικού νευρικού συστήματος, που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατή τρόπο. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από την κλασική τριάδα συμπτωμάτων: χορειοαθετωσικές κινήσεις, άνοια και ψυχικές διαταραχές (Κλαδή και συν, 2011). Τα συμπτώματα της νόσου του Χάντινγκτον συνήθως γίνονται αισθητά μεταξύ των 35 και 44 ετών και περιλαμβάνουν μείωση νοητικών ικανοτήτων και της συμπεριφοράς και εμφάνιση ψυχιατρικών προβλημάτων. Τα πιο χαρακτηριστικά σωματικά συμπτώματα είναι σπασμωδικές και ανεξέλεγκτες κινήσεις, ακαμψία, αστάθεια, διαταραχές ύπνου ή επιληπτικές κρίσεις, μη φυσιολογική έκφραση του προσώπου και δυσκολίες στην μάσηση, στην κατάποση και στην ομιλία (Alzheimer Association, 2019). Οι γνωστικές ικανότητες μειώνονται σταδιακά. Ιδιαίτερα επηρεάζονται οι εκτελεστικές λειτουργίες οι οποίες περιλαμβάνουν σχεδιασμό, γνωστική ευελιξία, αφηρημένη σκέψη, την απόκτηση κανόνα, την έναρξη των κατάλληλων δράσεων και παρεμπόδιση ακατάλληλων ενεργειών. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ελλείμματα μνήμης τείνουν να εμφανίζονται. Όσο αφορά τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η μειωμένη εμφάνιση των συναισθημάτων (αμβλύ συναίσθημα), τον εγωκεντρισμό, την επιθετικότητα και καταναγκαστική συμπεριφορά, η τελευταία εκ των οποίων μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει εθισμούς, στα οποία συμπεριλαμβάνονται αλκοολισμός, τυχερά παιχνίδια και υπερσεξουαλικότητα (Alzheimer Association, 2019).

Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι, διαγνωσμένοι με άνοια οποιασδήποτε μορφής μέχρι το 2018 και κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 10 εκατομμύρια καινούργια περιστατικά (WHO, 2018). Όμως ανεξαρτήτως της μορφής ή της αιτιολογίας, οι ασθενείς βιώνουν άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα και προβλήματα από τα οποία πολλά έχουν κοινά χαρακτηριστικά και είναι βασανιστικά τόσο για τους ίδιους όσο και για τους φροντιστές τους.

1.4. Η φροντίδα ασθενών με άνοια: προβλήματα και δυσκολίες

Η φροντίδα ασθενών με άνοια έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ερευνητές σαν «δύσκολη» (Fiok et al, 2000, Harwood et al, 2011, 2015), ένεκα των συμπεριφορικών και γνωστικών δυσλειτουργιών που επιφέρει η νόσος. Αρχίζοντας με τις επικοινωνιακές δυσκολίες οι ασθενείς αυτοί δεν είναι σε θέση να εκφράσουν κάποιες βασικές τους ανάγκες, με αποτέλεσμα να μένουν ανικανοποίητες. Ιδιαίτερα, η ανυπαρξία της επικοινωνιακής ικανότητας στο τελικό στάδιο, έχει επιπτώσεις και στον κοινωνικό τομέα του ασθενή, αφού πλέον δεν είναι σε θέση να αλληλεπιδράσει, λεκτικά τουλάχιστον και απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο (Hsiao et al, 2018).

Άλλες επιπτώσεις είναι ο αποπροσανατολισμός ή η περιπλάνηση (Alzheimer Society, 2009). Ακόμη έχουν σημειωθεί περιπτώσεις οικονομικής εκμετάλλευσης (Dementia Australia, 2015) των ατόμων αυτών από τους φροντιστές, εξαιτίας της γνωστικής έκπτωσης, που επιφέρει η νόσος. Επιπλέον, λόγω των προβλημάτων μνήμης κινδυνεύουν από υποσιτισμό (Evans et al, 2014), ενώ υπήρξαν αρκετές περιπτώσεις ασθενών που βίωσαν κατάθλιψη ή έντονο στρες (Alzheimer Association, 2019) στα αρχικά στάδια της νόσου. Ο κοινωνικός στιγματισμός (Herrman et al, 2018) αποτελεί ακόμη μια επίπτωση, που επιδεινώνει την ήδη βεβαρυμμένη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με άνοια. Ειδικεύοντας τα προβλήματα προς την φροντίδα η επιθετικότητα (Alzheimer Association, 2019), η διέγερση, η επανάληψη και η άρνηση (Alzheimer Society, 2019) που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί, καθιστούν την φροντίδα πιο περίπλοκη. Στο τελικό στάδιο τα άτομα αυτά κινδυνεύουν για παραλήρημα, αφυδάτωση ή παρατεταμένο πόνο (Harwood et al, 2015), που οφείλεται κυρίως στη λεκτική αδυναμία.

Όσο αφορά τις διαταραχές αντίληψης, αποτελούν ένα σοβαρό θέμα κατά την φροντίδα του ασθενή, καθώς εάν ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες φροντίδας, ο ασθενής εύκολα θα γίνει καχύποπτος και διεγερτικός προς τον νοσηλευτή, λόγω της διαφορετικής αντίληψης που έχει για την πραγματικότητα. Το κυρίως πρόβλημα των ασθενών με άνοια, όσο αφορά τη φροντίδα τους είναι η επιθετικότητα που τους χαρακτηρίζει, κυρίως στο δεύτερο στάδιο της νόσου (Dementia Australia, 2018). Η άρνηση που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί σε ότι αφορά τη φροντίδα τους σε συνδυασμό με τις επιθετικές συμπεριφορές, ενδέχεται να δυσκολέψει τους επαγγελματίες υγείας στο να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα (Gavin, 2006).

Υπάρχουν μάλιστα και περιπτώσεις κατά τις οποίες η χρησιμοποίηση περιοριστικών μέτρων κρίνεται αναγκαία για την προστασία του ασθενή από προβλήματα όπως οι πτώσεις και η βίαιη αφαίρεση ουροκαθετήρων, ενδοφλέβιων καθετήρων και άλλων βοηθημάτων που είναι απαραίτητα για τη θεραπεία τους (Evans&Cotter, 2008).

Ποσοστό 30% των ασθενών παρουσιάζουν παραλήρημα ή κατάγματα αντίστοιχα κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο (Alzheimer society, 2009, Dementia UK, 2019). Τα κατάγματα οφείλονται κυρίως σε πτώσεις των ασθενών, οι οποίες συμβαίνουν κατά την προσπάθεια τους να σηκωθούν από το κρεβάτι ή λόγω κόπωσης από την περιπλάνηση (Perkins et al, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις όπου γίνεται χρήση περιοριστικών μέτρων τα κατάγματα λόγω πτώσεων φαίνεται να είναι πιο σοβαρά, έτσι ο Διεθνής σύνδεσμος Alzheimer, 2000, 2019, έχει εκδώσει συστάσεις και εισηγήσεις για την κατάργησή τους. Όμως από την άλλη δεν υπάρχουν εισηγήσεις προστασίας της ασφάλειας του ασθενή με άλλους μη περιοριστικούς τρόπους και το θέμα χρήζει περαιτέρω μελέτης για την εξεύρεση τεκμηριωμένων λύσεων στο πρόβλημα αυτό. Γενικότερα η χρήση περιοριστικών μέτρων χημικών ή μη αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα στην φροντίδα ασθενών με άνοια, καθώς η ανεξέλεγκτη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων στους ασθενείς αυτούς, ελλοχεύει αρκετές επιπλοκές (Fong et al, 2009, Peisah et al, 2014). Η σχετικότητα του παραληρήματος με τους ασθενείς με άνοια, φαίνεται να αποτελεί ένα αρκετά σοβαρό πρόβλημα κατά την φροντίδα, αφού κατά τη νοσηλεία τους έχει σημειωθεί ποσοστό μέχρι και 60% να παρουσιάζουν παραλήρημα (Fiok et al, 2000). Εξαιτίας της άνοιας συχνά γίνεται λανθασμένη διάγνωση του παραληρήματος, καθώς στις πλείστες περιπτώσεις ερμηνεύεται ως σύμπτωμα της άνοιας και δεν γίνονται έγκαιρες παρεμβάσεις. Το παραλήρημα αυξάνει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα και χρήζει άμεσου εντοπισμού και θεραπείας των εκλυτικών παραγόντων.

Τα προβλήματα μνήμης από την άλλη δρουν επίσης αρνητικά στη φροντίδα του ασθενή, καθώς ο ασθενής αρκετές φορές δεν θυμάται τι είχε προηγηθεί με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνεται, καθιστώντας τη διαδικασία φροντίδας «κουραστική» για τον επαγγελματία υγείας, όπως αναφέρεται σε ορισμένες μελέτες (Harwood et al, 2011), ενώ ταυτόχρονα δυσκολεύουν τους νοσηλευτές στη φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών, ειδικά σε περίπλοκα περιβάλλοντα φροντίδας, όπως είναι τα νοσοκομεία.

Ένα άλλο σύμπτωμα της άνοιας το οποίο δυσκολεύει ιδιαίτερα την φροντίδα τους εντός του νοσοκομειακού χώρου είναι ο αποπροσανατολισμός (Harwood et al, 2015). Οι ασθενείς αυτοί φεύγουν από το τμήμα που νοσηλεύονται με αποτέλεσμα να χαθούν, ενώ το προσωπικό τους ψάχνει. Σε άλλες περιπτώσεις συγχύζουν το δωμάτιο ή το κρεβάτι τους με κάποιου άλλου ασθενή, με αποτέλεσμα ο ασθενής με άνοια να γίνεται «ενοχλητικός» και να στοχοποιείται αρνητικά, είτε από τους υπόλοιπους ασθενείς είτε από τους συγγενείς τους ως αδιάκριτος, ενοχλητικός, συγχυτικός ή ακόμη σαν ψυχιατρικό περιστατικό. Τα πιο πάνω στοιχεία οδηγούν στη δημιουργία στίγματος, με τον συνεπακόλουθο κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτή η ενοχλητική συμπεριφορά, συνοδεύεται από την ύπαρξη παραπόνων από άλλους συγγενείς ή ασθενείς και έχουν αναφερθεί σε αυτού του είδους στιγματισμό, ως πρόβλημα της φροντίδας, σε αρκετές ποιοτικές μελέτες, από φροντιστές ατόμων με άνοια (Skovdahl et al, 2004, Higgins et al, 2007, Donnelly et al, 2010 Bridge et al, 2010, Jurgens et al, 2012) .

1.5. Η έννοια των παραλείψεων στη φροντίδα

Με τον όρο παράλειψη νοείται η παρακράτηση στην φροντίδα (Schubert et al, 2008), η αποτυχία εκτέλεσης (μερικώς ή ολικώς) όλων των απαραίτητων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Papastavrou et al, 2014, Verall et al, 2015), ή καθυστέρηση (Kalisch et al, 2009) ή η ανάθεση μιας διεργασίας σε κάποιο άλλο άτομο, που δεν είναι νοσηλευτής, η παρέμβαση χωρίς τον ενδεδειγμένο τρόπο ή ακόμη η μεταφορά μιας διεργασίας στην επόμενη βάρδια (Blackman et al, 2015). Η μελέτη για τις παραλείψεις στη φροντίδα ασθενών έδειξε ότι μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους, όπως είναι η έλλειψη προσωπικού, η ανεπάρκεια πόρων, η περιπλοκότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και άλλοι, με σοβαρές όμως επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας και την έκβαση της κατάστασης των ασθενών.

Οι Scott et al, 2018, σε άρθρο τους διέκριναν τις παραλείψεις σε 3 μορφές: 1) η παράλειψη που εφαρμόζεται από ένα ίδρυμα (νοσοκομείο) μέσω των πολιτικών ή των λειτουργιών του ή η παράλειψη που εφαρμόζεται σε ατομικό επίπεδο, μέσω των εκάστοτε ενεργειών, 2) η παράλειψη που βασίζεται σε ρητές αρχές ή πολιτικές ή στη λογική που βασίζεται σε σιωπηρές πρακτικές, οι οποίες μπορεί να παρατηρούνται σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα πρακτικής ή να εκτελούνται από μεμονωμένα άτομα χωρίς

ρητή κανονιστική βάση και 3) η παράλειψη μεταξύ της οργάνωσης του νοσηλευτικού προσωπικού (δηλαδή της κατανομής του αριθμού των διαθέσιμων νοσηλευτών για την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας) και της κατανομής της πραγματικής νοσηλευτικής φροντίδας επί της κλίνης του ασθενή. Στις περιπτώσεις όπου ο νοσηλευτής αποφασίζει πως θα κατανέμει τον χρόνο του «σιωπηρά», δηλαδή χωρίς να μπορεί να βασίσει την απόφαση του σε ένα εμπειριστατωμένο πλαίσιο λήψης απόφασης το οποίο θέτει τις προτεραιότητες φροντίδας ή περιλαμβάνει ένα σύνολο αρχών που να τον καθοδηγούν στη διαδικασία λήψης απόφασης, δεν εμπλέκει άλλους νοσηλευτές ή επαγγελματίες υγείας σε αυτή τη διαδικασία (Scott et al, 2018). Το γεγονός αυτό καθιστά τη διαδικασία όχι μόνο επιβαρυντική για το νοσηλευτή καθαυτό, αλλά επίσης καθιστά αυτή τη λήψη απόφασης δυνητικά επικίνδυνη και επιρρεπή στην άσκηση διάκρισης κατά την παροχή φροντίδας, καθώς ενδέχεται ο νοσηλευτής να επηρεαστεί από τις προσωπικές του προοπτικές ή προκαταλήψεις όσο αφορά τις ανάγκες των ασθενών και τους λήπτες φροντίδας. Υπάρχουν διάφορες μελέτες οι οποίες έχουν δείξει ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού (Schubert et al, 2008, Kalisch et al, 2009, Papastavrou et al, 2012), οδηγούν τους νοσηλευτές στο να θέτουν προτεραιότητες με βάση την ηλικία, τη χρονιότητα της νόσου και την επείγουσα κατάσταση ενός ασθενούς και κατά συνέπεια, ασθενείς οι οποίοι είναι ηλικιωμένοι, ή δεν μπορούν να επικοινωνήσουν θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας.

Μία διερευνητική ανασκόπηση (Suhonen et al, 2018) εστίασε στην ανάλυση των ηθικών θεμάτων, που εγείρονται μέσα από τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Η ανασκόπηση έγινε σε δύο βάσεις δεδομένων (Pubmed, CINAHL) και από τις 2024 μελέτες, επιλέχθηκαν βάση σχετικότητας με το υπό μελέτη θέμα 25 μελέτες ποιοτικού σχεδιασμού. Οι συγγραφείς μέσω της μελέτης αναγνώρισαν ότι οι νοσηλευτές θέτουν προτεραιότητες στην φροντίδα ή συμμετέχουν σε κλινικές αποφάσεις σε τρία επίπεδα α) της μονάδας, β) οργανωτικό και γ) κοινωνικό επίπεδο. Η κύρια ανησυχία των νοσηλευτών ήταν ο καθορισμός προτεραιοτήτων παρακλίνια και επικεντρωνόταν στις καθημερινές ανάγκες φροντίδας, θέτοντας πρώτες τις βασικές διεργασίες. Μέσω της ανασκόπησης, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές θέτουν προτεραιότητες βάση της ομάδας ασθενών, συγκεκριμένες νόσους, τη σοβαρότητα του περιστατικού, την ηλικία και το αντιληπτό όφελος που θα επιφέρει κάποια διεργασία τους στους ασθενείς. Οι συνέπειες του καθορισμού προτεραιοτήτων αφορούσαν την ηθική ανησυχία στους νοσηλευτές και την παράλειψη κάποιων διεργασιών με τελικό αντίκτυπο να επηρεάζεται αφενός ο

επαγγελματισμός των νοσηλευτών, αφετέρου η ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας. Σε γενικό πλαίσιο φαίνεται ότι ο καθορισμός προτεραιοτήτων είναι μια αρκετά δύσκολη διεργασία για τους νοσηλευτές.

Η ανασκόπηση αυτή (Suhonen et al, 2018) πρόσθεσε αρκετά σημαντικά στοιχεία στην υφιστάμενη βιβλιογραφία, όπως ότι οι νοσηλευτές δεν είναι απαραίτητα προετοιμασμένοι για να προσδιορίσουν και να διατυπώσουν ηθικές αξίες και αρχές που στηρίζουν τις απαντήσεις τους στον καθορισμό προτεραιοτήτων. Ένα άλλο στοιχείο που πρόσθεσε η ανασκόπηση είναι όταν ο καθορισμός προτεραιοτήτων περιλαμβάνει κάποια μορφή παράλειψης και διακυβεύεται το δικαίωμα του ασθενή για φροντίδα υγείας, έρχεται σε σύγκρουση με τις επαγγελματικές και προσωπικές αξίες.

Πιο αναλυτικά η ανασκόπηση έδειξε ότι ο καθορισμός προτεραιοτήτων θεωρείται ως κάποια μορφή κατάταξης για διαμοιρασμό των διαθέσιμων πόρων (στην περίπτωση αυτή του χρόνου του νοσηλευτή) στη βάση των ατομικών αναγκών του ασθενή (Sundin et al, 2014), ιδιαίτερα στο κατά πόσο επείγουσα είναι η ανάγκη (Varekamp et al, 1998, Papastavrou et al, 2014, Sundin et al, 2014). Υποστηρίζεται ότι ο καθορισμός προτεραιοτήτων πραγματοποιείται ως μέσο φροντίδας, για να εξυπηρετεί όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς (Tønnessen et al, 2011), χωρίς όμως να λαμβάνονται υπόψη οι εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης ότι δημιουργούνται ηθικά διλήμματα από την ιεράρχηση των διοικητικών καθηκόντων σε σχέση με εκείνα που διαφυλάσσουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Choe et al, 2015). Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές αισθάνονται αναγκασμένοι να τεκμηριώνουν τις διαδικασίες που έγιναν μετά τον θάνατο ενός ασθενή, εάν ήταν περίπτωση «μη αναζωογόνησης», αντί να αφιερώσουν τον χρόνο τους με τον ασθενή που πεθαίνει. Σε αυτήν την περίπτωση, τα έμμεσα καθήκοντα φροντίδας ασθενών έρχονται σε σύγκρουση με την αντιληπτή ανάγκη άμεσων καθηκόντων φροντίδας ασθενών.

Το δεύτερο εύρημα της ανασκόπησης (Suhonen et al, 2018) είναι ότι οι νοσηλευτές δίνουν προτεραιότητα στη δουλειά τους προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι τα ουσιώδη καθήκοντα, όπως η ανταπόκριση στις πιο ζωτικές ιατρικές ανάγκες, η φαρμακευτική αγωγή και η βοήθεια κατά την ιατρική επίσκεψη να θεωρούνται προτεραιότητα. Ορισμένοι νοσηλευτές στοχεύουν στη συνειδητή και σαφή ιεράρχηση προτεραιοτήτων, αλλά αισθανόταν εγκαταλελειμμένοι στην αναζήτηση τους για ηθική φροντίδα (Sundin et al, 2014). Η νοσηλευτική παράλειψη για τους νοσηλευτές είναι ένα αρκετά προκλητικό ζήτημα ηθικής όταν υπάρχουν δυνητικές συγκρούσεις μεταξύ προσωπικών

και επαγγελματικών αξιών (Rooddehghan et al, 2016). Αυτές οι καταστάσεις απαιτούν από τους νοσηλευτές να κάνουν «ενημερωμένες επιλογές βάσει λογικών αρχών και δίκαιων μεθόδων» (Rooddehghan et al, 2016).

Το τελευταίο εύρημα της ανασκόπησης (Suhonen et al, 2018), έφερε στην επιφάνεια ένα ακόμα μείζον θέμα ότι η ανάγκη για καθημερινή ρύθμιση των προτεραιοτήτων είχε συνέπειες για την πρόσβαση των ασθενών στη φροντίδα. Για παράδειγμα, ο καθορισμός προτεραιοτήτων γίνεται σύμφωνα με τις ιατρικές απαιτήσεις των ασθενών (Papastavrou et al, 2014) και δεν βασίζονται στις απαιτήσεις της νοσηλευτικής φροντίδας. Διαπιστώθηκε ότι ο χρόνος που θα μπορούσε να διατεθεί για ολιστική νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών αντικαταστάθηκε από το χρόνο για κοινωνική αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους τους (Milton-Willey, 2010). Η ανασκόπηση (Suhonen et al, 2018) κατέληξε ότι η νοσηλευτική κρίση για ιεράρχηση διεργασιών επηρεάζεται από την επείγουσα φύση του περιστατικού, την ικανοποίηση των βιο-ιατρικών αναγκών των ασθενών και την προσπάθεια να επιτύχουν πρώτα τα ορατά στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας και αργότερα τα μη ορατά που σχετίζονται με σχεσιακά, κοινωνικά και συναισθηματικά θέματα των ασθενών (Halvorsen et al, 2008, Slettebø et al, 2010, Tønnessen et al, 2009, 2011).

1.6. Η ευαλωτότητα των ασθενών με άνοια και η προστασία των δικαιωμάτων τους

Οι «ευάλωτοι» ασθενείς, λόγω της αδυναμίας κατανόησης, αντίδρασης και επικοινωνιακών δυσκολιών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παραμέλησης ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα μεγάλης περιπλοκότητας, αβεβαιότητας και εναλλαγών όπως είναι τα νοσοκομεία οξείας φροντίδας. Οι ασθενείς με άνοια αποτελούν μία ομάδα ψηλού κινδύνου, αφού δεν είναι σε θέση να αντιδράσουν ούτε να αντιληφθούν αν γίνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις στη φροντίδα τους, με τελική επίπτωση την πιθανή καταπάτηση των θεμελιωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων τους, αφού πολλές φορές δεν ενημερώνονται ούτε ζητείται η συγκατάθεση τους για κάποια παρέμβαση. Τα άτομα με άνοια δεν είναι ευάλωτα μόνο στη φυσική τους ιδιότητα, αλλά σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης (πνευματική, κοινωνική, ψυχολογική, ηθική), ανεξαρτήτως αν είναι σε θέση να το αναγνωρίζουν λόγω της γνωστικής εξασθένησης (Tadd et al, 2010). Η άνοια είναι μια απρόβλεπτη ασθένεια όπου οι ασθενείς βιώνουν ακραίες αλλαγές

συναισθημάτων σε μικρά χρονικά διαστήματα (Heaslip & Board, 2012) και αυτό τους καθιστά εύάλωτους, αφού δεν είναι σε θέση να το διαχειριστούν.

Ο ΠΟΥ, 2012, σε έκθεση του, αναγνωρίζει ότι γίνεται διάκριση στις υπηρεσίες υγείας στα άτομα με γνωστική έκπτωση και την απροθυμία των επαγγελματιών υγείας για προσφορά υπηρεσιών (WHO, 2012). Η Alzheimer society της Ιρλανδίας, ξεχώρισε δύο είδη διάκρισης που δέχονται τα άτομα με άνοια, την άμεση που γίνεται όταν ένα άτομο αντιμετωπίζεται με λιγότερο ευνοϊκό τρόπο από κάποιο άλλο άτομο στις ίδιες συνθήκες (είτε έχει αναπηρία είτε όχι) και την έμμεση η οποία συμβαίνει όταν ένα άτομο ή ομάδα ατόμων αδικαιολόγητα τοποθετούνται σε μειονεκτική θέση, λόγω της δυσκολίας προσαρμογής τους στις συνθήκες ή στους κανόνες (Alzheimer Society of Ireland, 2012).

Η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων από το ίδιο το άτομο, σε ευρύτερο πλαίσιο στο διακανονισμό της συνέχισης της ζωής του, αποκλείει το κυριότερο ανθρώπινο δικαίωμα, την ελευθερία. Ερευνητές έχουν υποδείξει ότι γίνεται καταπάτηση των δικαιωμάτων αυτών από τη στιγμή της διάγνωσης του με άνοια, καθώς μη γνωρίζοντας αν ο ασθενής θέλει να ενημερωθεί για την ασθένεια του, οι επαγγελματίες υγείας τον ενημερώνουν (Sevick et al, 2003). Επίσης, κατά την πορεία της νόσου οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τον ασθενή χωρίς να είναι γνωστή η δική του άποψη ακολουθούνται, όπως η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, η γαστροστομία και η μετακόμιση του σε οίκο ευγηρίας. Αρκετοί ερευνητές (Sheiman et al, 1998, Sorell, 2010) έχουν ασχοληθεί με το δικαίωμα άρνησης των ασθενών αυτών για τοποθέτηση γαστροστομίας. Παρόλο που υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι δεν αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης, δεν γίνεται πρόληψη πνευμονίας, έλκων ή άλλων κλινικών αποτελεσμάτων, εντούτοις το 1/3 των ασθενών με άνοια σε οίκους ευγηρίας, έχουν γαστροστομία (Sorell, 2010).

Ένα άλλο θέμα ευρείας συζήτησης ήταν η χρήση των περιοριστικών μέτρων. Η χρήση των προστατευτικών μέτρων, αποτελεί εθελουφλία από τους νοσηλευτές (Gove et al 2001). Περιορίζει την ελευθερία μετακίνησης και έκφρασης, ενώ ταυτόχρονα παραμελεί την αξιοπρέπεια και το σεβασμό στο άτομο. Οι Gove et al, 2001 και Goethals et al, 2013 επισήμαναν τη χρήση και τους ηθικούς φραγμούς που εγείρονται με την χρήση περιοριστικών μέτρων, τους οποίους αντιμετωπίζουν τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς, κατά τη νοσηλεία τους. Οι περιορισμοί αυτοί μπορεί να είναι φυσικοί (με τη χρήση της τεχνολογίας), μηχανικοί (με ζώνες), ή χημικοί (με τη χρήση φαρμάκων) και συχνά δικαιολογείται από τους νοσηλευτές σαν μέτρο ασφάλειας

(Evans, 2010). Επιπλέον, στη βιβλιογραφία παρατηρήθηκαν άρθρα τα οποία ασχολήθηκαν με τα ηθικά όρια των φροντιστών ασθενών με άνοια, που χρησιμοποιούν συσκευές εντοπισμού (Bail, 2003). Τέλος, ο σεβασμός προς την σεξουαλικότητα και η στέρηση έκφρασης της προκαλούν σωρεία συζητήσεων, στα ηθικά δρώμενα (Mahieu et al, 2014).

Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας και συμμετοχής σε έρευνες, αποτελούν την επιτομή της καταπάτησης των δικαιωμάτων των ασθενών αυτών, από την πλευρά της επιστήμης (Sevick et al, 2003). Οι Sevick et al, 2003, ανέπτυξαν σε μελέτη τους κατά πόσο καταπατάται το δικαίωμα ισότητας και η ηθική μεταχείριση των ασθενών με άνοια, στις κλινικές δοκιμές. Συζήτησαν την εγκυρότητα της ενημέρωσης και της συγκατάθεσης και πως αντιλαμβάνονται αυτοί οι ασθενείς την έννοια της συναίνεσης στη συμμετοχή τους στη χρήση placebo και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της άνοιας. Οι ερευνητές αναπτύσσουν την έννοια της κατανόησης του ασθενή με άνοια και την πλήρη ενημέρωση, αναφέροντας ότι στο παρόν στάδιο στα πλαίσια του εθελοντισμού δεν εφαρμόζεται, καθώς προσεγγίζονται απευθείας οι συγγενείς του ασθενή, χωρίς να ρωτηθεί ο ασθενής. Από την άλλη η μη συμμετοχή τους σε έρευνες καταπατά την αρχή της ισότητας. Σύμφωνα με Post et al, 1997, οι ασθενείς με άνοια δεν συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές, όπως άλλες ομάδες ασθενών, λόγω της «ευαλωτότητας» τους. Άρα η αρχή της ισότητας δεν εφαρμόζεται, ενώ θα μπορούσε να είναι εφικτή, αν αντιμετωπιζόνταν τα θέματα της ωφελιμότητας και του σεβασμού.

Στη Σουηδία, Αυστρία και Γερμανία ο όρος «νομικά ανίκανος» έχει εξαλειφθεί, λόγω του ότι θεωρείται ως υποτιμητικός. Στη Γερμανία συγκεκριμένα, ο όρος αυτός υπαινίσσεται την εξάλειψη βασικών ανθρώπινων δικαιωμάτων, τα οποία αποκτήθηκαν με την ενηλικίωση του ατόμου. Ακόμη και οι χώρες που χρησιμοποιούν τον όρο, αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν δικαιώματα, που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε άλλο άτομο (Gove & Georges, 2001). Οι άνθρωποι με άνοια, βιώνουν πληθώρα μειονεκτημάτων στο παρόν σύστημα υγείας (Hope, 2007). Δυστυχώς, οι υπηρεσίες υγείας δεν ανταποκρίνονται στον ίδιο βαθμό όπως, σε άλλα χρόνια νοσήματα, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος. Το γεγονός αυτό, δύναται να οφείλεται στην μη θεραπεύσιμη πτυχή της ασθένειας.

Βασικές έννοιες των δικαιωμάτων πρέπει να είναι τόσο σημαντικές για τα άτομα που ζουν σε ιδρύματα φροντίδας, ανεξαρτήτως γνωστικών και φυσικών αδυναμιών, όσο και για κάθε άλλο μέλος της κοινωνίας (Kelly & Innes, 2012). Παρόλα αυτά, όπως

καταγράφεται σε κυβερνητικές εκθέσεις (House of Commons, 2007), ρυθμιστικούς φορείς (Mental Welfare Commission, 2011) και δημοσιεύματα στα ΜΜΕ, η παραμέληση και η κακομεταχείριση των ασθενών με άνοια, αποτελούν απαράδεκτα ψηλά και συχνά συμβάντα, στα συστήματα υγείας, με απότοκο την παραβίαση των δικαιωμάτων του ως άνθρωποι και ως πολίτες (Jones, 2000). Επίσης, σε πολλούς ελέγχους έχουν καταγραφεί περιπτώσεις παραμέλησης και κακομεταχείρισης (Biggs et al, 2009, Brimelow&Lyons, 2009, Kelly, 2010), ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν τουλάχιστον 150 περιπτώσεις παραμέλησης και κακομεταχείρισης οι οποίες δεν δημοσιεύονται επί σκοπού (Manthorpe, 2015, Boyle et al, 2010).

Στη 18^η έκθεση τους για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων, φορείς όπως η Βουλή στο ΗΒ (House of Lords και House of Commons, 2007), έδειξαν κάποιες καταστάσεις, όπου υπάρχει παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών με άνοια και εστίασαν στα εξής:

- Την κακομεταχείριση
- Την έλλειψη ιδιωτικότητας σε μικτούς θαλάμους των νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων
- Την έλλειψη σεβασμού της αξιοπρέπειας, ειδικότερα για τις προσωπικές ανάγκες
- Την ανεπαρκή προσοχή στη διατήρηση εμπιστευτικότητας
- Την παραμέληση
- Την ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και τη χρήση περιοριστικών μέτρων
- Τη διάκριση βάση ηλικίας, φυλής ή αναπηρίας
- Την έξωση από το ίδρυμα

Τέτοιες παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Townsend, 2006) και ασχέτως από την γνωστική ικανότητα, μπορούν να οδηγήσουν σε διαρκή ψυχολογική βλάβη (Sabat, 2005). Το House of Commons, 2007, δηλώνει ότι:

«η θυματοποίηση ή παραμέληση των ηλικιωμένων ανθρώπων στα συστήματα υγείας, εγείρει σημαντικά θέματα για τα ανθρώπινα δικαιώματα, βάση της διακήρυξης Ανθρώπινων Δικαιωμάτων 1998, της Ευρωπαϊκής Σύμβασης στα Ανθρώπινα Δικαιώματα και άλλων διεθνών νομοθετικών κειμένων, όπως η απαγόρευση της κακομεταχείρισης, το δικαίωμα σεβασμού της οικογένειας και της προσωπική ζωής, της φυσικής και ψυχολογικής ακεραιότητας και της απαγόρευσης

της διάκρισης. Είναι επίσης πιθανόν να θεωρηθεί παράβαση του νόμου αν αρχές όπως η αξιοπρέπεια, η ισότητα και ο ανθρωπισμός καταπατηθούν. Σε πιο σοβαρές καταστάσεις η φτωχή θεραπεία θα μπορούσε να οδηγήσει σε παραβίαση του δικαιώματος στη ζωή».

Ο Gottardo, 2005, επιχείρησε να βρει τους λόγους που δεν εφαρμόζεται μια κουλτούρα βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα όσο αφορά την φροντίδα της άνοιας, ξεχωρίζοντας τρεις:

-Την έλλειψη ενημέρωσης της κοινότητας για τα ανθρώπινα δικαιώματα

-Την ανυπαρξία συντονισμένης προώθησης των δικαιωμάτων αυτών

-Την αποτυχία σύλληψης της ευρύτερης εικόνας και συσχέτισης της με τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Εν συνεχεία, το Βρετανικό Ινστιτούτο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, 2010, πρότεινε στην εστίαση της κοινωνίας και του συστήματος, για την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αιτιολογώντας την αποτυχία διατήρησης τους, στον αποσυντονισμό του σεβασμού προς τα δικαιώματα, την χαμηλή δέσμευση, την ενημέρωση των ιδρυμάτων, των επαγγελματιών υγείας και των ηλικιωμένων για την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την αντίληψη ότι είναι πολυέξοδη η προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ο φόβος αντίστασης στο κατεστημένο.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, καθώς αποτελούν την ομάδα την οποία έρχεται σε επαφή σε μια ευάλωτη φάση των ατόμων, λόγω της ασθένειας, ενώ θέτονται αρκετά ηθικά θέματα στο πλαίσιο της 24ωρης φροντίδας. Οπότε η ενημέρωσή τους για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών κρίνεται ως απαραίτητη, αφού οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την πρώτη γραμμή υπεράσπισης τους και βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς, κατά τη νοσηλεία τους. Αυτή η συνεχής επαφή ελλοχεύει κινδύνους για καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών, αλλά παράλληλα με την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική ώθηση για την ευρύτερη προαγωγή των δικαιωμάτων.

Αποτελεί γεγονός ότι τα άτομα με λίγη ή καθόλου φωνή, βρίσκονται στο μεγαλύτερο ρίσκο για άρνηση των δικαιωμάτων τους ως πολίτες (Morita et al, 2010), λόγω την γνωστικής έκπτωσης και της ιδρυματοποίησης (Kelly&Innes, 2012).

Οι άνθρωποι με γνωστική έκπτωση φαίνεται ότι στερούνται αρκετά θεμελιώδη για τη ζωή δικαιώματα. Μετά από διερευνητική ανασκόπηση στην βιβλιογραφία δεν βρέθηκαν έρευνες που να μελετούσαν το συγκεκριμένο θέμα, ειδικότερα στο νοσοκομειακό χώρο. Γενικότερα, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τα νομικά δικαιώματα των ασθενών αυτών και τη μη επίγνωση των δικαιωμάτων αυτών από τους νοσηλευτές (Sevick et al, 2003, Fillakovic et al, 2011), με τα κοινωνικά ζητήματα, ιδιαίτερα το στίγμα (Boyle et al, 2010) και με θέματα σεξουαλικότητας (Mahieu et al, 2015). Με τα όρια της ιατρικής παρέμβασης και το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας ή της συμμετοχής σε έρευνες συζήτησαν σε άρθρα τους οι Gove et al, 2001 και οι Sevick et al, 2003, χωρίς ωστόσο να διεξαχθεί κάποια έρευνα. Το σχέδιο δράσης για την άνοια του ΠΟΥ, 2016, περιλαμβάνει 7 αρχές, με την πρώτη να είναι για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με άνοια και περιλαμβάνει πολιτικές, σχέδια, προγράμματα, παρεμβάσεις και ενέργειες, θέματα τα οποία είναι ευαίσθητα στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ατόμων με άνοια και των ανθρώπων τους, σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (WHO, 2016).

Μόνο μία μελέτη εντοπίστηκε στη βιβλιογραφία που ασχολήθηκε με τα ανθρώπινα δικαιώματα σε υπηρεσίες υγείας (Kelly&Iness, 2012). Οι ερευνητές διενέργησαν συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, που αφορούσε την καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων κατά τη νοσηλεία ασθενών με άνοια. Εντόπισαν 36 μελέτες που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών με γνωστική έκπτωση, ενώ οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη για περεταίρω διερεύνηση του θέματος (Kelly&Iness, 2012). Στα ευρήματα τους εντόπισαν αρκετές καταπατήσεις των δικαιωμάτων των ασθενών, ως επί το πλείστο την καταπάτηση της αρχής της ισότητας, των πολιτικών, νομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, κατά τη νοσηλευτική φροντίδα. Κάποια παραδείγματα, που αποτέλεσαν την πλειονότητα των καταπατήσεων των δικαιωμάτων αφορούσαν την χρήση περιοριστικών μέτρων σε οποιαδήποτε μορφή (φυσική, χημική περιβαλλοντική) και η παροχή μη ποιοτικής φροντίδας, πιο συγκεκριμένα κάποιες περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές φώναζαν στους ασθενείς ή ο ασθενής ήταν για αρκετή ώρα στην ίδια θέση. Οι συγγραφείς εστίασαν ιδιαίτερα στην έλλειψη ιδιωτικότητας και σεβασμού στην αξιοπρέπεια των ασθενών με άνοια.

Η Boyle et al, 2010 σε άρθρο της ανέφερε ότι μέσω του Mental Capacity Act 2005, κατοχυρώνεται το δικαίωμα της ελευθερίας και του αυτό-προσδιορισμού για τον ασθενή με άνοια. Εντούτοις, εστίασε στα νομικά και κοινωνικά θέματα, χωρίς

ιδιαίτερες αναφορές στην καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών αυτών, κατά τη νοσηλεία τους. Κατά τη νοσηλεία, ενδέχεται να καταπατηθούν δικαιώματα όπως της ιδιωτικότητας, αφού αρκετές φορές τα δωμάτια των ασθενών είναι μικτού φύλου, μπορεί να γίνει κάποια μορφή κακομεταχείρισης, καθώς οι ασθενείς με άνοια παρουσιάζουν άρνηση και επιθετικότητα κατά την φροντίδα, έλλειψη αξιοπρέπειας ιδιαίτερα κατά την παροχή προσωπικής φροντίδας, ακατάλληλη χορήγηση φαρμάκων, αφού ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί και να αντιδράσει και πιθανόν παραμέληση, λόγω της επικοινωνιακής δυσκολίας που αντιμετωπίζει και τον εμποδίζει να εκφράσει τις ανάγκες του.

1.7. Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης

Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης βασίζεται πάνω σε δύο ευρύτερα θεωρητικά πλαίσια, αυτό της εκπαίδευσης ενηλίκων του David Kolb ,1984 και τα μοντέλα των νοσηλευτικών παραλείψεων τόσο σε ευρύτερο επίπεδο, όσο και στην ειδικότερη περίπτωση της φροντίδας ασθενών με άνοια.

Αρχίζοντας με το θεωρητικό πλαίσιο των παραλείψεων, έχουν αναπτυχθεί τέσσερα θεωρητικά μοντέλα σχετικά με το φαινόμενο των νοσηλευτικών παραλείψεων (Kalisch et al, 2009, Schubert et al, 2010, Bail et al, 2014, Jones et al, 2019), με έμφαση στο ότι οι παραλείψεις μπορεί να συμβούν και κατά τα τέσσερα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι Kalish et al, 2009, δημιούργησαν ένα θεωρητικό μοντέλο περιγραφής για τις νοσηλευτικές παραλείψεις.

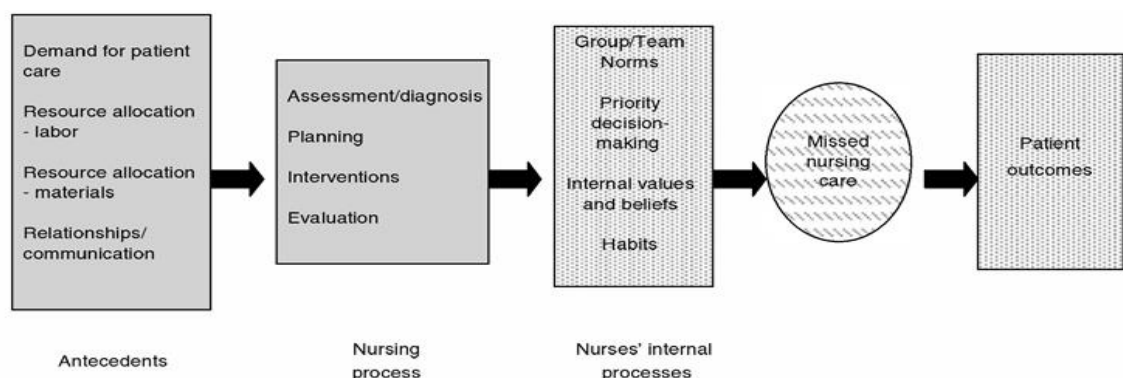


Figure 1 Missed Nursing Care Model.

Διάγραμμα 1. Μοντέλο νοσηλευτικών παραλείψεων Kalisch et al, 2009

Η πρώτη παράμετρος αποτελείται από τις απαιτήσεις της φροντίδας, τους πόρους που έχει στη διάθεση του ο νοσηλευτής, τη στελέχωση, την επικοινωνία και τη συνεργασία και η δεύτερη παράμετρος αφορά τη νοσηλευτική διεργασία, η οποία συντελείται από τέσσερις φάσεις: την αξιολόγηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Koizer, 2004). Οι μετέπειτα μελέτες (Papastavrou et al, 2012, Schubert et al, 2014, Ausserhofer et al, 2014) έχουν αποδείξει ότι σε αυτό το στάδιο, τα στοιχεία της αξιολόγησης και της τεκμηρίωσης είναι οι πιο συχνά παραλείπόμενες διεργασίες εκ μέρους των νοσηλευτών. Το τρίτο μέρος σχετίζεται με τη νοσηλευτική εσωτερική διαδικασία. Η επιλογή ολοκλήρωσης, καθυστέρησης ή παράλειψης μιας πράξης στην φροντίδα του ασθενή επηρεάζεται από τέσσερις παράγοντες 1) τις νόρμες της ομάδας, 2) τη διαδικασία λήψης απόφασης, 3) τις εσωτερικές αξίες και πεποιθήσεις και 4) τις συνήθειες. Το μοντέλο καταλήγει ότι βάση των παραλείψεων φροντίδας, καθορίζονται οι επιπτώσεις ή τα αποτελέσματα της θεραπείας στον ασθενή.

Η εξέλιξη του μοντέλου έγινε από τους Schubert et al, 2010, οι οποίοι συμφώνησαν με το μοντέλο των Kalisch et al, 2009, όσο αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τις παραλείψεις (οργανωτικοί, περιβαλλοντικοί, φιλοσοφία φροντίδας και προσωπικά χαρακτηριστικά νοσηλευτή), αλλά πρόσθεσαν επίσης ακόμη ένα στοιχείο, των χαρακτηριστικών των ασθενών. Για παράδειγμα ο αριθμός των επειγόντων περιστατικών ή η αναπάντεχη αύξηση της οξύτητας των περιστατικών και του φόρτου εργασίας, πιθανόν να επηρεάζουν το φαινόμενο των παραλείψεων, βάση του μοντέλου των Schubert et al, 2010.

Πιο πρόσφατα, οι Jones et al, 2019, ανέπτυξαν ένα οικολογικό μοντέλο το οποίο εξηγεί ότι το φαινόμενο των παραλείψεων είναι πολύ πιο σύνθετο και επεκτείνεται πέρα από το προσωπικό επίπεδο του νοσηλευτή. Οι συγγραφείς πρόσθεσαν την κοινωνική κουλτούρα, τις υποκουλτούρες, τις ιδεολογίες τους, ρυθμιστικούς φορείς (π.χ. εκπαιδευτικά, νομοθετικά, ρυθμιστικά όργανα) και πολλούς άλλους παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται εκτός της περιοχής ελέγχου του νοσηλευτή

Σε σχέση με τους ασθενείς με άνοια, οι Bail et al, 2014 σε μελέτη τους, βρήκαν ότι οι ασθενείς με άνοια, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν κατά τη νοσηλεία τους ουρολοίμωξη, παραλήρημα, κατακλίσεις και πνευμονία από ότι άλλοι ηλικιωμένοι ασθενείς, χωρίς άνοια. Οι συγγραφείς ανέπτυξαν ένα θεωρητικό εννοιολογικό πλαίσιο (“Failure to Maintain”), όπου φαίνεται η ξεκάθαρη συσχέτιση των πιο συχνών

παραλείψεων, που εντόπισαν οι προηγούμενες μελέτες (Kalisch et al, 2009, Papastavrou et al, 2014, Jones et al, 2015) με τις προαναφερθέντες επιπτώσεις (παραλήρημα, ουρολοιμώξεις, κατακλίσεις, πνευμονία) στους ασθενείς. Οι Bail et al, 2014, βάση του θεωρητικού πλαισίου που ανέπτυξαν, συσχέτισαν αυτές τις παραλείψεις με ψηλότερα ποσοστά των πιο πάνω επιπτώσεων, ενώ υποστηρίζουν ότι εάν η εστίαση του νοσοκομείου ήταν στην παροχή βασικής φροντίδας, αυτές οι δαπανηρές επιπλοκές θα μειώνονταν σημαντικά. Το εννοιολογικό πλαίσιο, που ανέπτυξαν, ερμηνεύει λεπτομερώς τις προκλήσεις στην παροχή απλών παρεμβάσεων (όπως η κινητικότητα, η φροντίδα του δέρματος, η ενυδάτωση, η διατροφή και η επικοινωνία) σε σύνθετα περιβάλλοντα (όπως τα νοσοκομεία) σε πολύπλοκους ασθενείς (όπως άτομα με άνοια). Απαιτούνται οι «απλές» παρεμβάσεις για την πρόληψη επιπλοκών στο πλαίσιο των συχνών διακοπών, πολλαπλών εργασιών και αποτυχιών του συστήματος εργασίας (Tucker & Spear, 2006).

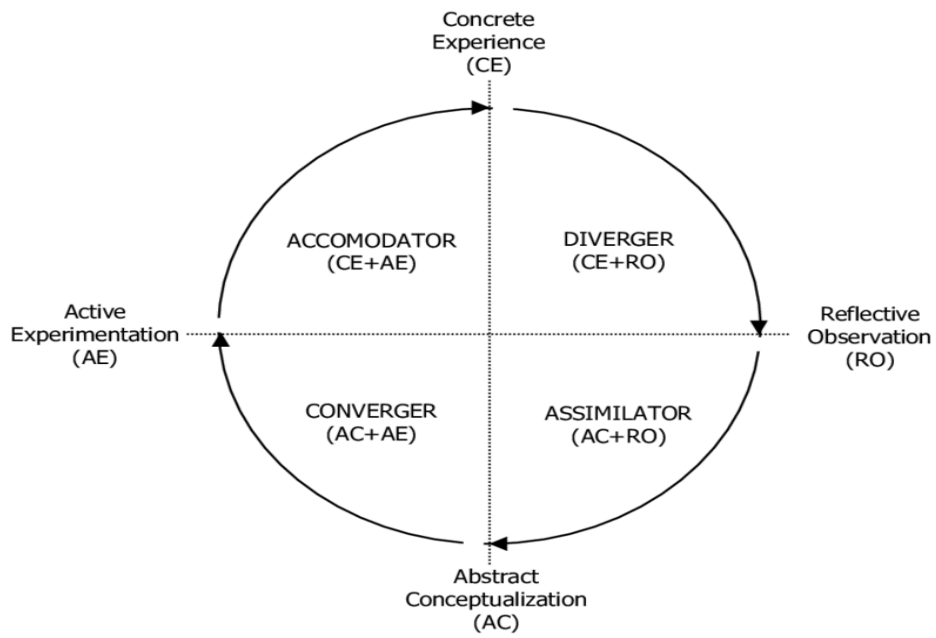
1.7.1. Θεωρητικό πλαίσιο της εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική

Ο Kolb, 1984, παρουσίασε μια κυκλική μορφή της διαδικασίας της μάθησης με εμπειρία (σχήμα 2) η οποία ξεκινά με συγκεκριμένες εμπειρίες και περιέχει το στοιχείο της ανάκλασης. Ο Kolb, 1984, θεωρεί τη μάθηση σαν μια δια βίου διαδικασία, αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, ενώ περιλαμβάνει συναισθηματικά και αντιληπτικά στοιχεία, καθώς επίσης τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Η κυκλική διαδικασία που ακολουθείται στην μάθηση με εμπειρία, σύμφωνα με το μοντέλο του Kolb, 1984, μετριέται σε δύο διαστάσεις, τη διάσταση του συγκεκριμένου προς το αφηρημένο και τη διάσταση της δράσης προς την ανάκλαση. Για να επιτευχθεί η κυκλική διαδικασία προϋποθέτετε η χρήση τεσσάρων μαθησιακών δεξιοτήτων:

1. Συγκεκριμένες εμπειρίες (concrete experiences, CE), που επιτρέπουν στον σπουδαστή να εμπλακεί περισσότερο σε νέες μαθησιακές καταστάσεις.
2. Παρατήρηση και αναστοχασμός (Reflective observation, RO), η οποία εμπεριέχει δεξιότητες που επιτρέπουν στον σπουδαστή να κάνει αναστοχασμό στις εμπειρίες από διαφορετικές προοπτικές.

3. Διαμόρφωση αφηρημένων εννοιών και γενικεύσεων (Abstract conceptualization, AC), οι οποίες επιτρέπουν στον σπουδαστή να αναπτύξει έννοιες σχετικές με τις εμπειρίες του και να τις ενοποιήσει σε λογικές θεωρίες.
4. Ενεργητικός πειραματισμός (Active experimentation, AE). Οι δεξιότητες αυτές επιτρέπουν στον σπουδαστή να εφαρμόσει τις θεωρίες σε μια προσπάθεια λύσης προβλημάτων ή λήψης αποφάσεων.

Ως αποτέλεσμα, των συνεχών αλληλεπιδράσεων με συγκεκριμένα περιβάλλοντα μάθησης, τα άτομα αναπτύσσουν καλύτερα κάποιες μαθησιακές δεξιότητες, έναντι κάποιων άλλων (Κοτζαμπασάκη, 2010). Αν και όλα τα άτομα διαθέτουν και τους τέσσερις τύπους δεξιοτήτων, σύμφωνα με τον Kolb, 1976, κάποια άτομα αναπτύσσουν ορισμένες δεξιότητες περισσότερο από κάποιες άλλες, ως αποτέλεσμα των προσωπικών τους εμπειριών. Ο κύκλος του Kolb, 1984, προϋποθέτει την χρήση μιας ποικιλίας από μαθησιακές δεξιότητες και φαίνεται να αποτελεί το κατάλληλο μοντέλο για εκπαιδευτικό σχεδιασμό στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Κοτζαμπασάκη, 2010). Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στην παρούσα μελέτη, περιλάμβανε τα στοιχεία εκπαίδευσης του Kolb, 1984, καθώς αφενός απευθύνονταν σε νοσηλευτές, αφετέρου η εκπαιδευτική παρέμβαση εμπειρείχε και τα τέσσερα στοιχεία του μοντέλου, με ιδιαίτερη έμφαση στον αναστοχασμό. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε συνάδει με την εμπειρική θεωρία του Kolb, 1984, καθώς μέσα από τις βιωματικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν, οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν όλες τις μαθησιακές δεξιότητες οι οποίες περιγράφονται στο μοντέλο.



Διάγραμμα 2. Το μοντέλο της μάθησης με εμπειρία του Kolb (1984)

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει μία προσπάθεια παρουσίασης των ευρημάτων διάφορων μελετών που έχουν δημοσιευτεί σχετικά με το θέμα των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών, όσον αφορά στη φροντίδα ασθενών με άνοια, καθώς και τα εργαλεία τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των μεταβλητών αυτών. Όσον αφορά στο θέμα αυτό έχει διεξαχθεί συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η οποία έχει δημοσιευτεί σε διεθνές επιστημονικό περιοδικό (Eniriidou et al, 2017). Θα ακολουθήσουν τα αποτελέσματα διερευνητικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας σε σχέση με τις παραλείψεις της φροντίδας γενικότερα και τις παραλείψεις όσον αφορά ειδικότερα στα ηλικιωμένα άτομα και στα άτομα με άνοια. Λόγω ελλείψεων συγκεκριμένων μελετών επί του θέματος, δεν κατέστη δυνατό να γίνει συστηματική ανασκόπηση, γι' αυτό και διεξήχθη διερευνητική ανασκόπηση (Tricco et al, 2018).

2.1. Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τις Γνώσεις και Στάσεις Νοσηλευτών όσο αφορά τη διαχείριση της φροντίδας ασθενών με άνοια

Με βάση την υπόθεση ότι πολλές πτυχές της φροντίδας ασθενών με άνοια παραλείπονται κυρίως για λόγους έλλειψης της κατάλληλης εκπαίδευσης για τις ανάγκες αυτών των ασθενών, καθώς και λόγω των αρνητικών στάσεων απέναντι τους, διερευνήθηκε η σχετική βιβλιογραφία. Σκοπός της αναζήτησης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια και αν συσχετίζονται, η διόρθωση των πιθανών αιτιών και ο εντοπισμός των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η αναζήτηση έγινε σε πέντε βάσεις δεδομένων (CINAHL, PsyINFO, Pubmed, Cochrane, EMBASE) με λέξεις κλειδιά τις «στάσεις», «γνώσεις», «νοσηλευτές», «συμπεριφορές» και «άνοια». Βρέθηκαν 2093 μελέτες, από το 1997 μέχρι το 2019 και αφού έγινε ανάγνωση των τίτλων απορρίφθηκαν 1773 μελέτες, λόγω έλλειψης σχετικότητας με το υπό μελέτη θέμα ή διπλών αντιγράφων (n=156). Ακολούθως, ανακτήθηκαν 164 περιλήψεις, από τις οποίες 131 αποκλειστήκαν, επειδή δεν πληρούσαν το πλήρες σύνολο των κριτηρίων ένταξης ή δεν είχαν συνταχθεί στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα. Συνολικά, επεξεργάστηκαν 33 μελέτες, εκ των οποίων 14 εξαιρέθηκαν λόγω έλλειψης

σχετικότητας με το ερευνητικό θέμα. Μετά από την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών μελετήθηκαν 19 μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια, τα οποία τίθενται από συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης. Για τη διαδικασία αυτή χρησιμοποιήθηκαν τα αντίστοιχα εργαλεία (ποσοτικές μελέτες-STROBE, ποιοτικές μελέτες-COREQ, μικτές μελέτες-MMAT). Οι μελέτες αυτές διεξήχθησαν στην Αγγλία, Σουηδία, Νορβηγία, Αυστραλία, Αμερική και Ισραήλ, με αριθμό νοσηλευτών από 8 μέχρι 700, ενώ ακολουθήθηκε κυρίως η ποσοτική προσέγγιση με τη χορήγηση αυτό-συμπληρωμένων ερωτηματολογίων αξιολόγησης των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών προς την παροχή φροντίδας στα άτομα με άνοια..

Δεκαέξι από τις μελέτες ήταν ποσοτικές (Barett et al, 1997, Manthorpe et al, 2003, Bryans et al, 2003, Davinson et al, 2007, Fessey 2007, Jofesson et al, 2008, Kada et al, 2009, Galvin et al, 2010, Kang et al, 2011, McCaffrey et al, 2013, Robinson et al, 2014, Marx et al, 2014, Shinan et al, 2014, Palmer et al, 2014, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015), μία μελέτη ήταν ποιοτική (Einang et al, 2011) και δύο μελέτες χρησιμοποίησαν μικτές μεθόδους (Kimzey et al, 2016, Kang et al, 2016). Η ποιοτική μελέτη χρησιμοποίησε ανάλυση περιεχομένου για να αξιολογήσει τις απόψεις των νοσηλευτών, μετά την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού βίντεο. Μεταξύ των ποσοτικών μελετών, επτά ήταν επεμβατικές (Manthorpe et al, 2003, Davinson et al, 2007, Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2014, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015), οι άλλες επτά ήταν περιγραφικές (Barett et al, 1997, Fessey 2007, Jofesson et al, 2008, Kada et al, 2009, Kang et al, 2011, Robinson et al, 2014, Shinan et al, 2003) και μία ήταν συγχρονική μελέτη (Marx et al., 2014). Τα δεδομένα στις ποσοτικές μελέτες συλλέχθηκαν μέσω δομημένων ερωτηματολογίων ειδικά σχεδιασμένων για το σκοπό της εκάστοτε μελέτης (Manthorpe et al, 2003, Davinson et al, 2007, Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2014, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015). Οι μελέτες που επιλέχθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 1 (παράρτημα 8), ενώ τα εργαλεία διερεύνησης παρουσιάζονται στον πίνακα 2 (παράρτημα 9).

Τα αποτελέσματα των μελετών ταξινομήθηκαν με θεματική ανάλυση ως ακολούθως:

α) Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την άνοια

Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές κατείχαν βασικές γνώσεις για την άνοια, αλλά υστερούσαν σημαντικά (Barett et al, 1997, Robinson et al, 2014) ιδιαίτερα στους τομείς της επιδημιολογίας, της διάγνωσης και της μεταχείρισης των συμπεριφορικών προβλημάτων (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014). Επίσης

τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης της αρνητικότητας που διακατέχει τους ασθενείς αυτούς, βρέθηκαν να είναι ελλιπείς από το γνωσιολογικό πεδίο των νοσηλευτών (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014). Περιγράφηκε η ανάγκη των νοσηλευτών για την έγκαιρη αναγνώριση της άνοιας, τις τεχνικές διαχείρισης και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας, κυρίως στον τομέα της ασφάλειας (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014). Επίσης, οι νοσηλευτές περιέγραψαν να νιώθουν ανασφαλείς και εκνευρισμό κατά την επαφή τους με τα άτομα αυτά, λόγω των ανεπιθύμητων συμπεριφορικών διαταραχών, αντιδρώντας με τη σειρά τους αρνητικά (Marx et al, 2014). Επιπλέον, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε ότι αφορούσε την παροχή φροντίδας στα άτομα με άνοια, στοιχείο που συνδέθηκε άμεσα με την έλλειψη γνώσεων και τεχνικών για διαχείριση της συμπτωματολογίας της άνοιας (Bryans et al, 2003, Elvish et al, 2014).

β) οι στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την άνοια

Όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, στις περισσότερες μελέτες βρέθηκαν αρνητικές και συσχετίζονται με τα συμπτώματα και την πρόοδο της ασθένειας (Robinson et al, 2014). Μέσα από τη βιβλιογραφία φάνηκε ότι οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα των ατόμων με άνοια συνδέονταν κυρίως με τα συμπτώματα και την εξέλιξη της νόσου (π.χ. περισσότερο αρνητικές στάσεις συσχετίζονταν με προχωρημένο στάδιο άνοιας) καθώς και με τα συναισθήματά τους προς τα άτομα αυτά (Bryans et al, 2003, Fessey 2007, Galvin et al, 2008, Kada et al, 2009, Robinson et al, 2014, Marx et al, 2014, Elvish et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014). Τα προβλήματα μνήμης και συμπεριφοράς, που είναι αρκετά κοινά στην άνοια, (π.χ. η επανάληψη ερωτήσεων, σύγχυση, παραισθήσεις, επιθετικότητα, διέγερση κλπ) οδηγούν σε ακόμα πιο αρνητικές στάσεις από τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν την ανικανότητά τους να διαχειριστούν συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια (Bryans et al, 2003, Galvin et al, 2008, Marx et al, 2014) ή αίσθημα φόβου και άγχους (Fessey 2007, Kada et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014) κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασής τους με άτομα με άνοια.

Οι νοσηλευτές κάτω των πενήντα ετών ή πάνω από 10 χρόνια εμπειρίας (Bryans et al, 2003) και οι κοινοτικοί και ψυχικής υγείας νοσηλευτές (Kada et al, 2009) είχαν

περισσότερη ελπιδοφόρα στάση από του υπόλοιπους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που σημείωσαν λιγότερο ελπιδοφόρα στάση σημείωσαν και λιγότερο πρόσωπο-κεντρική φροντίδα, η οποία συσχετίστηκε με αρνητικές στάσεις (Lintern and Only, 2001, Kada et al, 2009). Πιθανός λόγος για το γεγονός αυτό είναι ότι ο συγκεκριμένος νοσηλευτικός πληθυσμός δεν είχε προσδοκίες από τους ασθενείς με άνοια, ούτε ανέμεναν ανταπόκριση στην θεραπεία (Kada et al, 2009), οπότε δεν υιοθετούσαν πρακτικές της πρόσωπο-κεντρικής φροντίδας. Γενικότερα, οι νοσηλευτές που είχαν εξειδικευμένη εκπαίδευση στην άνοια (κοινοτικοί, ψυχικής υγείας) είχαν πιο θετικές στάσεις από αυτούς που δεν είχαν εκπαιδευτεί (Bryans et al, 2003, Manthorpe et al, 2003, Kada et al, 2009). Οι κοινοτικοί νοσηλευτές και ψυχικής υγείας φάνηκε να εφαρμόζουν την πρόσωπο-κεντρική φροντίδα και να έχουν θετικότερες και πιο ελπιδοφόρες στάσεις προς την φροντίδα της άνοιας, από τους νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε γενικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας.

Γενικότερα, η ελπίδα έχει μια μονοδιάστατη δομή, που παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα ότι ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί (Snyder et al, 1991). Αυτή η εστίαση στην επιτυχία σχετίζεται με θετικές στάσεις, επομένως η ελπίδα και ο θετικισμός θεωρούνται κοινός ισοδύναμοι όροι (Sisk & Malone, 2018). Συγκεκριμένα, το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης αναφέρεται στη λέξη «ελπίδα» ως παράγοντας που συνεισφέρει στην ευρεία έννοια της θετικής στάσης (Simpson et al, 1989). Η θετική στάση απέναντι σε άτομα με άνοια διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με το περιβάλλον και την κατάρτιση. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την ψυχική υγεία στην κοινότητα παρουσίασαν θετικές στάσεις και επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα της άνοιας, καθώς πίστευαν ότι ήταν σε καλύτερη θέση για συντονισμό υπηρεσιών για άτομα με πρόσφατα διαγνωσμένη άνοια (Manthorpe et al, 2003). Παρομοίως, εξειδικευμένες νοσηλεύτριες ανέφεραν πιο θετικές στάσεις ($p=0.04$, Kada et al, 2009) από όσους δεν είχαν εκπαιδευτεί στην φροντίδα της άνοιας (Bryans et al, 2003, Manthorpe et al, 2003, Kada et al, 2009) και πίστευαν ότι πρέπει να τοποθετηθούν ως διευθυντές, συντονιστές ή εκπαιδευτικοί (Kada et al, 2009). Επίσης, η ελπίδα έχει συσχετιστεί με την εξωτερική βοήθεια και τη φροντίδα (Reinke et al, 2010).

Η ελπιδοφόρα στάση θεωρείται ως βασική έννοια, στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας, που διευκολύνει την παροχή φροντίδας και συνεισφέρει σημαντικά στην βελτιστοποίηση της ευεξίας των ασθενών (Snyder et al, 2002). Οι Snyder et al, 1991, συσχέτισαν την ψηλότερη ελπιδοφόρα στάση με την ψηλότερη πιθανότητα για επίτευξη

του στόχου και την υιοθέτηση θετικότερων στάσεων. Απεναντίας, η χαμηλότερη ελπιδοφόρα στάση συνδέθηκε με την χαμηλή πιθανότητα επίτευξης, την εστίαση στην αποτυχία παρά στην επιτυχία και τις αρνητικές στάσεις.

Οι κοινοτικοί και ψυχικής υγείας νοσηλευτές βρέθηκαν να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση στις ικανότητες αναγνώρισης, συντονισμού και παροχής συμβουλών και πληροφοριών για συμπεριφορικά και ψυχολογικά προβλήματα συναφή με την άνοια, καθώς επίσης και για υποστηρικτικές υπηρεσίες (Manthorpe et al, 2003, Bryans et al, 2003, Kada et al, 2009). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να αιτιολογείται από την εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτούν οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς έρχονται συχνά σε επαφή με τα άτομα με άνοια, ενώ παράλληλα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαιδευτική τους ύλη τόσο για την άνοια, όσο και για τα συναφή προβλήματα της. Σε αντίθεση, οι νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με άνοια, στοιχείο που συνδέθηκε με το χαμηλό επίπεδο γνώσεων, αφού έχοντας κενά στο γνωσιολογικό υπόβαθρο τους, δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν τα προβλήματα ατόμων με άνοια.

Τα ευρήματα της ανασκόπησης (Enrípidou et al, 2018) δείχνουν ότι ένα υψηλότερο επίπεδο γνώσεων συσχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο αυτοπεποίθησης και περισσότερο θετικές στάσεις. Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης μπορεί να σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα γνώσης, καθώς οι νοσηλευτές που έχουν γνωστικά κενά μπορεί να μην αισθάνονται κατάλληλα προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν όλες τις πιθανές επιπλοκές, κατά τη διάρκεια φροντίδας ατόμου με άνοια. Οι νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης, στοιχείο που συνδέθηκε με το χαμηλό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με την άνοια, αφού έχοντας κενά στο γνωσιολογικό υπόβαθρο τους, δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν τα άτομα με άνοια.

γ) πιθανές αιτίες της ανεπάρκειας των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών με άνοια

Η ανασκόπηση εντόπισε επίσης, τους λόγους που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών, σε σχέση με την φροντίδα ατόμων με άνοια. Εντοπίστηκαν διάφοροι λόγοι όπως η ανεπάρκεια εκπαίδευσης, η έλλειψη εμπειρίας και το μεγάλο μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας (Kada et al, 2009). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές φάνηκε να έρχονταν αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα κατά την συμμετοχή τους στην

προσωπική φροντίδα των ασθενών αυτών, δίνοντας περισσότερη έμφαση στον βαθμό διατήρησης της αξιοπρέπειας, της επιλογής και της ανεξαρτησίας των συγκριμένων ατόμων (Fessey et al, 2007). Άλλοι λόγοι ήταν η ελλιπής οργανωτική υποστήριξη, ο ψυχολογικός τομέας και η χαμηλή οικονομική στήριξη για συνεχή επιμόρφωση (Josefsson et al, 2008,Shinan-Altman et al, 2014).

Σε σχέση με τη νοσηλευτική εκπαίδευση και το επίπεδο στο οποίο γίνεται μία επαρκής κατάρτιση των νοσηλευτών σε σχέση με την περιπλοκότητα της φροντίδας ασθενών με άνοια, έγινε μία μικρή αναζήτηση στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Νοσηλευτικών προγραμμάτων στην Κύπρο και φάνηκε ότι οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται για την άνοια σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Κάποιες διαλέξεις γίνονται σε φοιτητές της νοσηλευτικής σαν μέρος των μαθημάτων της Ψυχιατρικής ή της Γεροντολογίας, αλλά σε ευρύτερο πλαίσιο, χωρίς να διδάσκονται τις ιδιαιτερότητες φροντίδας του ασθενή με άνοια. Οι φοιτητές δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν όλο το φάσμα της νόσου, λόγω του γεγονότος ότι η άνοια διδάσκεται σαν μέρος μαθήματος, οπότε δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για την ανάλυση των πολυδιάστατης φύσης του θέματος. Προσφέρεται βέβαια και σαν μάθημα επιλογής κατά το τρίτο έτος των σπουδών στο Δημόσιο Πανεπιστήμιο και θα είχε αρκετό ενδιαφέρον να συγκριθεί το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των φοιτητών που παρακολουθούν το μάθημα σε σχέση με τους υπόλοιπους. Δεν έχει διεξαχθεί κάποια έρευνα που να διερευνά τις γνώσεις ή τις στάσεις των Κύπριων νοσηλευτών, μέχρι σήμερα αλλά αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ξεχωριστό θέμα μελέτης για το μέλλον.

2.2.Εργαλεία μέτρησης των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών για την άνοια

Στη βιβλιογραφία έχει εντοπιστεί πληθώρα ερευνητικών εργαλείων που αφορούσαν τη μέτρηση των δύο μεταβλητών. Λόγω της έλλειψης ενός εγκαθιδρυμένου εργαλείου που να διερευνά είτε τις στάσεις είτε τις γνώσεις, η κάθε ερευνητική ομάδα δημιουργούσε ένα εργαλείο που να εξυπηρετεί τις ανάγκες της εκάστοτε μελέτης. Μόνο δύο εργαλεία αναφορικά με τις γνώσεις (Alzheimer Disease Knowledge Scale, Dementia Knowledge Assessment tool) είχαν χρησιμοποιηθεί σε περισσότερο από τρεις μελέτες. Σχετικά με τις στάσεις τα εργαλεία Dementia Attitude Scale και το Approaches to Dementia questionnaire είχαν χρησιμοποιηθεί σε τρεις και δύο μελέτες αντίστοιχα.

Αρχίζοντας με την περιγραφή των εργαλείων διερεύνησης για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών, το πρώτο είναι το Self-efficacy of Dementia Care, που κατασκευάστηκε στην Αυστραλία από τους Davison et al, 2006. Είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς, που διερευνά τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την επάρκεια των δεξιοτήτων τους στην φροντίδα ασθενών με άνοια. Περιέχει 4 δηλώσεις σε 11-βάθμια κλίμακα Likert (0=συμφωνώ απόλυτα, 11=διαφωνώ απόλυτα) με δείκτη εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's $\alpha=0.84$). Η ίδια ερευνητική ομάδα (Davison et al, 2006) χρησιμοποίησε και το εργαλείο Staff Nursing Performance, το οποίο περιέχει 10 δηλώσεις σε 4-βάθμια κλίμακα Likert, για την αξιολόγηση της επίδοσης των νοσηλευτών και συμπληρώνεται μόνο από διοικητικούς νοσηλευτικούς λειτουργούς. Η ανάπτυξη του βασίστηκε σε ένα προηγούμενο εργαλείο από τους Battersby et al, 1991, που περιείχε 24 δηλώσεις και είχε κατασκευαστεί επίσης στην Αυστραλία. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας, μετά τη διαμόρφωση του σε 10 δηλώσεις κρίθηκε πολύ ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha=0.92$). Το τρίτο εργαλείο που χρησιμοποίησαν οι Davison et al, 2006, είναι το Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield et al, 1991), το οποίο μετρά τη συχνότητα επιθετικών συμπεριφορών μεταξύ των ασθενών και περιέχει 29 δηλώσεις σε 7-βάθμια κλίμακα Likert. Το Cohen-Mansfield Agitation Inventory, αποτελεί ένα ευρύ διαδομένο εργαλείο μέτρησης με δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0.90$. Έχει κατασκευαστεί στην Ουάσινγκτον των ΗΠΑ, το 1989 και έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές (Weiner et al, 2002, Brett et al, 2016, Griffiths et al, 2020).

To Approaches to Dementia questionnaire έχει κατασκευαστεί στην Ουαλία από τους Lintern et al, 2001. Περιέχει 19 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1= συμφωνώ απόλυτα, 5= διαφωνώ απόλυτα) και χρησιμοποιείται για αξιολόγηση των στάσεων και των πρόσωπο-κεντρικών συμπεριφορών προς τα άτομα με άνοια. Οι Kada et al, 2009, έχουν μεταφράσει το εργαλείο στα νορβηγικά και ο δείκτης εσωτερικής συνοχής είναι Cronbach's $\alpha=0.78$. Το συνολικό σκορ του εργαλείου κυμαίνεται από 19-95, με το ψηλότερο σκορ να δείχνει περισσότερο θετική στάση.

To Staff Experience of Working with Demented Residents Scale (SEWDR) κατασκευάστηκε από τους Astrom et al, 1991, στη Σουηδία για τη μέτρηση της ικανοποίησης του προσωπικού κατά τη φροντίδα ασθενή με άνοια. Περιέχει 21 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (0= καθόλου, 5 = εξαιρετικά) με βαθμολόγηση από 12-105 με το πιο ψηλό σκορ να δείχνει περισσότερη ικανοποίηση (Cronbach's $\alpha=0.80$).

To Caring Efficacy Scale (CES) σχεδιάστηκε για την αυτό-αξιολόγηση των πεποιθήσεων των νοσηλευτών όσο αφορά την επάρκεια στην φροντίδα, με δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0.86$. Περιέχει 30 δηλώσεις σε 6-βάθμια κλίμακα Likert (0=διαφωνώ απόλυτα, 6= συμφωνώ απόλυτα) με πιθανά σκορ από το 30-10 με το ψηλότερο σκορ να δείχνει ψηλότερα συναισθήματα επάρκειας. Έχει κατασκευαστεί από τους Coates et al, 1997, στο Denver, των ΗΠΑ.

To Alzheimer Disease Knowledge Scale (ADKS) χρησιμοποιείται για αξιολόγηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με την νόσο Alzheimer. Περιέχει 30 δηλώσεις σωστό/λάθος σχετικά με την αξιολόγηση, τη διάγνωση, τα συμπτώματα, τη διαχείριση και την φροντίδα ατόμων με άνοια. Έχει κατασκευαστεί από τους Carpenter et al, 2009, στη Ουάσινγκτον των ΗΠΑ. Τα πιθανά του σκορ κυμαίνονται από 0-30 με το πιο ψηλό σκορ να υποδεικνύει περισσότερη γνώση. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας είναι Cronbach's $\alpha=0.81$, ενώ αρκετοί ερευνητές το έχουν χρησιμοποιήσει στις μελέτες τους (Scerri et al, 2013, Kimzey et al, 2016, Marx et al, 2016).

To Dementia Attitude Scale έχει σχεδιαστεί για τη διερεύνηση των πεποιθήσεων σχετικά με τη νόσο Alzheimer και συναφών ανοιών. Περιλαμβάνει 20 δηλώσεις σε 7-βάθμια κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 7= συμφωνώ απόλυτα) με δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's $\alpha=0.86$. Έχει κατασκευαστεί από τους O'Connor et al, 2010, στις ΗΠΑ. Τα πιθανά του σκορ κυμαίνονται από 20-140 με τη ψηλότερη

βαθμολογία να δείχνει περισσότερη θετική στάση και έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές (Scerri et al, 2013, Kimzey et al, 2016, Marx et al, 2016). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα μελέτη και περισσότερες λεπτομέρειες αναφέρονται στο κεφάλαιο 3.4, σελίδα 91.

Οι Galvin et al, 2010, στις ΗΠΑ, χρησιμοποίησαν για τις μετρήσεις τους 6 αυτοδημιούργητες ερωτήσεις σχετικά τις στάσεις, χωρισμένες σε 5-βαθμια κλίμακα Likert (1= συμφωνώ απόλυτα, 5= διαφωνώ απόλυτα). Το περιεχόμενο τους περιλάμβανε τη συχνότητα της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά τη φροντίδα ασθενή με άνοια, πόσο σημαντική κρίνουν τη συμβολή του οικογενειακού φροντιστή, την αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης, την επάρκεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων και των τεχνικών διαχείρισης. Σχετικά με τις γνώσεις χρησιμοποίησαν 9 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που αφορούσαν τη σχετικότητα της άνοιας, τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα, την χρήση περιοριστικών μέτρων και τον αποπροσανατολισμό. Όλες οι ερωτήσεις αναδύθηκαν μετά από ομάδες εστίασης νοσηλευτών, τη διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας και σχόλια εμπειρογνομόνων. Οι συγγραφείς (Galvin et al, 2010) δεν έχουν δημοσιεύσει τις ερωτήσεις, καθώς επίσης ούτε το δείκτη εσωτερικής συνέπειας. Η επόμενη ερευνητική ομάδα των Palmer et al, 2014, στις ΗΠΑ έχει βασιστεί στις ερωτήσεις του προγράμματος των Galvin et al, 2010, σχετικά με την αξιολόγηση των γνώσεων, με τη διαφορά της πρόσθεσης 7 δηλώσεων σε 5-βαθμια κλίμακα Likert (1= καθόλου, 5=εξαιρετικά) για την αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης νοσηλευτών κατά την φροντίδα ασθενών με άνοια. Ως εκ τούτου, ο δείκτης εσωτερικής συνοχής δεν είναι διαθέσιμος, καθώς ούτε οι ερωτήσεις.

Το Stirling Dementia Service Development διερεύνα τις γνώσεις και την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών κατά την φροντίδα ασθενή με άνοια. Έχει κατασκευαστεί από τους Downs&Rae, 1996, στο Ηνωμένο Βασίλειο και περιέχει 21 δηλώσεις σε 10-βάθμια κλίμακα Likert (1= καθόλου, 10= εξαιρετικά), σχετικά με την κλινική επάρκεια, την επιδημιολογία, τις γνώσεις, την αυτοπεποίθηση και την αναγνώριση της άνοιας. Τα σκορ >7 ανά ερώτηση υποδεικνύουν επαγγελματική αυτοπεποίθηση και <4 την ύπαρξη δυσκολίας διαχείρισης των ασθενών με άνοια. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας δεν είναι διαθέσιμος, καθώς δεν έχει δημοσιευθεί.

Η Fessey, 2007, στο Ηνωμένο Βασίλειο, για τη διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών, ειδικά προς την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση φροντίδας, δημιούργησε

17 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Η ανάπτυξη του βασίστηκε στο θεωρητικό μοντέλο των Kitwood et al, 1995, χωρίς να έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Το εργαλείο Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), κατασκευάστηκε από τους Moss-Morris et al, 2002, στο Ηνωμένο Βασίλειο, για την αξιολόγηση της νόσου από επαγγελματίες φροντιστές. Περιέχει 29 ερωτήσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα, 5= συμφωνώ απόλυτα) με το ψηλότερο σκορ να δείχνει ότι αναγνωρίζουν τη νόσο και ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας είναι Cronbach's $\alpha=0.90$. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν τις αντιλήψεις, τις αιτίες, τα συμπτώματα, τις πεποιθήσεις, τις συνέπειες, τη μεταβλητότητα της νόσου, με συνολικό σκορ από 0-13 με το πιο ψηλό να δείχνει ψηλότερη αντίληψη της ασθένειας. Οι Shinan-Altman, 2014, αφού χρησιμοποίησαν το πιο πάνω εργαλείο δημιούργησαν και 30 σωστό/λάθος ερωτήσεις για τη διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με την άνοια (συμπτώματα, αιτιολογία, διάγνωση και θεραπεία), με δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0.60$. Η βαθμολογία ήταν από 0-30 με τη ψηλότερη να δείχνει περισσότερη γνώση. Η σύνταξη τους βασίστηκε σε προηγούμενο εργαλείο (ADKS) των Carpenter et al, 2009.

Οι Josefsson et al, 2008, σε έρευνα τους στη Σουηδία, με στόχο την αξιολόγηση των γνώσεων και της επάρκειας των νοσηλευτών, δημιούργησαν 23 ερωτήσεις χωρισμένες σε 4-βάθμια κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα, 4= συμφωνώ απόλυτα), διερευνώντας το εν λόγω θέμα. Για την κατασκευή τους βασίστηκαν σε προηγούμενα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία αναπτύχθηκαν από τους Aronsson's et al, 1991 και Hagstrom et al, 1996 και διερευνούσαν τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τις συνθήκες εργασίας και την κλινική επάρκεια. Οι Josefsson et al, 2008, διαμόρφωσαν τις ερωτήσεις αυτές για να ανταποκρίνονται καλύτερα στον πληθυσμό-στόχο της μελέτης τους, καθώς η πρωτότυπη μορφή απευθυνόταν σε γιατρούς. Οι ερωτήσεις διερευνούσαν την κλινική επάρκεια των νοσηλευτών, τις γνώσεις, τη διοικητική ικανότητα, την οργάνωση του τμήματος που εργάζονται, τις ευκαιρίες ανάπτυξης της κλινικής επάρκειας, την οικονομική ενίσχυση για συμμετοχή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και την χρήση των δεξιοτήτων. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής δεν έχει δημοσιευθεί.

Οι Barrett et al, 1997, στις ΗΠΑ, αξιολόγησαν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη νόσο Alzheimer, μέσω 12 ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής. Η σύνθεση του ερωτηματολογίου έγινε μετά από διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας και συζήτηση μεταξύ 9 εμπειρογνομόνων της νόσου Αλτσχάιμερ. Οι κύριες ενότητες που

περιλάμβαναν οι ερωτήσεις ήταν η αξιολόγηση, η κλινική πορεία, η ορολογία, τα νομικά θέματα και η διαχείριση του ασθενή με άνοια, με δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0.72$. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Bryans et al, 2003, χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο με την πρόσθεση 2 ερωτήσεων σχετικά με τη αυτοπεποίθηση και τις στάσεις των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα ασθενών με άνοια διαβαθμισμένες σε 7-βάθμια κλίμακα Likert (1=συμφωνώ απόλυτα, 7= διαφωνώ απόλυτα) .

Το Dementia Knowledge Assessment Tool κατασκευάστηκε στην Αυστραλία από τους Toye et al, 2010, για την αξιολόγηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου, τη συμπτωματολογία της νόσου, την φροντίδα, τις επιπτώσεις, την αξιολόγηση και τη διαχείριση της άνοιας. Έχει δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0.79$ και αποτελείται από 21 δηλώσεις σωστό/λάθος/ δεν γνωρίζω με το ψηλότερο σκορ να δείχνει περισσότερες γνώσεις. Αποτελεί το μόνο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές (Toye et al, 2010, 2014, Robinson et al, 2014, Annear et al, 2017, Parra-Anguita et al, 2018) για διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών προς τη φροντίδα ασθενών με άνοια, ενώ έχει επιλεγεί και στην παρούσα μελέτη, με περισσότερες λεπτομέρειες να αναφέρονται στο κεφάλαιο 3.4, σελίδα 91. Ο πίνακας 2 (παράρτημα 9) παρουσιάζει τα ερευνητικά εργαλεία που έχουν εντοπιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

2.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με τις Νοσηλευτικές παραλείψεις

Με βάση τα ευρήματα της προηγούμενης ανασκόπησης και κυρίως ότι οι νοσηλευτές έχουν κάπως αρνητική στάση για τους ασθενείς με άνοια και τους αποφεύγουν, λόγω της προβληματικής τους συμπεριφοράς και των προβλημάτων επικοινωνίας, τα οποία δεν μπορούν να διαχειριστούν, προχωρήσαμε στη μελέτη των παραλείψεων. Η υπόθεση είναι ότι λόγω των προαναφερθέντων προβλημάτων, καθώς επίσης και λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, της πολυπλοκότητας του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και του περιορισμένου χρόνου που έχουν στη διάθεση τους, οι νοσηλευτές ενδέχεται να μειώσουν την προσοχή τους στη φροντίδα ασθενών με άνοια

και θα παραλείπουν σημαντικά στοιχεία της φροντίδας. Στην αναζήτηση που έγινε δεν βρέθηκαν μελέτες που να ασχολήθηκαν ειδικά με το θέμα των παραλείψεων και τους ασθενείς με άνοια.

Οι έρευνες οι οποίες εξετάζουν το θέμα στην ευρύτερη τους διάσταση άρχισαν να δημοσιεύονται τα τελευταία χρόνια (Kalisch et al, 2009, Papastavrou et al, 2012, 2014, Schubert et al, 2013, Vryonidis et al, 2015, Zuniga et al, 2015, Jones, 2015). Επί του γενικού θέματος των νοσηλευτικών παραλείψεων, έχουν βρεθεί 3 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Papastavrou et al, 2012, Jones et al, 2015, Suhonen et al, 2018), ενώ μία διερεύνησε τις επιπτώσεις των παραλείψεων στους ασθενείς (Recio-saucedo et al, 2018) και μία την ηθική σκοπιά του φαινομένου (Vryonides et al, 2015). Στα πλαίσια της ανεύρεσης του είδους της παράλειψης που λαμβάνει χώρα σε νοσοκομειακό περιβάλλον, έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες και έδειξαν ότι οι παραλείψεις φροντίδας εξηγούσαν το 40% της παρέκκλισης από τους δείκτες ποιότητας φροντίδας (Sochalski, 2004, Ball et al, 2016), ενώ στη Νέα Ζηλανδία οι παραλείψεις χρησιμοποιούνται ως δείκτες για επάρκεια προσωπικού (Carville, 2014).

Στον τομέα της νοσηλευτικής, έχουν διεξαχθεί 3 συστηματικές ανασκοπήσεις που διερευνούσαν τις νοσηλευτικές παραλείψεις (Papastavrou et al, 2014, Jones et al, 2015, Suhonen et al, 2018). Η πρώτη έδειξε ότι πολλές πτυχές της φροντίδας δεν παρέχονται σωστά ή καθόλου (Papastavrou et al, 2014), η δεύτερη (Jones et al, 2015) στα ευρήματα της αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές κάνουν διακρίσεις στη φροντίδα με βάση τα διάφορα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως συννοσηρότητες, οξύτητα περιστατικού, η πρόγνωση, η ηλικία, η παρουσία απαιτητικού συγγενή, η χρονιότητα της νόσου με αποτέλεσμα τα άτομα τα οποία έχουν κάποιο νοητικό πρόβλημα, όπως η άνοια, να παραμελούνται περισσότερο. Η πιο πρόσφατη (Suhonen et al, 2018) βρήκε ότι οι νοσηλευτές δίνουν προτεραιότητα με βάση την ηλικιακή ομάδα των ασθενών και συγκεκριμένες νόσους, με γνώμονα τους ασθενείς οι οποίοι θα έχουν άμεσο όφελος από τη φροντίδα και από κάποια νοσηλευτική παρέμβαση.

Η πρώτη ανασκόπηση (Papastavrou et al, 2014) είχε σαν σκοπό να μελετήσει τους παράγοντες και τις διαδικασίες που σχετίζονται με τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Ακολούθησε μεθοδολογία συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ποσοτικών μελετών σε 7 διεθνής βάσεις δεδομένων (Psyinfo, Pubmed, CINAHL, Ebsco, PsycArticles, Web of science, EMBASE), που διερευνούσαν το εν λόγω θέμα και αρχικά εντοπίστηκαν 4045 μελέτες. Μετά την αξιολόγηση τους συμπεριλήφθησαν στην

ανασκόπηση 17 μελέτες. Τα ευρήματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι η επικοινωνία, η στοματική υγιεινή, η κινητοποίηση, η εκπαίδευση του ασθενή, η ενημέρωση του πλάνου φροντίδας, η επαρκής επίβλεψη και η αρχειοθέτηση, ο σχεδιασμός φροντίδας, η εξατομικευμένη φροντίδα, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η προετοιμασία για εξιτήριο (Morin and Leblanc, 2005, Lucero et al, 2010, Aiken et al, 2013, Papastavrou et al, 2014, Ball et al, 2014, Kalisch et al, 2014, Kalisch et al, 2015, Knopp et al, 2015) ήταν οι πιο συχνά παραλειπόμενες νοσηλευτικές διεργασίες. Οι ζωτικές ανάγκες ήταν πρώτες σε ιεράρχηση, ενώ οι άλλες πτυχές της ολιστικής φροντίδας παραμεριζόταν (Nortvedt et al, 2008) όπως επίσης και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών (Schubert et al, 2008).

Η δεύτερη βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε από τους Jones et al, 2015, με σκοπό την περιγραφή του επιπολασμού, των παραγόντων και των αποτελεσμάτων του φαινομένου των παραλείψεων. Διερευνώντας συστηματικά δύο βάσεις δεδομένων (CINAHL, MEDLINE), εντόπισαν 42 ποσοτικές μελέτες, 7 ποιοτικές και μία με μικτό σχεδιασμό. Κύρια ευρήματα της ανασκόπησης ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις παραλείψεις φροντίδας. Τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, των ασθενών και του εργατικού δυναμικού με την κατανομή του χρόνου (Chassin and Galvin, 1998, El-Jardali and Lagace, 2005, Schubert et al, 2007, Tschannen et al, 2010, Ausserhofer et al, 2013, Castner et al, 2014, Blackman et al, 2017), βρέθηκαν να συσχετίζονται με τις παραλείψεις. Το μέγεθος της μονάδας, η πληρότητα του νοσοκομείου, τα μη νοσηλευτικά καθήκοντα και η επάρκεια προσωπικού φάνηκαν να επηρεάζουν τη συχνότητα παραλείψεων. Ο μείζων παράγοντας που επηρεάζει το φαινόμενο των παραλείψεων, όπως φάνηκε από την ανασκόπηση, ήταν οι ανεπαρκείς πόροι εργασίας, με κάποιες υποκατηγορίες όπως η αναπάντεχη αύξηση των ασθενών ή η οξύτητα των περιστατικών. Επιπλέον, η ανεπάρκεια των υλικών πόρων και η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ήταν ο δεύτερος και τρίτος παράγοντας αντίστοιχα. Η μη διαθεσιμότητα φαρμάκων και προμηθειών συνείσφερε περισσότερο παρά ο ελαττωματικός εξοπλισμός στην αύξηση του φαινομένου. Επιπλέον, η προσαρμογή της ομάδας περιγράφηκε ως παράγοντας. Η ικανότητα της ομάδας να προσαρμόζεται στο περίπλοκο περιβάλλον φροντίδας και να αναδιαμορφώνει συνεχώς την παρεχόμενη φροντίδα, φάνηκε να μειώνει σημαντικά το φαινόμενο των παραλείψεων. Ομάδες νοσηλευτών που φάνηκε να αναπροσαρμόζουν την φροντίδα, βάση των ελλείψεων, του αριθμού των ασθενών και την αλλαγή στην οξύτητα των

περιστατικών συσχετίστηκαν με λιγότερες νοσηλευτικές παραλείψεις. Βασικοί παράγοντες διευκόλυνσης αυτής της προσαρμογής φάνηκαν να είναι ένας συλλογικός προσανατολισμός και η επίγνωση της κατάστασης η οποία έχει επιτευχθεί μέσω μιας συνεχιζόμενης αξιολόγησης των αναγκών των μελών της ομάδας, και της προθυμίας να βοηθήσουν και να βοηθηθούν μεταξύ τους.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη πρόσθεσε στους παράγοντες που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές παραλείψεις και το προφίλ προσωπικότητας υπεύθυνου νοσηλευτή (Sruловичi, 2019). Η ευθύνη που νιώθει ένας νοσηλευτής προς τον ασθενή και προς το εργασιακό του περιβάλλον έχει συσχετιστεί με μειωμένες παραλείψεις φροντίδας, σε περιγραφική έρευνα συσχέτισης (Sruловичi, 2019). Η επίδραση των προσωπικών αξιών και χαρακτηριστικών επηρεάζει στο αν θα προβεί ο νοσηλευτής σε παράλειψη φροντίδας και το εύρημα αυτό ανοίγει καινούργιες προοπτικές για διερεύνηση του φαινομένου σε σχέση με προσωπικά χαρακτηριστικά, καθώς μέχρι σήμερα οι έρευνες εστίαζαν επαγγελματικά χαρακτηριστικά ή σε επίπεδο θαλάμου ή νοσοκομείου (Jones et al, 2015).

Οι διεργασίες υψηλής προτεραιότητας, αποτελούνταν από αυτές που αν παραλείπονταν θα είχαν σοβαρές και άμεσες αρνητικές συνέπειες στην σωματική υγεία των ασθενών, ενώ αντίθετα στις πιο χαμηλές προτεραιότητες ήταν αυτές που χρειάζονταν αρκετός χρόνος για την ολοκλήρωσή τους ή διεργασίες που δεν μπορούσε να υπολογιστεί ο χρόνος τους (Ausserhofer et al, 2014). Ακόμη, η έρευνα των Ausserhofer et al, 2014, έδειξε ότι το εργασιακό περιβάλλον είχε την πιο δυνατή επίδραση στις νοσηλευτικές παραλείψεις, υποστηρίζοντας ότι συγκεκριμένα στοιχεία όπως η ικανότητα του διευθυντή των νοσηλευτών, η ηγεσία, η στήριξη και η σχέση νοσηλευτών-ιατρών επηρεάζει τον τρόπο που οι νοσηλευτές οργανώνουν και παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Γενικότερα, η ενίσχυση του εργασιακού περιβάλλοντος έχει συσχετιστεί με λιγότερες νοσηλευτικές παραλείψεις (Smith et al, 2018), καθώς ενδυναμώνεται η συλλογική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών.

Η τελευταία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Recio-saucedo et al, 2018), είχε σαν σκοπό την συγκέντρωση των επιπτώσεων των νοσηλευτικών παραλείψεων στους ασθενείς. Έχοντας διερευνήσει τρεις διεθνείς βάσεις δεδομένων (Medline, CINAHL, Scopus) εντόπισαν 2430 ποσοτικές μελέτες και επιλέχθηκαν 14, βάσει της σχετικότητας τους με το θέμα. Από τις μελέτες που εντοπίστηκαν φάνηκε ότι η ικανοποίηση και η ασφάλεια των ασθενών επηρεάζεται σημαντικά όταν υπάρχουν νοσηλευτικές

παραλείψεις. Όσο αφορά τις κλινικές επιπτώσεις η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, οι κατακλίσεις, οι ουρολοιμώξεις, η πνευμονία, οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, η θνησιμότητα, οι πτώσεις, η ποιότητα φροντίδας και ο αριθμός επανεισαγωγών ήταν οι πιο συχνές επιπλοκές του φαινομένου των παραλείψεων. Οι συγγραφείς στο άρθρο τους υπογράμμισαν τη συσχέτιση της επάρκειας προσωπικού με την έκβαση των ασθενών και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (Recio-saucedo et al, 2018), εύρημα το οποίο συνάδει με προηγούμενες μελέτες (Needleman et al, 2002, Griffiths et al, 2016, Aiken et al, 2017). Οι Cho et al, 2015 σε περιγραφική μελέτη εντόπισαν ότι η ανεπάρκεια νοσηλευτών συσχετίστηκε επίσης με επιπλοκές στους ασθενείς, αλλά περισσότερο με την έλλειψη επικοινωνίας. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούσαν μαζί τους επαρκώς και αυτό επηρέασε την εμπειρία της φροντίδας. Η έλλειψη επικοινωνίας φάνηκε να επηρέαζε περισσότερο τους ασθενείς από την έλλειψη βασικής φροντίδας (Cho et al, 2015).

Μία άλλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ποιοτικών ερευνών στόχευε να διερευνήσει το φαινόμενο των παραλείψεων από την ηθική σκοπιά (Vryonides et al, 2015). Ακολουθώντας μεθοδολογία συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε 8 ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, CINAHL, PsycInfo, PsycArticles, Science direct, PROQuest, EMBASE, Web of science), οι συγγραφείς εντόπισαν 2053 τίτλους, από τους οποίους επιλέχθηκαν 9 για περεταίρω ανάλυση. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η αδυναμία παροχής φροντίδας σε όλους τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν ορισμένες επαγγελματικές προκλήσεις ή ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με την προσφορά επαρκούς και ολιστικής φροντίδας και ίσης πρόσβασης στη φροντίδα εξασφαλίζοντας έτσι την ηθικά σωστή φροντίδα. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι νοσηλευτές νιώθουν αδύναμοι να εκπληρώσουν κατάλληλα τον επαγγελματικό τους ρόλο, ολιστικά και συνολικά, και ως εκ τούτου αισθάνονται ότι προδίδουν τα επαγγελματικά ιδανικά και προσδοκίες. Επίσης στην ανασκόπηση φάνηκε ότι όταν παραλείπουν φροντίδα οι νοσηλευτές νιώθουν άγχος και δυσφορία για το γεγονός ότι δεν είναι σε θέση να εκπληρώσουν τον ρόλο τους, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αμέλειας. Άλλες ανησυχίες που εντοπίστηκαν από μέρους των νοσηλευτών ήταν η διατήρηση της αρχής της ισότητας και της δικαιοσύνης στην κατανομή φροντίδας. Γενικότερα, αισθήματα ενοχής, απογοήτευσης, σύγκρουση ρόλων και ηθικών ανησυχιών φάνηκε να κυριαρχούσαν μεταξύ των νοσηλευτών, όταν παραλειπόταν μέρος της φροντίδας. Βέβαια οι μελέτες αυτές δεν συσχετίστηκαν με το

αν η φροντίδα που προσφέρεται ή δεν προσφέρεται συνδέονται με συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

Ακόμα δύο ενδιαφέρουσες μελέτες οι οποίες ήταν περισσότερο στοχευμένες έδειξαν (Williams, 2011, Kuenzi et al, 2002) ενδιαφέροντα στοιχεία. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο με δείγμα 100 νοσηλευτήρια, ο Williams, 2011 στόχευε στον εντοπισμό παραλείψεων, στα πλαίσια της αξιοπρέπειας και της διατροφής. Χρησιμοποιώντας ινκόγκνιτο παρατηρητές, τα προβλήματα που εντόπισαν ήταν η έλλειψη σεβασμού στην αξιοπρέπεια του ατόμου και της ιδιωτικότητας του, τα κουδούνια βρίσκονταν εκτός προσβάσιμης εμβέλειας των ασθενών, το προσωπικό επικοινωνούσε με τους ασθενείς με υποτιμητικό τρόπο και ότι η έλλειψη προσωπικού γινόταν αντιληπτή τόσο από τους νοσηλευτές, όσο και από τους ασθενείς, με απότοκο να μην υπήρχε αρκετός χρόνος για παροχή φροντίδας. Όσο αφορά την διατροφή η έρευνα κατέδειξε ότι οι ασθενείς που είχαν σωματικές δυσκολίες να σιτιστούν δεν τους παρέχονταν η κατάλληλη βοήθεια. Επιπλέον, τα γεύματα τους διακόπτονταν πολύ συχνά για εξετάσεις με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνουν το φαγητό τους, καθώς επίσης οι διατροφικές ανάγκες δεν αξιολογούνταν. Ακόμη, από την έρευνα φάνηκε ότι δεν αρχειοθετούνταν η σίτιση του ασθενή, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας αν ο ασθενής διατηρούσε ένα ισοζυγισμένο διατροφικό πλάνο. Φάνηκε ότι οι νοσηλευτές θέτουν σε προτεραιότητα τις νοσηλευτικές δραστηριότητες σε ένα περίπλοκο και συνεχώς μεταβαλλόμενο νοσοκομειακό περιβάλλον, με ανοδική πορεία εξειδίκευσης θεραπευτικών σχημάτων για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι συνήθως έχουν πληθώρα συνοδών ασθενειών (Nobili et al, 2011).

Οι Kuenzi et al, 2002, σε έρευνα τους εντόπισαν ότι οι νοσηλευτές λόγω της ανεπάρκειας χρόνου δεν μπορούσαν να ελέγξουν απροσανατόλιστους και συγχυτικούς ασθενείς, επομένως χρησιμοποιούσαν περιοριστικά μέτρα (φυσικά ή χημικά) θεωρώντας τα ως μέτρα ασφάλειας για τον ασθενή. Οι συνήθεις διεργασίες που γίνονται πρώτες είναι αυτές που η μη ολοκλήρωση τους θα έχει άμεση αρνητική επίπτωση στη σωματική υγεία του ασθενή, όπως η χορήγηση θεραπείας και η αλλαγή τραυμάτων (Bail, 2015).

Μέσα από τις ανασκοπήσεις εντοπίστηκαν αρκετές αιτίες που συμβάλουν στην αύξηση του φαινομένου των παραλείψεων. Στον πιο κάτω πίνακα φαίνονται οι αιτίες που επηρεάζουν το φαινόμενο των παραλείψεων.

Πίνακας 1. Αιτίες για παραλείψεις

Αιτίες	Συγγραφείς
Έλλειψη χρόνου	Tønnessen et al, 2011
Παροχή νοσηλευτικών πόρων, τα χαρακτηριστικά του κάθε νοσηλευτή και των ασθενών, το εργασιακό περιβάλλον, εργασιακό περιβάλλον	Schubert et al, 2007, 2010, Ball et al, 2016
Εργατικό δυναμικό, έλλειψη υλικών πόρων και προβλήματα επικοινωνίας	Kalisch et al, 2009, Blackman et al, 2015
Το είδος της βάρδιας, το φύλο, η ικανοποίηση, η πρόθεση να φύγει από τη δουλειά, η ηλικία, η περιοχή της δουλειάς, οι ώρες εργασίας, ο φόρτος και η ένταση εργασίας.	Blackman et al, 2015, Halvorsen et al, 2008

Το πρόβλημα των παραλείψεων επικεντρώνεται βέβαια στις επιπτώσεις οι οποίες φάνηκε ότι είναι πάρα πολλές, με τις πιο κύριες την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα φροντίδας (Schubert et al, 2007 Ausserhofer et al, 2013, 2014, Lucero, 2009). Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις επιπτώσεις των παραλείψεων, βάση των διεθνή μελετών.

Πίνακας 2. Επιπτώσεις παραλείψεων

Επιπτώσεις	Συγγραφείς
Πτώσεις, ακινησία, δύσπνοια, πόνος, ακράτεια	Schubert et al 2007, Lucero et al, 2010, Harwood et al, 2011, Kalisch et al, 2012
Αύξηση των κατακλίσεων και των ουρολοιμώξεων, πνευμονία, παραλήρημα	Schubert et al, 2010, Brown et al, 2012, Ball et al, 2016
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	Schubert et al, 2007,2010, Lucero et al, 2010
Υποσιτισμός ή αφυδάτωση	McWhirter &Pennington 1994, Skirbekk&Nortvedt 2011, Williams,2011
Λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή	Schubert et al, 2007, Lucero et al, 2010
Αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας	Schubert et al, 2007, Ball et al, 2018

Χαμηλοί δείκτες ποιότητας φροντίδας	Sochalski, 2004, Skirbekk&Nortvedt, 2011
Χαμηλοί δείκτες ικανοποίησης των ασθενών	Schubert et al, 2007

Ειδικεύοντας το θέμα στα κυπριακά δεδομένα τα θέμα ελκύει το ενδιαφέρον αρκετών ερευνητών. Ερευνητική ομάδα από την Κύπρο απέσπασε επιχορήγηση και προεδρεύει πλέον του διεθνούς προγράμματος RANCARE (http://www.cost.eu/COST_Actions/ca/CA15208), το οποίο πραγματεύεται το φαινόμενο των νοσηλευτικών παραλείψεων. Το πρόγραμμα αυτό έφερε σε επαφή ακαδημαϊκούς, κλινικούς νοσηλευτές, διευθυντές και υπεύθυνους χάραξης πολιτικών, προκειμένου να αναπτύξουν μια ερευνητική ατζέντα, η οποία θα αναγνωρίσει τις προκλήσεις και θα αναπτύξει πρακτικές για μείωση ή και εξάλειψη του φαινομένου, ούτως ώστε να ικανοποιούνται ποιοτικότερα οι ανάγκες των ασθενών. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν 29 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Ελλάδα, Βέλγιο, Βοσνία και Ερζεγοβίνη, Κροατία, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Λιθουανία, Λετονία, Ολλανδία, Νότια Μακεδονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ισπανία, Σουηδία, Τουρκία, Αγγλία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ισραήλ), ενώ συμμετέχουν παράλληλα και ακαδημαϊκοί εκτός Ευρώπης (ΗΠΑ, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία, Καναδά).

Συνολικά έχουν διεξαχθεί τρεις έρευνες στην Κύπρο. Η πρώτη (Papastavrou et al, 2014), είχε ποσοτικό σχεδιασμό, με σκοπό να διερευνήσει εάν η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με τις αναφερόμενες από τους νοσηλευτές παραλείψεις και τις αντιλήψεις τους σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον. Η μεθοδολογία της μελέτης ήταν περιγραφική μελέτη συσχέτισης και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παραλείψεις φροντίδας και το εργασιακό περιβάλλον είχαν σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών.

Η δεύτερη (Papastavrou et al, 2014), με ποιοτικό σχεδιασμό, διερεύνησε μέσω ομάδων εστίασης νοσηλευτών τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις τους σχετικά με το φαινόμενο των παραλείψεων. Οι συγγραφείς κατέληξαν σε τέσσερις θεματικές 1) οι προτεραιότητες στην παροχή φροντίδας, β) οι επαγγελματικοί ρόλοι, οι ευθύνες και οι συγκρούσεις ρόλων, γ) οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, που επηρεάζουν τις παραλείψεις και δ) τα αποτελέσματα των παραλείψεων. Η μελέτη έδειξε ότι η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας πλαισιώνεται από το βιοϊατρικό ήθος και τη διαπροσωπική

σύγκρουση ρόλων, ενώ η βασική φροντίδα τίθεται σε κίνδυνο. Οι οργανωτικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται ότι ασκούν σημαντική επιρροή στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η αποτυχία εκτέλεσης των απαραίτητων νοσηλευτικών καθηκόντων, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα για τους ασθενείς, συγκρούσεις ρόλων και ηθική επιβάρυνση για τους νοσηλευτές.

Η τρίτη μελέτη (Vryonides et al, 2018) ήταν περιγραφική έρευνα συσχέτισης με σκοπό να περιγράψει τους τύπους του ηθικού κλίματος σε μονάδα φροντίδας ασθενών με καρκίνο και να τους συσχετίσει με τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Αναγνωρίστηκαν διάφοροι τύποι ηθικού κλίματος, όπου φάνηκε ότι στις περιπτώσεις κατά τις οποίες επικρατεί ένα κλίμα φροντίδας, οι παραλείψεις γίνονται σε μικρότερο βαθμό, αλλά το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης λόγω του ότι δεν υπάρχουν άλλες παρόμοιες μελέτες που να εξηγούν καλύτερα το θέμα αυτό.

2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με τις Παραλείψεις της φροντίδας όσον αφορά στα ηλικιωμένα άτομα και τους ασθενείς με άνοια

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει σε ποιους τομείς παρατηρήθηκαν παραλείψεις φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα, ειδικότερα στα άτομα με άνοια και τους παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση του φαινομένου των νοσηλευτικών παραλείψεων.

2.4.1. Ανισότητες στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων

Σε όλη την ευρωπαϊκή περιφέρεια το σοκ της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης οδήγησε σε μείωση 3,3% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) ανά άτομο (WHO, 2014) γεγονός το οποίο αυξάνει την ανησυχία (WHO, 2015) ότι οι ηλικιωμένοι θα γίνουν θύματα διάκρισης στον τομέα των παραλείψεων στις υπηρεσίες υγείας (Ryynanen et al, 1997, Dale et al, 2003, Førde et al, 2006, Halvorsen et al 2008). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παραμέλησης στα νοσοκομεία αυξημένης φροντίδας και το πρόβλημα περιπλέκεται περισσότερο λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο συννοσηρότητας και δυνητικού κινδύνου (Mendelsohn et al, 1995, Ryynanen et al, 1997, Lameing et al, 2000, Dale, 2003, Penson et al, 2004, Collinson et al, 2005). Η χαμηλή προτεραιότητα στην ικανοποίηση των

ψυχολογικών και φυσικών αναγκών, της αποκατάστασης, της διατροφής και της επικοινωνίας είναι σημαντικά παραδείγματα της τάσης για ιεράρχηση νοσηλευτικών διεργασιών. Οι εκθέσεις που να δείχνουν διάκριση είναι σπάνιες, παρόλα αυτά υπάρχουν μελέτες που τονίζουν τη συγκεκριμένη διάκριση λόγω ηλικίας (Arnesen et al, 2001, Yang et al, 2004, Melber et al, 2005). Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης, περισσότερων αναπηριών και υψηλότερων ποσοστών θνησιμότητας (Mukamad et al, 2011), ενώ οι έρευνες που μελέτησαν τη νοσηλευτική φροντίδα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι γίνονται θύματα παραμέλησης, αφού οι ανάγκες τους θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας, ειδικά σε περίπλοκα περιβάλλοντα φροντίδας, όπως είναι τα νοσοκομεία (Suhonen et al, 2018).

Οι Skirbekk & Nortvedt 2011, διεξήγαγαν μία ποιοτική μελέτη με ομάδες εστίασης και συνεντεύξεις, με σκοπό να ερευνήσουν τη σύγκρουση μεταξύ της φροντίδας ηλικιωμένων και ηθικών διλημάτων, σε 21 επαγγελματίες υγείας. Στα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι υπερίσχυε η αρχή « της διαφοράς για τον ασθενή», έτσι χρόνια περιστατικά και ηλικιωμένοι, οι οποίοι δεν είχαν εμφανή και άμεσα αποτελέσματα από την θεραπεία, συχνά περιθωριοποιούνταν από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η εστίαση στην ιατρική αντικειμενικότητα και αμεροληψία, είναι σαφώς ορθολογική και νόμιμη, αλλά οι συνέπειες μπορεί να είναι ανεπιθύμητες. Από αυτό προκύπτει η άποψη ότι οι ασθενείς με τις πιο σοβαρές και έντονες ανάγκες, βάση του βιοϊατρικού μοντέλου, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτοι και οι ασθενείς με λιγότερο σοβαρές και έντονες ανάγκες, αλλά ίσως με σοβαρότερες ανάγκες φροντίδας, θα πρέπει να περιμένουν (Skirbekk & Nortvedt 2011). Η μελέτη αυτή εντόπισε επίσης ότι οι ασθενείς με οξείες νόσους είχαν προτεραιότητα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους (Skirbekk & Nortvedt 2011). Άλλες μελέτες εντόπισαν ότι χειρουργημένοι ασθενείς είχαν προτεραιότητα σε σχέση με χρόνια περιστατικά, όπως ο καρκίνος (Bentzen et al., 2013, Skirbekk and Nortvedt, 2014). Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις ότι στους απαιτητικούς ή τους VIP ασθενείς, ή τους ασθενείς για τους οποίους ενδιαφέρεται ιδιαίτερα η οικογένεια τους, δίνεται μεγαλύτερη προτεραιότητα (Rooddehghan et al, 2016, Suhonen et al, 2018).

Επίσης σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού φάνηκε μέσα από έρευνες ότι οι γιατροί δεν προχωρούν σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου σε ηλικιωμένους στην ίδια συχνότητα με νεότερους ασθενείς (Attul et al, 2001). Επιπλέον, οι καρδιολογικές ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις λόγω χάρη η κάρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση δεν γίνεται στους ηλικιωμένους, καθώς επίσης ούτε οι διαγνωστικές

εξετάσεις (Wilson et al, 2004). Άλλοι τομείς που εντοπίστηκε διάκριση από τους γιατρούς σε αυτήν την ευάλωτη ομάδα ασθενών, ήταν για την καθοδήγηση σωστής περιποίησης στόματος (Marshall et al, 2013), η οδοντιατρική περίθαλψη και την φτωχή παροχή υπηρεσιών (Giunmarra et al, 2007), ενώ παράλληλα φάνηκε ότι δεν είναι δέκτες ανακουφιστικής φροντίδας όπως άλλες ομάδες ασθενών (Duggleby et al, 2006). Επίσης μεταξύ ηλικιωμένων δεν κυριαρχεί η αρχή της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Joyce et al, 2000, Tu et al, 2002, Oliver et al, 2007, Nguyen 2012, Miller et al, 2014) και εξαιρούνται από δοκιμές φαρμάκων ή αποφάσεις για τη θεραπεία (Hubbard et al, 2013) με απόρροια να λαμβάνουν υπεράριθμα φάρμακα και να έχουν περισσότερες φαρμακευτικές επιπλοκές (Hubbard et al, 2013). Τέλος, έχουν καταγραφεί ακατάλληλες συνταγογραφήσεις (Poudel et al, 2013) για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για λανθασμένες διαγνώσεις, περισσότερες αναπηρίες και ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Byrd et al, 2007). Οι διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης, την επικράτηση, τη θνησιμότητα και το βάρος της νόσου μεταξύ των ηλικιωμένων δείχνουν ότι οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη συναντώνται σταθερά σε διάφορα επίπεδα (Jett, 2006).

Η έλλειψη επαρκούς φροντίδας, η εισαγωγή τους σε οίκους ευγηρίας, η επικοινωνία, η φυσιοθεραπεία και ο χρόνος για σωματική άσκηση, η βασική νοσηλευτική φροντίδα, όπως η κινητοποίηση, η φροντίδα τραυμάτων και η σίτιση συχνά παραμελούνται από τους νοσηλευτές για τους ηλικιωμένους. Ως εκ τούτου, υπάρχουν σαφή εμπειρικά στοιχεία που δείχνουν ότι η ποιότητα της ατομικής φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο. Επιπλέον, η έλλειψη των σχετιζόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ταλαιπωρία για τον ασθενή (Skirbekk & Nortvedt 2011). Επιπλέον, αφού η ηλικία του ασθενή φάνηκε να αποτελεί παράγοντα για αύξηση του φαινομένου των παραλείψεων, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ενδεχομένως να περιθωριοποιούνται και να αποτελούν δέκτες λιγότερης ποιότητας φροντίδας, άρα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για παράλειψη φροντίδας.

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι στους τομείς της διάκρισης τοποθετείται και η παρακράτηση ή απόσυρση της θεραπείας (Pereira et al, 2015). Οι πιο συχνές θεραπείες που αποσύρονταν ή παρακρατούνταν ήταν η φαρμακευτική αγωγή, η τεχνητή σίτιση και ενυδάτωση. Η παρατεταμένη θεραπεία γίνεται σε περισσότερους ηλικιωμένους από ότι νεότερους. Η διάκριση επηρεάζεται σημαντικά από αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα,

(πχ. άνοια) άρα πιθανόν να επηρεάζεται και η κλινική απόφαση του γιατρού για θεραπεία (Smedley et al, 2001 ,Dovidio et al, 2008, Chapman et al, 2013).

2.4.2. Παράγοντες για περισσότερες νοσηλευτικές παραλείψεις στους ηλικιωμένους

Πέρα από τη διάκριση η οποία γίνεται με βάση την ηλικία όσον αφορά την κατανομή των πόρων για την υγεία, η ηλικία ενδέχεται να αποτελεί παράγοντα για περισσότερες νοσηλευτικές παραλείψεις, ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με συννοσηρότητες και τις περίπλοκες ανάγκες φροντίδας που έχει ο συγκεκριμένος πληθυσμός (Nortvedt et al,2008). Άλλοι παράγοντες που σημειώνουν άνοδο στο φαινόμενο των παραλείψεων είναι η έλλειψη χρόνου, πόρων, η γραφειοκρατία, οι οργανωτικές ρυθμίσεις, καθώς επίσης και η έλλειψη συνειδητοποίησης και προσπάθειας εκ μέρους των νοσηλευτών για διάφορες ανακουφιστικές παρεμβάσεις όπως είναι η ενεργητική ακρόαση του ηλικιωμένου πληθυσμού αλλά και άλλες, προκειμένου να προάγουν την αξιοπρέπεια τους (Nortvedt et al,2008).

Μία ποιοτική μελέτη (Slettebo et al, 2010), ερεύνησε τους παράγοντες καθορισμού των κλινικών προτεραιοτήτων, με δείγμα 13 γιατρούς και νοσηλευτές σε 6 οίκους ευγηρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε ιεράρχηση όχι μόνο στην φροντίδα, αλλά και στα ηθικά διλήμματα, καθώς επίσης και στις αποφάσεις. Εστιάζοντας στους παράγοντες που καθορίζουν τις προτεραιότητες των νοσηλευτών φάνηκε να ήταν η ηλικία (όσο μεγαλύτερη τόσο λιγότερη φροντίδα), η κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου (σε πιο οξείες καταστάσεις δινόταν περισσότερη έμφαση, ενώ παρατηρήθηκε πλήρης παραμέληση των ψυχοσυναισθηματικών αναγκών, όπως και η ανακουφιστική φροντίδα), η παρουσία συγγενή ή έντονα παράπονα από τον ίδιο τον ασθενή. Σε ευρύτερο πλαίσιο οι ηθικές αξίες της ισότητας, της δικαιοσύνης και της καλοσύνης περιγράφηκαν ως παράγοντες που επηρεάζουν τον καθορισμό προτεραιοτήτων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μέσω της έρευνας, φάνηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να μιλήσουν ή έχουν νοητική έκπτωση βρίσκονται σε μεγάλο ρίσκο για παραμέληση.

2.4.3. Διακρίσεις προς τους ασθενείς με άνοια

Εξειδικεύοντας το θέμα των παραλείψεων ως προς τους ασθενείς με άνοια, έχουν διεξαχθεί κάποιες μελέτες, που αφορούσαν κυρίως τις ιατρικές πράξεις (Trusda et al, 2012, Laughlin et al, 2015). Στην περίπτωση των ασθενών με άνοια, όπου η ανταπόκριση τους στην θεραπεία δεν θα είναι άμεση και εμφανής, λόγω συννοσηρότητας ή λόγω επικοινωνιακών δυσκολιών ο επαγγελματίας υγείας ενδεχομένως να προτιμήσει να προβεί σε μία παρέμβαση προς τον ασθενή, όπου τα οφέλη θα ευδοκιμήσουν το συντομότερο δυνατό. Συγκεκριμένα αρκετές έρευνες έχουν δείξει την περιθωριοποίηση των ασθενών με άνοια ως προς την χειρουργική αποκατάσταση της υγείας τους, την αντικατάσταση της επέμβασης με συντηρητικές μεθόδους ή συνεχόμενες αναβολές του χειρουργείου από μέρους των χειρουργών και των ορθοπεδικών (Trusda et al, 2012, Laughlin et al, 2015). Σε μια έρευνα στον Καναδά φάνηκε ότι η ηλικία δεν αποτελούσε το καθοριστικό κριτήριο για έναρξη αιμοκάθαρσης, αλλά η συννοσηρότητα και η λειτουργική κατάσταση, δρούσαν σαν αρωγοί (Chanda et al, 1999). Γενικότερα, στον τομέα της ιατρικής το θέμα των διακρίσεων έχει διερευνηθεί αρκετά. Σε ανάλυση του ο Graham, 2004, υποστήριξε ότι υπάρχει σαφής διάκριση έναντι στα άτομα με άνοια, για το ενδεχόμενο χειρουργικής αποκατάστασης ισχίου.

Άλλη έρευνα (Hynninen et al, 2014) με ποιοτικό σχεδιασμό μελέτησε την φροντίδα ασθενών με άνοια σε χειρουργικά τμήματα και τα ευρήματα της έδειξαν ότι οι νοσηλευτές θεωρούν την φροντίδα των ατόμων αυτών σωματικά και ψυχικά απαιτητική. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στους χειρουργούς όπου, όταν ένας ασθενής έχρηζε χειρουργικής επέμβασης η συνεργασία του ασθενή επηρέαζε την απόφαση τους για την εφαρμογή της ή όχι. Συγκεκριμένα αν ο ασθενής δεν συνεργαζόταν χρησιμοποιούσαν άλλες εναλλακτικές μεθόδους, όπως οι μικρό-επεμβάσεις, χωρίς να αντιμετωπίζουν ουσιαστικά το πρόβλημα.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι ασθενείς με άνοια χαρακτηρίζονται ως μία «ευάλωτη» ομάδα, λόγω της πολυπλοκότητας της φύσης της ασθένειας, οπότε πιθανόν να βρίσκονται σε ρίσκο για κακομεταχείριση ή παραμέληση. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, 2016, η έννοια της «κακομεταχείρισης» στα πλαίσια της τρίτης ηλικίας, ορίζεται ως «η μόνη ή επαναλαμβανόμενη πράξη, ή η έλλειψη της κατάλληλης δράσης, που προκύπτει σε οποιαδήποτε σχέση, όπου υπάρχει η προσδοκία της εμπιστοσύνης η οποία προκαλεί βλάβη ή κίνδυνο για το ηλικιωμένο άτομο». Ο ΠΟΥ, 2002, επίσης αναγνώρισε πέντε είδη

κακομεταχείρισης τα οποία χωρίζονται σε φυσική (πρόκληση πόνου), σε συναισθηματική ή ψυχολογική (πρόκληση ψυχικής οδύνης), σε οικονομική ή υλική (η παράνομη καταχρηστική εκμετάλλευση), σε σεξουαλική (μη θεληματική σεξουαλική επαφή) και σε παραμέληση (η άρνηση ή αποτυχία να ολοκληρωθεί μια παρέμβαση φροντίδας είτε συνειδητά είτε άθελα).

Οι Dong et al, 2014, σε βιβλιογραφική συστηματική ανασκόπηση τους, μελετώντας την κακομεταχείριση σε ασθενείς με άνοια, βρήκαν ότι η ψυχολογική κακοποίηση είναι η πιο συχνή με ποσοστά 27.9%-63.3%. Η σωματική κακοποίηση παρατηρήθηκε σε 3.5%-23.1%, μεταξύ των ασθενών, ενώ συσχέτισαν επίσης την ταυτόχρονη κακοποίηση πολλών μορφών και έδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από αυτήν και την αυτό-παραμέληση, στα άτομα με γνωστική έκπτωση. Σύμφωνα με τους (Donovan & Regehr, 2017) η κακοποίηση έχει διαχωριστεί σε διάφορες μορφές. Η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως η πρόκληση σωματικού πόνου ή τραυματισμού, σωματικό εξαναγκασμό ή περιορισμό, που προκαλείται από φάρμακα. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι η μη συναινετική σεξουαλική επαφή οποιουδήποτε είδους με ένα ηλικιωμένο άτομο, το οποίο είναι ανίκανο να δώσει τη συγκατάθεσή του. Η ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση είναι η πρόκληση της ψυχικής αγωνίας, του πόνου ή του άγχους ενός ηλικιωμένου, ως αποτέλεσμα λεκτικών ή μη λεκτικών δράσεων. Οικονομική ή υλική εκμετάλλευση είναι η παράνομη ή ανάρμοστη χρήση πόρων ενός ηλικιωμένου ατόμου, ενώ η εγκατάλειψη ορίζεται ως η εγκατάλειψη ενός ηλικιωμένου από τον φροντιστή που είχε αναλάβει τη επιμέλεια του πρεσβύτερου. Η παραμέληση είναι η άρνηση ή αδυναμία εκπλήρωσης της φροντίδας και παροχή των αναγκαίων σε ένα ηλικιωμένο άτομο, που ενδέχεται ή όχι σκόπιμα να προκαλέσει φυσική ή συναισθηματική φόρτιση στον ηλικιωμένο.

Η Manthorpe, 2015, υποστήριξε σε έρευνα της ότι υπολογίζονται περίπου 150 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις παραμέλησης ή κακοποίησης ατόμων με άνοια στα νοσοκομεία να έχουν διεξαχθεί στην Αγγλία, αλλά παρόλα αυτά καμία δεν έχει δημοσιοποιηθεί. Γενικότερα, δεν υπάρχει μία αποδεκτή βάση δεδομένων σχετικά με το θέμα, σε διεθνές επίπεδο, διαθέσιμο, κατάλληλο για δευτεροβάθμια ανάλυση που να καλύπτει την κακομεταχείριση, την παραμέληση και την κακοποίηση των ευάλωτων ομάδων ασθενών, εντός των νοσηλευτηρίων και των οίκων ευγηρίας και ως εκ τούτου, δεδομένα σχετικά με ασθενείς με άνοια ή γνωστική έκπτωση αποκρύπτονται (Manthorpe, 2015). Τα άτομα αυτά βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για

κακομεταχείριση από τον γενικότερο ηλικιωμένο πληθυσμό (Bonnie et al, 2003), παρόλο που δεν έχουν δημοσιευθεί έρευνες εστιαζόμενες στον πληθυσμό αυτό (Ziminski et al, 2012).

Οι Eriksson et al, 2002, μελέτησαν της βιωμένες εμπειρίες 12 νοσηλευτών σε νοσηλευτήρια με ασθενείς, που έπασχαν από άνοια. Η έλλειψη χρόνου περιγράφηκε ως ο κύριος λόγος που παραμελούνται οι ανάγκες των ασθενών αυτών, καθώς επίσης η μη συνεργάσιμη συμπεριφορά των ασθενών σε συνδυασμό με τα ηθικά ζητήματα που τίθενται, για αυτή την ομάδα ασθενών και η ελλιπής ιατρική οργάνωση φροντίδας. Επίσης, οι ψηλές δόσεις υπνωτικών και κατασταλτικών φαρμάκων που συνταγογράφονταν σε ασθενείς με άνοια και οι δυσκολίες έκφρασης των αναγκών τους, δημιουργούσαν στους νοσηλευτές αισθήματα ανασφάλειας και καταπάτησης της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας τους. Με τις επικοινωνιακές δυσκολίες επίσης, η ύπαρξη και ο εντοπισμός του πόνου σε αυτούς τους ασθενείς ήταν ανέφικτος, με απόρροια να προκαλείται στους νοσηλευτές το αίσθημα αποτυχίας εκτέλεσης έργου και απογοήτευσης. Η έλλειψη χρόνου φροντίδας ενδυνάμωσε το αίσθημα αδυναμίας των νοσηλευτών ως προς την μεταχείριση των ατόμων με άνοια, καθώς δεν υπήρχε αρκετός χρόνος να γνωρίσουν αρκετά τον ασθενή, ούτως ώστε να μπορούν να καταλαβαίνουν τις ανάγκες του και να ερμηνεύουν σωστά τα σημάδια μη λεκτικής επικοινωνίας. Επιπλέον, οι προβληματικές κτιριακές καταστάσεις, από εργονομική σκοπιά, συνέβαλαν στη δυσκολία φιλοξενίας των ασθενών αυτών. Καταλήγοντας, οι νοσηλευτές οδηγήθηκαν συνειρμικά στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς αυτοί αρκετές φορές γίνονται δέκτες παραμέλησης και κακομεταχείρισης, εντός του νοσοκομειακού χώρου (Coyne et al, 1993, Saveman et al, 1999) ή όταν οι νοσηλευτές δέχονται βία από ασθενείς, αντιδρούν με τη σειρά τους επίσης με βία (Coyne et al, 1993). Αναφερόμενοι στο διαμοιρασμό χρόνου οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στην βασική φροντίδα ασθενή με άνοια, παρά σε άλλους ασθενείς. Μια πιθανή ερμηνεία σε αυτό ήταν οι δυσκολίες επικοινωνίας και ότι ο εργασιακός τους χρόνος βασιζόταν σε διαδικασίες ρουτίνας και όχι στις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών.

Η παράλειψη φροντίδας μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργική και γνωστική εξασθένηση του ασθενή, η οποία όμως είναι ένα προβλέψιμος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ή την αλληλουχία των επιπλοκών της σύνθεσης των ηλικιωμένων ασθενών (Parke et al, 2013). Έχει επίσης συσχετιστεί ότι η γρήγορη κινητοποίηση των ασθενών εντατικής μονάδας μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο ανάπτυξης γνωστικής έκπτωσης, υπό

τη μορφή του παραληρήματος (Schweickert et al, 2009). Ένα άλλο παράδειγμα πρόληψης της γνωστικής έκπτωσης σε μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, όπου η παρέμβαση ήταν οι νοσηλευτές να αφιερώνουν είκοσι λεπτά προσανατολισμένης επικοινωνίας με τους ασθενείς και η συζήτηση να περιλάμβανε πρόσφατα γεγονότα, ανάκληση παλιών γεγονότων και ενεργητική συμμετοχή των ασθενών, έδειξε ότι η γνωστική λειτουργία κατά την νοσηλεία βελτιώθηκε (Cheung et al, 2012). Τα άτομα με άνοια αντιμετωπίζουν επικοινωνιακές δυσκολίες και περισσότερη ευαισθησία στις περιβαλλοντικές αλλαγές, κάνοντας το νοσηλευτικό προσωπικό να προβαίνει σε πιο χρονοβόρες και απρόβλεπτες διαδικασίες (Parke et al, 2013). Ο χρόνος των διεργασιών και οι λιγότερο απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις έχουν συνδεθεί με την πιο συχνή μορφή παράλειψης (Borbassi et al, 2006, Skirbekk et al, 2014).

Οι Halvorsen et al, 2008, διεξήγαγαν ποιοτικής φύσης έρευνα, μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε πέντε γιατρούς και τέσσερις νοσηλευτές, με σκοπό να διερευνήσουν των καθορισμό προτεραιοτήτων στην αιμοκάθαρση και την φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών. Η σοβαρή γνωστική έκπτωση περιγράφηκε από τους νοσηλευτές ότι διευκόλυνε την δουλειά τους σε αποφάσεις που αφορούσαν την αναστολή ή απόσυρση της θεραπείας (Halvorsen et al, 2008, Pedersen et al, 2008). Θεώρησαν την γνωστική εξασθένηση σαν αντένδειξη για συνέχιση σε περισσότερες παρεμβατικές θεραπείας (πχ. αιμοδιάλυση), λόγω της έλλειψης της ικανότητας τους για συνεργασία. Ωστόσο, ο βαθμός νοητικής έκπτωσης που επηρέαζε την απόφαση τους, ποικίλει. Παρόλα αυτά κάποιοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι η κατάσταση των ασθενών αυτών καθιστά αναγκαία την ενδελεχή αξιολόγηση και τη στενή συνεργασία με τους συγγενείς των ασθενών.

Σε μια άλλη έρευνα με δείγμα 53 ασθενείς με γνωστική έκπτωση η οποία αφορούσε τα προβλήματα των ασθενών αυτών στα νοσοκομεία φάνηκε ότι το 81% των ασθενών αυτών σημείωσαν πτώσεις, το 73% ακινησία, το 54% υπόφεραν από τον πόνο, 46% είχαν ακράτεια και το 23% είχαν δύσπνοια (Harwood et al, 2011). Η έγκαιρη κινητοποίηση, η επικοινωνία, η φροντίδα στόματος και επιδερμίδας, η καλή ενυδάτωση και η σίτιση είναι η πιο συχνά παραλειπόμενες πτυχές της φροντίδας (Kalisch et al, 2009, 2012, Aiken et al, 2010, Ausserhofer et al, 2011, Papastavrou et al, 2012, Jones et al, 2015).

Οι Cohen-mansfield et al, 2016, σε έρευνα τους εντόπισαν ότι οι πιο συνηθισμένες ανάγκες που παρέμειναν ανικανοποίητες σε ασθενείς με άνοια ήταν η ανάγκη για κοινωνική αλληλεπίδραση και η ανάγκη για ουσιαστική απασχόληση. Η δυσφορία

συσχετίστηκε με την ύπαρξη πόνου και πιο συχνών περιστατικών επιθετικότητας ή σύγχυσης (Cohen-mansfield et al, 2016). Οι ανάγκες αυτές σύμφωνα με τους συγγραφείς (Cohen-mansfield et al, 2016) παρέμειναν ανικανοποίητες, λόγω της επικοινωνιακής δυσλειτουργίας των ασθενών, καθώς δεν μπορούσαν να εκφράσουν τις ανάγκες τους μέσω του προφορικού λόγου. Δεδομένης της επικοινωνιακής δυσκολίας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη ευάλωτη ομάδα των ασθενών με νοητική έκπτωση, ο νοσηλεύτης καλείται να αναγνωρίσει τις ανάγκες του ασθενή με μη λεκτική επικοινωνία.

Ένα άλλο στοιχείο που εντόπισε αναδρομική μελέτη (Fogg et al, 2017) είναι ότι οι ασθενείς με άνοια ή γνωστική έκπτωση διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο θνησιμότητας ή υποσιτισμού κατά την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο κατά 12% και 6% αντίστοιχα, από ότι ασθενείς χωρίς κάποια γνωστική δυσλειτουργία.

Τα άτομα με γνωστική έκπτωση, λόγω της φύσης της νόσου, έχουν περισσότερες πιθανότητες για δημιουργία τραυμάτων και λοιμώξεων, δεδομένων των συναφών συμπτωμάτων όπως η περιπλάνηση, τα συμπεριφορικά προβλήματα και έλλειψη κρίσης (Oleske et al, 1995). Οι Finkelsten et al, 2007, σε έρευνα τους υποστήριξαν ότι οι ασθενείς με γνωστική έκπτωση διατρέχουν 3 φορές περισσότερο κίνδυνο για πτώσεις και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με την ηλικία, εν συγκρίσει με τους ηλικιωμένους χωρίς γνωστική έκπτωση. Οι πτώσεις ήταν συχνότερες μεταξύ των ατόμων με γνωστική έκπτωση (11.1%) έναντι των ατόμων χωρίς (10.4%), με περισσότερες κακώσεις στον θώρακα και στην κοιλιακή χώρα, σε μελέτη των Ziminski et al, 2012. Οι Lim et al, 2014, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να πέσουν και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με την ηλικία σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους χωρίς γνωστική δυσλειτουργία. Οι πτώσεις ήταν πιο συχνές μεταξύ των ατόμων με γνωστικές διαταραχές (11,1%) από εκείνους χωρίς διαταραχές (10,4%) με περισσότερες θωρακικές και κοιλιακές βλάβες (Lim et al, 2014).

Κατά τη διάρκεια του 2015 καταγράφηκαν 6,834 πτώσεις στον ενδονοσοκομειακό χώρο από άτομα με άνοια (Alzheimer Society 2016). Κατά τη διάρκεια του 2009 η μη θεληματική πρόκληση κάκωσης ήταν η 7^η αιτία σχετιζόμενη με κακομεταχείριση ατόμων 65+ (CDC, 2009,2010). Σε έρευνα τους οι Guo et al, 1998, έδειξαν ότι οι ασθενείς με βαθμολογία στο Mini Mental Test 18/21 (ήπια νοητική έκπτωση) είχαν 2,04 σχετικό κίνδυνο για κάταγμα ισχίου, εν αντιθέσει με τους ασθενείς που το σκορ τους ήταν <18 (μέτρια-σοβαρή νοητική έκπτωση) με δείκτη σχετικότητας 2,09. Όσο αφορά

την άνοια 14% των ατόμων με άνοια έχουν νοσηλευτεί με κάταγμα ισχίου (Alzheimer Society, 2009), ενώ 23% των νοσηλευόμενων ασθενών με άνοια παρέμειναν σε νοσηλευτήριο μετά από πτώση εντός του νοσοκομειακού χώρου για 30 μέρες περισσότερο. Σύμφωνα με το Alzheimer Society, 2009, η κάθε μέρα νοσηλείας ενός ατόμου με άνοια, μετά από πτώση κοστολογείται \$323, ενώ συνολικά το ποσό ανέρχεται στα \$7,201 ανά μήνα νοσηλείας.

Η μελέτη του φαινομένου των νοσηλευτικών παραλείψεων, ειδικά για ασθενείς με άνοια, είναι ιδιαίτερης σημασίας, καθώς μέσα από μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση φάνηκε ότι είναι αυτοί οι οποίοι νοσηλεύονται μακροχρόνια, έχουν τον περισσότερο αριθμό επανεισαγωγών και καθυστερημένων εξιτηρίων και χρήζουν περισσότερης ώρας νοσηλευτικής φροντίδας (Mukamad et al, 2011, Bail et al, 2013). Επίσης μέσα από τις ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας δεν έχει εντοπιστεί κάποια μελέτη που να συσχέτισε το φαινόμενο των νοσηλευτικών παραλείψεων με αυτήν την ευάλωτη ομάδα ασθενών, παρόλο που χρήζει της δέουσας σημασίας.

2.5. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων οι οποίες αυξάνουν τις γνώσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την άνοια

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Enrripidou et al, 2017) συμπεριέλαβε επίσης τις παρεμβατικές μελέτες, οι οποίες φάνηκε ότι αποτελούνταν κυρίως από εκπαιδευτικά προγράμματα που είχαν ως στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και την ανάπτυξη θετικών στάσεων προς τους ασθενείς με άνοια. Ο σκοπός που διενεργήθηκε αυτή η ανασκόπηση ήταν για να εντοπίσει τα διαθέσιμα εκπαιδευτικά προγράμματα και να επιλεγεί το πρόγραμμα που θα ανταποκρινόταν καλύτερα στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης και θα είχε μεγαλύτερη ανταπόκριση και απήχηση μεταξύ των Κυπρίων νοσηλευτών.

Τα αποτελέσματα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων φαίνονται να είναι αρκετά ελπιδοφόρα. Πιο συγκεκριμένα, η ανασκόπηση έδειξε ότι οι παρεμβατικές μελέτες είχαν αρκετά καλό αντίκτυπο ως προς την θετικοποίηση των στάσεων, την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης και τον εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών για την φροντίδα της άνοιας (Galvin et al, 2010, Palmer et al, 2013, McCaffrey et al, 2013,

Elvish et al, 2014, Kang et al, 2016). Επιπλέον, οι τεχνικές διαχείρισης των συμπεριφορικών και άλλων προβλημάτων των ασθενών είχαν σημειώσει εμφανή βελτίωση (McCaffrey et al, 2013, Palmer et al 2013, Surr et al, 2015), ενώ παράλληλα αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την φροντίδα ασθενών με άνοια (Surr et al,2015), αφού εμπλουτίστηκε ο νοσηλευτικός ρόλος και ήταν σε θέση να αντιληφθούν την σημασία της διάδρασης με τους ασθενείς (Einang et al, 2011). Οι παρεμβατικές μελέτες περιλάμβαναν εκπαιδευτικά εργαστήρια, διαλέξεις και επιμορφωτικές ταινίες, όπου και φάνηκε η αύξηση των γνώσεων των νοσηλευτών αναφορικά με την αναγνώριση, την αξιολόγηση και την επικοινωνία με άτομα με άνοια, βελτιώνοντας έτσι το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, την ασφάλεια των ασθενών και την μεταχείριση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων (Galvin et al, 2010).

Στην βιβλιογραφία εντοπίστηκαν 10 εκπαιδευτικά προγράμματα (Bryans et al, 2003, Manthorpe et al, 2003, Davison et al, 2007, Galvin et al, 2010, Einang et al, 2011, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2013, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015, Kimzey et al, 2016, Kang et al, 2016), με διάφορους τρόπους μάθησης. Οι πιο πολλοί ερευνητές πρόσφεραν προγράμματα εκπαίδευσης για τη φροντίδα ασθενών με άνοια μέσω μορφής σεμιναρίων (Davison et al, 2007, Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2013, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015). Η διάρκεια των σεμιναρίων ποικιλομορφούσε από 7 ώρες (Galvin et al, 2010, Elvish et al, 2014), 1 ημέρα (Davison et al, 2007, Palmer et al, 2013), 3,5 μέρες (Surr et al, 2015), μέχρι 15 εβδομάδες (McCaffrey et al, 2013). Άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν την μορφή των εργαστηρίων, διάρκειας 1 ημέρας (Manthorpe et al, 2003, Kang et al, 2015), ενώ μία ερευνητική ομάδα χρησιμοποίησε αντίστοιχα διαδικτυακό μονοήμερο σεμινάριο (Kimzey et al, 2016) και προβολή βίντεο σε διάρκεια μίας ημέρας (Einang et al, 2011).

Η πλειοψηφία των μελετών χρησιμοποίησε δείγμα ευκολίας, ενώ μία χρησιμοποίησε τυχαίοτητα για την επιλογή των μονάδων φροντίδας που θα συμμετείχαν στη μελέτη (Bryans et al, 2003) και δύο μελέτες χρησιμοποίησαν ομάδα ελέγχου (Davison et al, 2007, McCaffrey et al, 2013). Τέσσερις μελέτες (Davison et al, 2007, Galvin et al, 2010, Palmer et al, 2014, Surr et al, 2015) έκαναν 3 μετρήσεις (πριν, μετά και 3 μήνες μετά), προκειμένου να αξιολογήσουν τη χρονική διάρκεια στις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών όσο αφορά την άνοια. Οι υπόλοιπες μελέτες είχαν μετρήσεις μόνο μετά την παρέμβαση. Η επίδραση της παρέμβασης ως προς τις δύο μεταβλητές μετρήθηκε 3 μήνες μετά (Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2014, Surr et al,

2015), έξι μήνες μετά (Davison et al, 2007) ή την ίδια μέρα (Bryans et al, 2003, Manthorpe et al, 2003, Einang et al, 2011, Elvish et al, 2014), στις μελέτες όπου η μέτρηση έγινε μετά την παρέμβαση.

Στην έρευνα των Palmer et al, 2014, τα θετικά αποτελέσματα της εκπαίδευσης για τις στάσεις παρέμειναν ψηλά μέχρι και 3 μήνες μετά, ωστόσο κατά την τελευταία μέτρηση η βαθμολογία σημείωσε χαμηλότερες σωστές απαντήσεις από τη δεύτερη μέτρηση, στις ερωτήσεις που διερευνούσαν κατά πόσο οι ασθενείς με άνοια χρειάζονται διαφορετική φροντίδα από τους ασθενείς χωρίς άνοια. Η αυτοπεποίθηση παρέμεινε σε ψηλά επίπεδα, ενώ οι γνώσεις είχαν αυξηθεί κατά τη δεύτερη μέτρηση και παρέμειναν σε αυτό το επίπεδο μέχρι 3 μήνες μετά την παρέμβαση. Η μελέτη των Galvin et al, 2010, έδειξε θετικά αποτελέσματα στην μέτρηση αμέσως μετά τη λήξη της εκπαιδευτικής παρέμβασης, τα οποία όμως δεν διατηρήθηκαν σε βάθος χρόνου. Κατά τη δεύτερη μέτρηση είχαν αυξηθεί η αυτοπεποίθηση και οι γνώσεις των νοσηλευτών στην αναγνώριση, τη διαχείριση και την αξιολόγηση της άνοιας, όμως 3 μήνες μετά οι μισοί από τους συμμετέχοντες φάνηκαν να είχαν χαμηλότερα επίπεδα τόσο στις γνώσεις όσο και στις στάσεις σε σχέση με τη δεύτερη μέτρηση. Απεναντίας, η έρευνα των Davison et al, 2007, διατήρησε τα ψηλά επίπεδα γνώσεων και στάσεων, που είχαν αποκτηθεί μετά το πέρας της παρέμβασης, μέχρι και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίστηκαν και στη μελέτη των Surr et al, 2015, που είχαν αξιολογήσει μόνο τη μεταβλητή των στάσεων, όπου και εντοπίστηκε βελτίωση, η οποία παρέμεινε θετική μέχρι και 3 μήνες μετά. Η έρευνα των McCaffrey et al, 2013, διατήρησε τα ψηλά επίπεδα γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών, που εντοπίστηκαν μετά την παρέμβαση, μέχρι και 3 μήνες μετά, με αξιοσημείωτα σημεία βελτίωσης της διεπαγγελματικής ομαδικής εργασίας.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα φάνηκε ότι ενισχύουν σημαντικά τις γνώσεις, τις στάσεις και την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών κατά την παροχή φροντίδας σε άτομα με άνοια (Kang et al, 2016, Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Elvish et al, 2014, Palmer et al, 2014, Surr et al, 2015). Οι στάσεις σημείωσαν θετική αλλαγή καθώς οι νοσηλευτές πίστευαν ότι το πρόγραμμα προήγαγε το επίπεδο των γνώσεων τους (Kang et al, 2016). Οι στάσεις και οι πρακτικές τους σημείωσαν εμφανή βελτίωση, ενώ η θετική τους στάση, είχε αντανάκλαση στην παρεχόμενη φροντίδα (McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2014, Surr et al, 2015).

Συνολικά, το επίπεδο γνώσεων είχε σημειώσει σημαντική άνοδο, ενώ οι στάσεις είχαν βελτιωθεί, μετά την εφαρμογή της παρέμβασης. Επιπλέον, εάν η εκπαίδευση περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμπτωματολογία της νόσου και των προβλημάτων του ασθενή, αλλά και τη διαχείριση του στρες που βιώνουν οι ίδιοι νοσηλευτές κατά την επαφή τους με τα άτομα αυτά (Bryans et al, 2003) οι παράγοντες που επηρέαζαν τις δύο μεταβλητές (γνώσεις και στάσεις) μπορεί να μην είναι πια σημαντικοί στη διαμόρφωση τους (Fessey, 2007, Kada et al, 2009, Elvish et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014). Ιδιαίτερα όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών προς τους ηλικιωμένους οι παράγοντες που τις επηρεάζουν είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η κατάσταση της υγείας του ασθενή, το εργασιακό περιβάλλον, η διάρκεια και ο τύπος αλληλεπίδρασης με το άτομο με άνοια (Kang et al, 2011). Καθώς οι υπόλοιποι παράγοντες (πχ. δημογραφικοί) δεν δύναται να αλλάξουν, είναι ενδιαφέρον να εντοπιστεί η επίδραση που έχει ο παράγοντας της εκπαίδευσης στη διαμόρφωση των στάσεων. Όπως φάνηκε από τις προαναφερόμενες μελέτες, η εκπαίδευση έχει ουσιαστική επίδραση, καθώς σε όλες τις παρεμβατικές μελέτες (Manthorpe et al, 2003, Davison et al, 2007, Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2013, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015, Kimzey et al, 2016, Kang et al, 2016), εντοπίστηκαν βελτιωμένα επίπεδα στις μετρήσεις που έγιναν αμέσως μετά την λήξη της παρέμβασης.

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν καλή διάρκεια μέσα στο χρόνο, αφού οι μελέτες αυτές έδειξαν σημαντικές διαφορές στις στάσεις πριν από το πρόγραμμα εκπαίδευσης ($M=4.21$, $SD=0.29$ Surr et al, 2015, $M=2.59$, $SD=0.44$ Palmer et al, 2013, $M=20.28$, $SD=6.67$ Davison et al, 2007) ή μετά από 4 μήνες ($M=4.57$, $SD=0.21$, $p<0.001$, Surr et al, 2015, $M=3.54$ $SD=0.43$ Palmer et al, 2013) ή ακόμη και μετά από 6 μήνες ($M=28.83$, $SD=5.34$ $F(1, 61) = 5.07$, $p<0.05$, Davison et al, 2007) μετά την παρέμβαση. Βέβαια, τα αποτελέσματα αυτά εξαρτώνται άμεσα από το είδος της παρέμβασης ή τη μορφή του σεμιναρίου, καθώς όπως έχουμε δει πιο πάνω δεν είχαν όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα διάρκεια των αποτελεσμάτων. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν να έχουν κερδίσει σημαντικά στοιχεία για προαγωγή του γνωσιολογικού τους υπόβαθρου, ειδικότερα στους τομείς της αξιολόγησης, της διαχείρισης των συμπτωμάτων και της επικοινωνίας με τα άτομα αυτά (83% $n=540$) (Galvin et al, 2010). Οι νοσηλευτές θεώρησαν αυτά τα στοιχεία ως βάση για να αυξήσουν την συνεισφορά τους στη βελτίωση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, της ασφάλειας και τη διαχείριση συμπεριφορικών χαρακτηριστικών των ασθενών (Galvin et al, 2010).

Συνολικά παρατηρείται μια ποικιλία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους νοσηλευτές στην φροντίδα της άνοιας, καθώς δεν βρέθηκε κάποιο πρόγραμμα που να έχει επαρκώς τεκμηριωθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του, με αποτέλεσμα η κάθε ερευνητική ομάδα να δημιουργεί το δικό της πρόγραμμα για τον σκοπό της εκάστοτε έρευνας.

Στην Κύπρο τα τελευταία πέντε χρόνια προσφέρεται από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, μάθημα επιλογής σχετικά με την άνοια, το οποίο απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και σε τριτοετείς φοιτητές της Νοσηλευτικής. Προσφέρθηκαν επίσης δύο σειρές σεμιναρίων προς το ευρύ κοινό κατά τα έτη 2016 και 2017, στα οποία συμμετείχαν οικογενειακοί φροντιστές.

2.6. Η ηθική προσέγγιση των νοσηλευτικών παραλείψεων

Το φαινόμενο των παραλείψεων δημιουργεί υπόνοιες για άδικη μεταχείριση των ατόμων (Holtz-Eakin et al, 2010) τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες (Singer, 2009). Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας επί του θέματος δίστανται. Ενώ κάποιοι υποστηρίζουν σθεναρά ότι δεν τίθεται θέμα προτεραιοτήτων και παράλειψης ικανοποίησης αναγκών (Sulmasy, 1992, Angell, 1993, Stretch, 2013), καθώς αποτελεί επαγγελματική υποχρέωση τους η δίκαια μεταχείριση των ασθενών, άλλοι παραδέχονται ότι το φαινόμενο της κατανομής φροντίδας και των παραλείψεων δημιουργεί ηθικούς περιορισμούς και προβληματισμό όσον αφορά στα καθήκοντα τους ως επαγγελματίες υγείας (Sinuff et al, 2004, Hurst et al, 2006, Ball et al, 2016).

Κάθε απόφαση για παράλειψη μπορεί να είναι ηθικά ή ιατρικά δικαιολογημένη ή μη, και περισσότερο ή λιγότερο επιβλαβής για τον ασθενή (Magelssen et al, 2016) ενώ στα ψηλότερα επίπεδα λήψεως αποφάσεων, το θέμα είναι περισσότερο ξεκάθαρο αφού καθορίζεται από τα συστήματα υγείας της χώρας και τις υπάρχουσες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες συνήθως περιλαμβάνουν κάποια μορφή παράλειψης. Το πρόβλημα προκύπτει στο μικρο-επίπεδο όπου στο οποίο έχουν διατυπωθεί ανησυχίες ότι η εγγύτητα και οι ηθικές προσεγγίσεις της φροντίδας είναι ακατάλληλες για να παρέχουν ένα ηθικό πλαίσιο, λόγω της έλλειψης πόρων για ορθολογιστική ανάλυση της έννοιας της «δικαιοσύνης» και της «παράλειψης» (Nortved & Nordhaug, 2008).

2.6.1. Αρχή της ισότητας και της δικαιοσύνης

Βλέποντας το θέμα των παραλείψεων στον τομέα της νοσηλευτικής η ισότητα παρουσιάζεται μέσω μιας πληθώρας μορφών ηθικών και δεοντολογικών εντολών. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία (Suhonen et al, 2018, Papastavrou et al, 2019) μας δείχνει ότι η δίκαιη μεταχείριση ασθενών αφορά μια έντονη αίσθηση της ισότητας η οποία περιλαμβάνει υποκειμενικές αντιλήψεις και κρίσεις σχετικά με την κατανομή φροντίδας. Η έννοια της ισότητας είναι στενά συνδεδεμένη με τις έννοιες της δικαιοσύνης, της αμεροληψίας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Papastavrou et al, 2019). Η ισότητα ορίζεται ως *«ο ίδιος χειρισμός όλων και δίνοντας σε όλους τις ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης»* (Papastavrou et al, 2019). Εστιάζοντας στις νοσηλευτικές παραλείψεις η αρχή της ισότητας, δεν φαίνεται να υπακούει σε συγκεκριμένους κανόνες και οι νοσηλευτές τείνουν να ιεραρχούν ή να επιλέγουν τις διαδικασίες φροντίδας που θα ακολουθήσουν με βάση τις δικές τους αντιλήψεις, προτεραιότητες και το δικό τους ηθικό οικοδόμημα (Rooddehghan et al, 2019). Αν και υπάρχει πληθώρα ηθικών και φιλοσοφικών προσεγγίσεων που να ερμηνεύει τις παραλείψεις φροντίδας και τον καθορισμό προτεραιοτήτων, οι τέσσερις αρχές της βιοηθικής φαίνεται ότι δεν πληρούνται στο τομέα αυτό. Συγκεκριμένα η δικαιοσύνη, αποτελεί το πιο βασικό στοιχείο για τις νοσηλευτικές παραλείψεις το οποίο δεν εφαρμόζεται, στο πλαίσιο της ανεπάρκειας πόρων (Page, 2012) και προσφέρει ελάχιστη ανάλυση στη διαδικασία καθορισμού προτεραιότητας στον τομέα της υγείας (Bail et al, 2015). Η ηθική των νοσηλευτικών προτεραιοτήτων αποτελεί μια μορφή ενδονοσοκομειακής διαλογής, όπου οι ασθενείς με λειτουργικές και γνωστικές ελλείψεις έχουν σταθερά χαμηλή προτεραιότητα (Bail et al, 2015).

Λόγω του γεγονότος ότι οι παραλείψεις και η σειρά προτεραιοτήτων των νοσηλευτικών διεργασιών, γίνεται εν μέρει χωρίς την συνειδητή επίγνωση των επαγγελματιών υγείας, θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, όπως η ισότητα και η δικαιοσύνη, πιθανόν να βρίσκονται σε κίνδυνο (Halvorsen, Førde, & Nortvedt, 2008). Όπως διαφάνηκε η ηθική που διέπει τους νοσηλευτές κατά τις παραλείψεις και το ηθικό αντίκτυπο στα άτομα με γνωστική έκπτωση, αποτελεί κενό στην βιβλιογραφία, εντούτοις το πρόβλημα υπάρχει. Οι παραλείψεις που γίνονται έχουν εντοπιστεί από πολλούς ερευνητές (Kalisch et al, 2011, Aiken et al, 2013, Schubert et al, 2013, Papastavrou et al, 2014), όπως και οι λόγοι (Kalisch et al, 2009, Ball et al, 2016), αλλά το ενδεχόμενο να υφίσταται σε

συγκεκριμένη ευαίσθητη ομάδα ασθενών, όπως με γνωστική έκπτωση, δεν έχει διερευνηθεί.

Όπως για παράδειγμα η τήρηση της αρχής της αυτονομίας, η οποία ασκείται στο πεδίο της διάνοησης, της βούλησης και της πράξης και το άτομο θεωρείται ικανό για λήψη απόφασης και εφαρμογή της, μετά από εύλογη σκέψη. Στην περίπτωση της γνωστικής έκπτωσης διαταράσσονται οι ισορροπίες της αρχής αυτής. Η αυτονομία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, απαραίτητο για τη διατήρηση της ισότητας (Doyal & Gough, 1991). Οι Barnes & Brannelly, 2011 επιχείρησαν να εντάξουν στο ηθικό πλαίσιο της φροντίδας της άνοιας, όσο αφορά την νοσηλευτική πρακτική, τους όρους υπευθυνότητα, αρμοδιότητα, προσεκτικότητα και ανταπόκρισης.

2.6.2. Η αξιοπρέπεια σε σχέση με τα άτομα με άνοια

Η ηθική αρχή του σεβασμού της αξιοπρέπειας αποτελεί μία σημαντική αρχή η οποία περιγράφεται σε όλους τους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας των νοσηλευτών. Η αξιοπρέπεια ορίστηκε από πολλούς ερευνητές, ωστόσο ένας αποδεχτός όρος στη νοσηλευτική είναι η *«Εσωτερική ιδιότητα του ανθρώπινου όντος, η οποία εκδηλώνεται ως μια αναγνωρισμένη, δυναμική ιδιότητα του εαυτού που εκφράζει με αυτοσεβασμό προς τον εαυτό και τους άλλους»*, που περιγράφηκε από τους Jacelon et al, 2004. Η έννοια της αξιοπρέπειας σχετίζεται με την ανθρώπινη ύπαρξη και αποτελείται από εγγενείς και εξωτερικές διαστάσεις, οι οποίες είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους και ταυτόχρονα είναι μοναδική για κάθε άτομο (Anderberg et al, 2007). Στις περιπτώσεις γνωστικής έκπτωσης και κυρίως στην άνοια, η αξιοπρέπεια της ταυτότητας η οποία αφορά τα χαρακτηριστικά που καλλιεργούμε κατά την πορεία της ζωής μας εξαλείφεται προοδευτικά, ένεκα της νόσου. Δεδομένης της φύσης της ασθένειας η αξιοπρέπεια επηρεάζεται λόγω της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας. Ο ασθενής χάνει το αυτοσεβασμό του, την αυτοπεποίθηση, την ανεξαρτησία, την αυτονομία, τον κοινωνικό ρόλο και τις ικανότητες του να εξασκήσει καθημερινές δραστηριότητες π.χ. μπάνιο (Alzheimer Society, 2015). Οι Heggstad et al, 2015, σε ποιοτική μελέτη με σκοπό να παρουσιάσουν πως προωθούν και διατηρούν τα ίδια τα άτομα με άνοια την αξιοπρέπεια της ταυτότητας τους, εντόπισαν ότι η χρήση προηγούμενων ιστοριών σχετικά με τη ζωή στους ή οι αφηγήσεις τους βοηθούν να διαχειριστούν το χάος και να βρουν ασφάλεια

στη ζωή τους. Αυτοί οι μέθοδοι θεωρούν ότι είναι ένας τρόπος να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια της ταυτότητας τους ή την κοινωνική αξιοπρέπεια.

Η έννοια της αξιοπρέπειας έχει τέσσερα καθοριστικά χαρακτηριστικά, όπως το σεβασμό, την αυτονομία, την ενδυνάμωση και την επικοινωνία (Griffin, 2005). Σύμφωνα με τον διεθνή κώδικα δεοντολογίας για τους νοσηλευτές (ICN), ο σεβασμός στη ζωή και η τήρηση της αξιοπρέπειας των ατόμων δεν είναι μόνο ένα αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος και δεν περιορίζεται από την ηλικία, το χρώμα, το θρήσκευμα, το φύλο, την εθνικότητα, τη φυλή, την κοινωνική κατάσταση ή την κατάσταση της υγείας τους (ICN, 2012). Το γεγονός αυτό συντείνει στον ορισμό της νοσηλευτικής καθώς δημιουργούνται ερωτηματικά στους επαγγελματίες υγείας πως θα σεβαστούν και να φροντίσουν το άτομο με άνοια ως ολότητα, βάση των διαστάσεων που προαναφέρθηκαν, όταν το ίδιο το άτομο δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει τις ανάγκες του ή όταν δεν μπορεί να τις εκφράσει, λόγω διαταραχών αντίληψης ή επικοινωνιακής δυσκολίας. Όμως παρά τη μεγάλη έμφαση που δίνεται σε πολλά εθνικά και διεθνή κείμενα σε σχέση με το σεβασμό της αξιοπρέπειας, οι έρευνες που σχετίζονται με τους ασθενείς με άνοια είναι ελάχιστες. Για παράδειγμα, οι Seedhouse & Gallagher, 2002 σε μελέτη τους έδειξαν ότι οι νοσηλευτές παρόλο που γνωρίζουν τη σημασία της διατήρησης της αξιοπρέπειας, αναγνωρίζουν το γεγονός ότι αρκετές φορές δεν εφαρμόζουν πρακτικές σεβασμού και προαγωγής της αξιοπρέπειας κατά την κλινική πρακτική. Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας τοποθετούν σε ψηλότερη θέση τη διαχείριση κινδύνου από ότι την διατήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών (Digy and Lee, 2016). Για αυτό φάνηκε ότι η εστίαση των νοσοκομειακών πρακτικών σε οξείες καταστάσεις για παροχή φροντίδας, καθιστούν τα άτομα με άνοια και τις ανάγκες τους σε χαμηλή προτεραιότητα (Digy and Lee, 2016).

Οι Gallaher et al, 2008 πρότειναν ένα μοντέλο προαγωγής για την αξιοπρέπεια της φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας το περιβάλλον φροντίδας, τη στάση και τη συμπεριφορά του προσωπικού, την κουλτούρα φροντίδας και τις δραστηριότητες. Η ανάπτυξη του μοντέλου στηρίχτηκε σε προηγούμενη ποιοτική μελέτη, μέσω συνεντεύξεων (Seedhouse & Gallagher, 2002) όπου οι συμμετέχοντες-νοσηλευτές κατατάζανε τα θέματα αξιοπρέπειας στο νοσοκομείο σε τέσσερις υποκατηγορίες: περιβάλλον φροντίδας, συμπεριφορά και επάρκεια προσωπικού, διαθέσιμοι πόροι και η κατάσταση των ασθενών. Αρχίζοντας με το περιβάλλον συμπεριλαμβάνεται το πλαίσιο

παροχής φροντίδας και οι συνθήκες σεβασμού της αξιοπρέπειας, της ιδιωτικότητας και της πρόσβασης σε διευκολύνσεις προσωπικής καθαριότητας. Αν ένα περιβάλλον δεν είναι ικανοποιητικό τότε δεν θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου πχ. τμήματα όπου νοσηλεύονται άνδρες και γυναίκες μαζί ή χώροι όπου δεν υπάρχουν διαχωριστικά τα οποία να διασφαλίζουν την ιδιωτικότητα του ατόμου. Η στάση και η συμπεριφορά του προσωπικού σύμφωνα με τους ασθενείς, επηρεάζει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας τους, καθώς αντιλαμβάνονται την εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας και την υποτίμηση. Η απουσία της ενσυναίσθησης και η έλλειψη της σωστής γλώσσας θεωρούνται ως προσβλητική ιδιαίτερα προς την αξιοπρέπεια της ταυτότητας. Η κουλτούρα φροντίδας αφορά τις γενικές πεποιθήσεις και αξίες σε ένα οργανισμό, λόγω χάρη η ευκαιρία να συμμετέχει το άτομο στην διαδικασία λήψης απόφασης. Οι δραστηριότητες από την άλλη είναι αυτές που παρέχουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να προάγουν την αυτονομία τους, για παράδειγμα η σίτιση και η ένδυση. Στην περίπτωση της άνοιας οι δραστηριότητες που αναφέρει το μοντέλο δεν μπορούν να εφαρμοστούν, εξαιτίας της φύσης της νόσου. Το άτομο δεν μπορεί να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του δραστηριότητες, οπότε αυξάνεται η ευαλωτότητα του και βρίσκεται σε πιο επικίνδυνη θέση για καταπάτηση της αξιοπρέπειας του. Η αυτονομία αδυνατεί να διατηρηθεί, αφού το άτομο εξαρτάται ολοκληρωτικά από τον φροντιστή του και έτσι εγείρονται πολλά δεοντολογικά ζητήματα για τη διασφάλιση προαγωγής της αξιοπρέπειας στους ασθενείς αυτούς.

Οι παραβιάσεις της αξιοπρέπειας κατά την διάρκεια της φροντίδας περιγράφηκαν σε ποιοτική μελέτη από τους ηλικιωμένους (Edburg&Linwall, 2013). Ως μείζον θέμα θεώρησαν τον εκμηδενισμό της ανθρώπινης υπόστασης και την αντιμετώπιση τους σαν απρόσωπο μέλος μιας ομάδας. Το γεγονός αυτό λαμβάνεται από τους ασθενείς σαν υποτίμηση, αποπροσωποποίηση και μείωση της αξιοπρέπειας της ταυτότητας τους. Επιπλέον, η καταπάτηση του προσωπικού χώρου, η ταπείνωση και ο αποκλεισμός, η κριτική προς το άτομο τους, η αγένεια, η αδιαφορία, η απόρριψη, η αμέλεια, ο περιορισμός και η εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας στη διάρκεια της φροντίδας θεωρούνται από τους ηλικιωμένους ότι περιορίζουν την αξιοπρέπεια τους. Τα στοιχεία αυτά προήλθαν από ηλικιωμένους χωρίς άνοια, αλλά η έρευνα των Haggestad et al, 2013 επιβεβαιώνει την ύπαρξη αυτών των στοιχείων και σε ηλικιωμένους με άνοια. Οι Haggestad et al, 2013, διεξήγαγαν ποιοτική μελέτη μέσω συνεντεύξεων με 15 ασθενείς πρώιμου σταδίου άνοιας, σε δύο ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, με σκοπό να

διερευνήσουν πως η διαμονή σε ίδρυμα επηρεάζει την αντιληπτή αξιοπρέπεια των ασθενών. Οι ασθενείς περιέγραψαν να νιώθουν περιορισμένη ελευθερία και νοσταλγία για το σπίτι τους. Ένα βασικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι δεν νιώθουν να βλέπονται και να εισακούονται σαν ανθρώπινα αυτόνομα όντα. Αυτή η έλλειψη σεβασμού προς το άτομο τους αποτελούσε απειλή για την αξιοπρέπεια τους. Το 2015 οι ερευνητές (Haggstad et al, 2015) επανέλαβαν τη μελέτη τους, συμπεριλαμβάνοντας και τους συγγενείς των ασθενών. Τα ευρήματα τους συνάδουν απόλυτα με την προηγούμενη μελέτη, καθώς το πιο σημαντικό θέμα που αναδύθηκε ήταν η έλλειψη σεβασμού προς τον συγγενή τους σαν αυτόνομο ανθρώπινο ον. Η έλλειψη των πόρων και η ρουτίνα επικέντρωσης στις διεργασίες και όχι στο άτομο περιγράφηκαν ως οι μεγαλύτερες απειλές καταπάτησης της αξιοπρέπειας (Haggstad et al, 2015).

Μια άλλη μελέτη ποιοτικού σχεδιασμού (vanGennip et al, 2016), μέσω συνεντεύξεων σε 14 ασθενείς με ήπιο-μέτριο στάδιο άνοιας, εξέτασε πως η άνοια επηρεάζει την αξιοπρέπεια τους, από την οπτική πλευρά των ασθενών. Γενικά οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εξακολουθούν να αισθάνονται αρκετά αξιοπρεπείς και ότι η πτώση της αντιληπτής αξιοπρέπειας τους οφείλονταν κυρίως στην γνωστική εξασθένηση, που είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της αυτονομίας τους και την αλλαγή στην ταυτότητα τους. Ωστόσο, η ένταση με την οποία αντιλαμβάνονταν την πτώση της προσωπικής αξιοπρέπειας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, με έντονη διαφορά μεταξύ του ιδιωτικού περιβάλλοντος (πχ σπίτι) και του εξωτερικού κοινωνικού περιβάλλοντος.

Οι Johnston et al, 2016, προσπάθησαν να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της «Θεραπείας της Αξιοπρέπειας (Dignity Therapy)» σε ηλικιωμένα άτομα με πρώιμο στάδιο άνοιας. Αυτή η σύντομη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση βασίζεται σε ουσιαστική επικοινωνία σε πρώιμο στάδιο της νόσου, όπου ο ασθενής μπορεί ακόμη να επικοινωνεί καλά. Χρησιμοποιεί έναν εκπαιδευμένο θεραπευτή αξιοπρέπειας για να καθοδηγήσει το άτομο με άνοια μέσω μιας καθοδηγούμενης συνέντευξης, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα έγγραφο γενετικής. Αυτό το έγγραφο αποτελεί μια διαχρονική, γραπτή κληρονομιά για τα μετέπειτα στάδια της νόσου, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ενημέρωση της φροντίδας στα τελικά στάδια, όπου ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει με λεκτική μορφή. Τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί πριν και μετά την θεραπεία και από τα ευρήματα φάνηκε ότι αυτού του είδους θεραπεία είναι εφικτή, αποδεκτή και δυναμικά αποτελεσματική για τους ηλικιωμένους με άνοια. Τρία γενικά

θέματα προέκυψαν: 1) η ζωή των ασθενών τοποθετείται σε ένα πλαίσιο, 2) το έγγραφο αποτελεί συνδετικό κλειδί και 3) αποτελεί προσωπική κληρονομιά.

Σε συνέχεια της μελέτης τους οι Johnston et al, 2017, ανάλυσαν τα έγγραφα γενετικής, που είχαν συλλέξει, χρησιμοποιώντας ανάλυση πλαισίου. Κύρια θέματα από την ανάλυση ήταν η προέλευση των αξιών, της ουσίας και της επιβεβαίωσης του εαυτού, της συγχώρεσης και της επίλυσης του υπαρξισμού ή του νοήματος της ζωής. Αυτά τα θέματα παρέχουν στοιχεία σχετικά με τον τύπο, την εμβέλεια και τη συμβολή που μπορούν να έχουν οι πληροφορίες που προκύπτουν από την Θεραπεία της Αξιοπρέπειας για τη φροντίδα και την υποστήριξη των ατόμων με άνοια. Παρέχουν πληροφορίες για τις αξίες, την αυτο-ταυτότητα και τους ανθρώπους και τα γεγονότα που έχουν σημασία για αυτούς και έχουν επηρεάσει τη ζωή τους.

Οι Tranvåg et al, 2013, σε μετασύνθεση 10 ποιοτικών μελετών προσπάθησαν να αναπτύξουν ένα θεωρητικό μοντέλο διερευνώντας τις αντιλήψεις των νοσηλευτών, σχετικά με τη διατήρηση της αξιοπρέπειας στην φροντίδα ατόμων με άνοια. Αναγνωρίστηκαν τρία θέματα σαν βασικά θεμέλια για τη διατήρηση της αξιοπρέπειας στην φροντίδα της άνοιας: 1) υποστήριξη της αυτονομίας και της ακεραιότητας του ατόμου, η οποία περιλαμβάνει τη συμπόνια προς το άτομο, 2) την επιβεβαίωση της αξιοπρέπειας και της αίσθησης του εαυτού και 3) τη δημιουργία ενός ανθρώπινου και σκόπιμου περιβάλλοντος. Άλλη μελέτη τους (Tranvåg et al, 2015) έδειξε ότι τα άτομα με άνοια θεωρούν ως απαραίτητη την ευαισθησία προς το ιστορικό της ζωής τους, την αυτονομία, την ακεραιότητα, τις σχέσεις και την αξιοπρέπειά τους. Αυτά τα πρότυπα και οι ηθικές αρχές ανταποκρίνονται επαρκώς στην ευάλωτη θέση τους, καθώς δείχνουν δικαιοσύνη και σέβονται την προσωπική τους χρησιμότητα. Η ίδια ερευνητική ομάδα (Tranvåg et al, 2016) ένα χρόνο μετά, προχώρησε σε ερμηνευτική ανάλυση των προσωπικών διαστάσεων της αξιοπρέπειας από τους ασθενείς. Αναγνώρισαν 3 κύριες διαστάσεις κρίσιμες για τη διαμόρφωση της αξιοπρέπειας: την ιστορική διάσταση (την αναγνώριση των προσωπικών επιτευγμάτων και το ιστορικό της ζωής τους), την ενδοπροσωπική διάσταση (η αναγνώριση της ανθρώπινης αξίας του ατόμου και η διαβίωση σύμφωνα με τις εσωτερικές του αξίες) και η διαπροσωπική διάσταση (το άτομο βιώνει ότι είναι μέρος μιας φροντίδας και έχει την επιβεβαίωσης της κοινωνίας). Η γνώση της διατήρησης της αξιοπρέπειας πρέπει να αποτελεί βάση για τη μελλοντική φροντίδα της άνοιας.

Οι Bridges et al, 2011, δημοσίευσαν κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες για προαγωγή της αξιοπρέπειας των ασθενών με άνοια στα νοσοκομεία: 1) τη διατήρηση της ταυτότητας τους (συλλογή πληροφοριών για την καθημερινή τους ρουτίνα, χρήση του ονόματος τους, προσαρμογή της φροντίδας στο άτομο), 2) τη δημιουργία μιας κοινωνίας-σύνδεσης με τα άτομα με άνοια (ερμηνεία της ανάγκης που κρύβεται πίσω από κάποια συμπεριφορά, διατήρηση κοινωνικού δικτύου, κάλυψη αναγκών) και 3) τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων. Οι συγγραφείς έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην σημασία που έχει η επικοινωνία με τα άτομα αυτά, ενώ παράλληλα τόνισαν ότι η επικοινωνία αποτελεί τη βάση για τη διατήρηση της αξιοπρέπειας. Γενικότερα, οι διεθνείς οργανισμοί για την άνοια (Alzheimer International, 2008, 2019, Alzheimer Europe, 2008, Alzheimer Society, 2018, Dementia Action Alliance, 2019) εξέφρασαν τους προβληματισμούς τους σχετικά με τη διατήρηση της αξιοπρέπειας στο πλαίσιο της φροντίδας της άνοιας, ωστόσο το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο και από την οπτική μεριά των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να εντοπιστούν οι λόγοι έλλειψης σεβασμού της αξιοπρέπειας και να διαρρυθμιστούν. Όλοι οι προαναφερόμενοι φορείς έχουν δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες που προάγουν την αξιοπρέπεια, παρόμοιες με των Bridges et al, 2011, με ιδιαίτερη έμφαση στην επικοινωνία. Κάποιες επιπλέον οδηγίες ήταν η ενθάρρυνση για αυτονομία, για επιλογή, η ενεργή εμπλοκή των συγγενών στη φροντίδα και η συχνή ενημέρωση των πρακτικών φροντίδας, βάση των εκφραζόμενων αναγκών του ασθενή (Alzheimer Europe, 2008, Dementia Action Alliance, 2019).

2.6.2.2.Συμπέρασμα

Οι έρευνες που αφορούν τις νοσηλευτικές παραλείψεις έχουν αναγνωρίσει το πρόβλημα σαν ένα διεθνές φαινόμενο, έχουν εντοπίσει τους λόγους, τις επιπλοκές, τα ηθικά θέματα που εγείρονται, κυρίως όσο αφορά τη διατήρηση της ισότητας, της δικαιοσύνης και την τήρηση της αξιοπρέπειας (Kalisch et al 2009, Papastavrou et al, 2012, 2014, Schubert et al, 2013, Vryonidis et al, 2015, Jones, 2015, Suhonen et al, 2018). Αρκετές διεθνείς μελέτες έχουν σημειώσει πολλές ανισότητες στον τομέα της υγείας, όσο αφορά τα άτομα με άνοια υγείας (Ryynanen et al, 1997, Dale et al, 2003, Førde et al, 2006, Halvorsen et al 2008).

Όπως έχει διαφανεί από τις ανασκοπήσεις η φροντίδα των ατόμων με άνοια είναι ιδιαίτερα απαιτητική (Hynninen et al, 2014) και προϋποθέτει εξειδικευμένες γνώσεις

και δεξιότητες από τους νοσηλευτές, προκειμένου να επιτευχθεί μια ποιοτική φροντίδα. Μέχρι σήμερα οι μελέτες φανερώνουν ένα χαμηλό επίπεδο γνώσεων (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014), με την ύπαρξη αρνητικών στάσεων (Fessey 2007, Kada et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014), στοιχεία που επηρεάζουν σημαντικά την ευημερία των ατόμων με άνοια (Zimmerman et al, 2005, Bergh et al, 2015) στα νοσοκομεία. Λόγω του χαμηλού επιπέδου γνώσεων, ιδιαίτερα στο κομμάτι της επικοινωνίας, αρκετές βασικές ανάγκες των ατόμων αυτών ενδεχομένως να μένουν ανικανοποίητες, καθώς δεν μπορούν να εκφραστούν λεκτικά. Η ευαλωτότητα που χαρακτηρίζει αυτή την ομάδα ασθενών χρήζει της δέουσας σημασίας, καθώς στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ελλοχεύουν αρκετοί κινδύνου αφενός της ηθικής διάστασης, αφετέρου της μη εκπλήρωσης βασικής φροντίδας.

Σχετικά με τις γνώσεις όλες οι προηγούμενες μελέτες υπογραμμίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης, καθώς από όλες τις αιτίες που επηρεάζουν τη μεταβλητή των γνώσεων, η εκπαίδευση φάνηκε να έχει την πιο ουσιαστική επίδραση (Bryans et al, 2003, Manthorpe et al, 2003, Galvin et al, 2010, Einang et al, 2011, McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2013, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015, Kimzey et al, 2016, Kang et al, 2016), με διάρκεια μέχρι και 6 μήνες μετά (Davison et al, 2007). Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων εντοπίστηκε στους τομείς της επιδημιολογίας, της διάγνωσης και της μεταχείρισης (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014), τομείς ιδιαίτερα σημαντικοί στη νοσηλευτική επιστήμη, καθώς αποτελούν στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας και αυτές οι ελλείψεις μπορεί να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο επικοινωνιακό κομμάτι, καθώς αποτελεί τη βάση για τη διεκπεραίωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης και όπως έχει διαφανεί οι νοσηλευτές στερούν σημαντικά σε αυτό (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014). Επιπλέον η έλλειψη αυτοπεποίθησης που εντοπίστηκε σε όλες τις προηγούμενες μελέτες (Bryans et al, 2003, Elvish et al, 2014), μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αναβάθμιση των γνώσεων. Οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να ασκούν τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα, χωρίς την ύπαρξη φόβου ή αμφιβολίας, αφού πλέον θα μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των ατόμων με άνοια, ούτως ώστε να προβαίνουν στις απαραίτητες διεργασίες.

Όλες οι παρεμβατικές μελέτες έχουν δείξει βελτίωση στάσεων, ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης και εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών για την φροντίδα της

άνοιας (Galvin et al, 2010, Palmer et al, 2013, McCaffrey et al, 2013, Elvish et al, 2014, Kang et al, 2016) και αυτή η βελτίωση είχε σημαντική αντανάκλαση στην παρεχόμενη φροντίδα (McCaffrey et al, 2013, Palmer et al, 2014, Surr et al, 2015). Γενικότερα, μέσα από τις ανασκοπήσεις έχει υπογραμμιστεί η σημασία της εκπαίδευσης, καθώς επιτυγχάνεται η προαγωγή των γνώσεων και της αυτοπεποίθησης, με αποτέλεσμα να αναβαθμίζεται τόσο η ποιότητα φροντίδας, όσο και η στάση των νοσηλευτών προς τα άτομα αυτά. Επιπλέον, τα θετικά αποτελέσματα της εκπαίδευσης, φάνηκαν να διατηρούνται σε βάθος χρόνου, οπότε η άμεση εφαρμογή της εύλογα θα φέρει ευεργετικά αποτελέσματα.

2.6.3. Σημαντικότητα και καινοτομία της μελέτης

Μέσα από την προηγηθείς εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φάνηκε ότι οι νοσηλευτές δίνουν προτεραιότητα φροντίδας σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (Suhonen et al, 2018), οι οποίες δεν περιλαμβάνουν τους ασθενείς με άνοια και το γεγονός αυτό εγείρει αρκετά δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα. Οι ασθενείς με άνοια χαρακτηρίζονται ως μια εξαιρετική ευάλωτη ομάδα (Tadd et al, 2010) ασθενών και έχουν εντοπιστεί σε αυτούς αρκετές καταπατήσεις της αξιοπρέπειας ή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Eriksson et al, 2002, Gottardo, 2005). Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν τεκμήρια ότι συχνά γίνονται θύματα παραμέλησης ή κακομεταχείρισης (Penson et al, 2004, Collinson et al, 2005, Halvorsen et al 2008, Biggs et al, 2009, Brimelow & Lyons, 2009, Kelly, 2010), όποτε η διερεύνηση της φροντίδας που λαμβάνουν εντός του νοσοκομείου θεωρείται σημαντικό θέμα προς διερεύνηση. Ο εντοπισμός παραλείψεων εκ μέρους των νοσηλευτών σε αυτή την ομάδα ασθενών, είναι σημαντικός επίσης, αφού οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν την γνωστική επάρκεια για να αντιληφθούν ή να απαιτήσουν τη απαραίτητη φροντίδα, άρα ελλοχεύει ο κίνδυνος να γίνουν δέκτες περισσότερων παραλείψεων ή ακόμη να μην ικανοποιούνται οι βασικές τους ανάγκες. Οι γνωστικές και επικοινωνιακές ελλείψεις και τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της νόσου, επηρεάζουν τη δημοτικότητα των ασθενών αυτών, ενώ παράλληλα το πολυδιάστατο και χρονοβόρο φάσμα των αναγκών τους μπορεί να μην τίθεται στην προτεραιότητα της ιεράρχησης διεργασιών, ενός επαγγελματία υγείας. Η ύπαρξη αρνητικών στάσεων και το χαμηλό επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών (Bryans et al, 2003, Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2008, Marx et al, 2014, Robinsson et al, 2014), ενδεχομένως να συνδράμει στην αποφυγή των ασθενών αυτών,

καθώς οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν πως να τους χειριστούν. Έχει σημειωθεί επίσης η ύπαρξη φόβου εκ μέρους των νοσηλευτών (Fessey 2007, Kada et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014), στοιχείο που μπορεί να επηρεάσει την συχνότητα ή την ποιότητα της αλληλεπίδρασης των νοσηλευτών με τους ασθενείς αυτούς. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς με άνοια έχουν περισσότερες πιθανότητες για επιπλοκές εντός του νοσοκομειακού χώρου (πχ. παραλήρημα, κατακλίσεις, Oleske et al, 1995, Schweickert et al, 2009), έχουν τον ψηλότερο αριθμό επανα-εισαγωγών και είναι οι κύριοι λήπτες της μακροχρόνιας φροντίδας (Mukamad et al, 2011, Bail et al, 2013), με αποτέλεσμα την αύξηση στο κόστος ενός νοσοκομείου και τη μείωση της ποιότητας ζωής τους, λόγω των συναφών επιπλοκών. Η ευημερία των ατόμων αυτών εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους επαγγελματίες υγείας και αυτή η εξάρτηση συνοδεύεται τόσο από τα οφέλη, όσο και από τους πιθανούς κινδύνους.

Μέσα από τις συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Papastavrou et al, 2012, Jones et al, 2015, Suhonen et al, 2018) έχει φανεί το πρόβλημα των νοσηλευτικών παραλείψεων σαν ένα διεθνές φαινόμενο και οι σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς. Σε ότι αφορά τις παραλείψεις κατά την φροντίδα ασθενών με άνοια έχει εντοπιστεί κενό στη διεθνή βιβλιογραφία, αφού δεν βρέθηκαν έρευνες οι οποίες να στοχεύουν στη μελέτη του συγκεκριμένου πληθυσμού ασθενών και η φροντίδα αυτής της ομάδας ασθενών έχει αποδειχθεί απαιτητική, ενώ ταυτόχρονα ελλοχεύει αρκετούς κινδύνους για παραβιάσεις της ηθικής της φροντίδας. Μέχρι σήμερα μόνο μία μελέτη συσχέτισε τις νοσηλευτικές παραλείψεις με κάποια ομάδα ασθενών, τους καρκινοπαθείς (Papastavrou et al, 2016). Οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών ενδεχομένως να επηρεάζουν το φαινόμενο των παραλείψεων. Δεν έχει διεξαχθεί κάποια μελέτη, που να αποδεικνύει ότι οι δύο αυτές μεταβλητές, πιθανόν να αποτελούν αιτία για παραλείψεις, έτσι αυτή η μελέτη στο παρόν στάδιο θα μελετήσει τις στάσεις και τις γνώσεις, με μελλοντικό στόχο την πιθανή συσχέτιση τους με το φαινόμενο των παραλείψεων.

Άρα η παρούσα μελέτη παρουσιάζει πρωτοτυπία, αφενός στην επέκταση της γνώσης, αφετέρου στο σχεδιασμό της έρευνας, καθώς το φαινόμενο των παραλείψεων μέχρι στιγμής έχει διερευνηθεί μόνο μέσω περιγραφικού σχεδιασμού, με την χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς. Η παρούσα μελέτη ένταξε την έρευνα παρατήρησης για τη διερεύνηση του φαινομένου, καθώς έτσι θεωρείτε ότι θα συλλάβει μια πιο αντικειμενική εικόνα της πραγματικότητας. Παράλληλα, καινοτομία αποτελεί η πρόσθεση του εκπαιδευτικού προγράμματος, στο οποίο έχουν προστεθεί οι

νοσηλευτικές παραλείψεις και η ηθική πτυχή τους, στοιχεία τα οποία δεν υπήρχαν σε προηγούμενα προγράμματα. Είναι η πρώτη φορά που παρέχεται κάποια μορφή εκπαίδευσης σε νοσηλευτές, που να πραγματεύεται τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Λαμβάνοντας υπόψη την ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την ανοδική επιδημιολογική πορεία της νόσου, οι ασθενείς με άνοια θα αποτελούν ένα σεβαστό ποσοστό του νοσοκομειακού πληθυσμού (Sampson et al, 2006, 2009). Βάση αυτών των στοιχείων η ανάγκη για νοσηλευτική εκπαίδευση καθίσταται αναγκαία, προκειμένου να προσφέρεται ποιοτική φροντίδα κατά τη νοσηλεία των ατόμων αυτών. Επιπλέον με τον απαραίτητο γνωστικό εφοδιασμό των νοσηλευτών θα μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις απαιτήσεις της φροντίδας, μειώνοντας έτσι τους ηθικούς φραγμούς, που εντοπίζονται.

2.7. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και να εντοπιστούν οι συμπεριφορές φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς με άνοια. Η μελέτη ολοκληρώθηκε με την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος το οποίο αναμένεται ότι θα αυξήσει τις γνώσεις και θα βελτιώσει τις στάσεις των νοσηλευτών με απώτερο στόχο τη βελτίωση της φροντίδας, μέσα από τη μείωση της οποιασδήποτε μορφής παράλειψης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη αποτελεί μία προσπάθεια εφαρμογής εκπαιδευτικού προγράμματος, που είχε σαν στόχο την ενδυνάμωση των γνώσεων και την βελτίωση των στάσεων των νοσηλευτών, ως προς την φροντίδα ασθενών με άνοια. Αρχικά είχε διεξαχθεί περιγραφική μελέτη προκειμένου να αξιολογηθεί το υπάρχον επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, ακολούθως εφαρμόστηκε έρευνα παρατήρησης, για να εντοπιστεί οι συμπεριφορές φροντίδας που λαμβάνουν αυτοί οι ασθενείς και τέλος διεξάχθηκε μία μελέτη παρέμβασης, ούτως ώστε να διερευνηθεί αν βελτιώνονται οι γνώσεις ή οι στάσεις των νοσηλευτών ως προς τη φροντίδα των ασθενών αυτών.

3.1. Είδος της μελέτης

Η έρευνα ακολούθησε μεικτό σχεδιασμό ο οποίος περιλάμβανε

α) *περιγραφικό μέρος* με τη συλλογή δεδομένων με δομημένα εργαλεία μέτρησης γνώσεων και στάσεων με στόχο να διαπιστωθεί το επίπεδο γνώσεων και οι στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Επιπρόσθετα πριν από τη χορήγηση των εργαλείων έχει γίνει μετάφραση και επαναμετάφραση σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, καθώς και μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης που προέκυψε από τη μετάφραση.

β) *μελέτη παρατήρησης* η οποία θα αποτελούσε μία πιο αντικειμενική αποτύπωση της πραγματικότητας όσον αφορά στη φροντίδα ασθενών με άνοια, και θα μας έδινε περισσότερα δεδομένα, με τα οποία θα εμπλουτίζαμε την εκπαιδευτική παρέμβαση με νέα στοιχεία. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν μέχρι σήμερα δεν περιλαμβάνουν το θέμα των παραλείψεων της φροντίδας, από το οποίο επηρεάζονται κυρίως οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι ασθενείς με άνοια. Γι' αυτό και θεωρήθηκε χρήσιμο να εξετάσουμε και την προσφερόμενη φροντίδα από την οποία θα λαμβάναμε περισσότερες πληροφορίες με στόχο την ενίσχυση της εκπαίδευσης. Επίσης η παρατήρηση θα έδινε μία καινοτόμα προσέγγιση στην εκτίμηση των παραλείψεων της

φροντίδας αφού μέχρι σήμερα ο μόνος τρόπος αξιολόγησης του θέματος γίνεται μέσω ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς.

γ) **εκπαιδευτική παρέμβαση:** Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε για προαγωγή τόσο των γνώσεων όσο και την ανάπτυξη θετικών στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα και να μειωθεί το φαινόμενο των παραλείψεων. Δυστυχώς η αξιολόγηση της φροντίδας και της μείωσης των παραλείψεων μετά την εφαρμογή του προγράμματος δεν μπορούσε να αξιολογηθεί στην παρούσα μελέτη λόγω χρονικών και άλλων περιορισμών που επιβάλλονται σε διδακτορικά προγράμματα, αλλά περιλαμβάνεται στα μελλοντικά σχέδια της μελέτης του θέματος. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στηρίχτηκε σε υπάρχον και δοκιμασμένο πρόγραμμα από το Ηνωμένο Βασίλειο (University of Manchester), το οποίο μεταφράστηκε με την άδεια των συγγραφέων και εμπλουτίστηκε με στοιχεία τα οποία προέκυψαν από τη μελέτη παρατήρησης.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών όσο αφορά την φροντίδα ασθενών με άνοια και αν συσχετίζονται.
2. Τι φροντίδα παρέχεται στους ασθενείς με άνοια;
3. Η εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος θα αυξήσει τις γνώσεις των νοσηλευτών και θα βελτιώσει τις στάσεις τους;

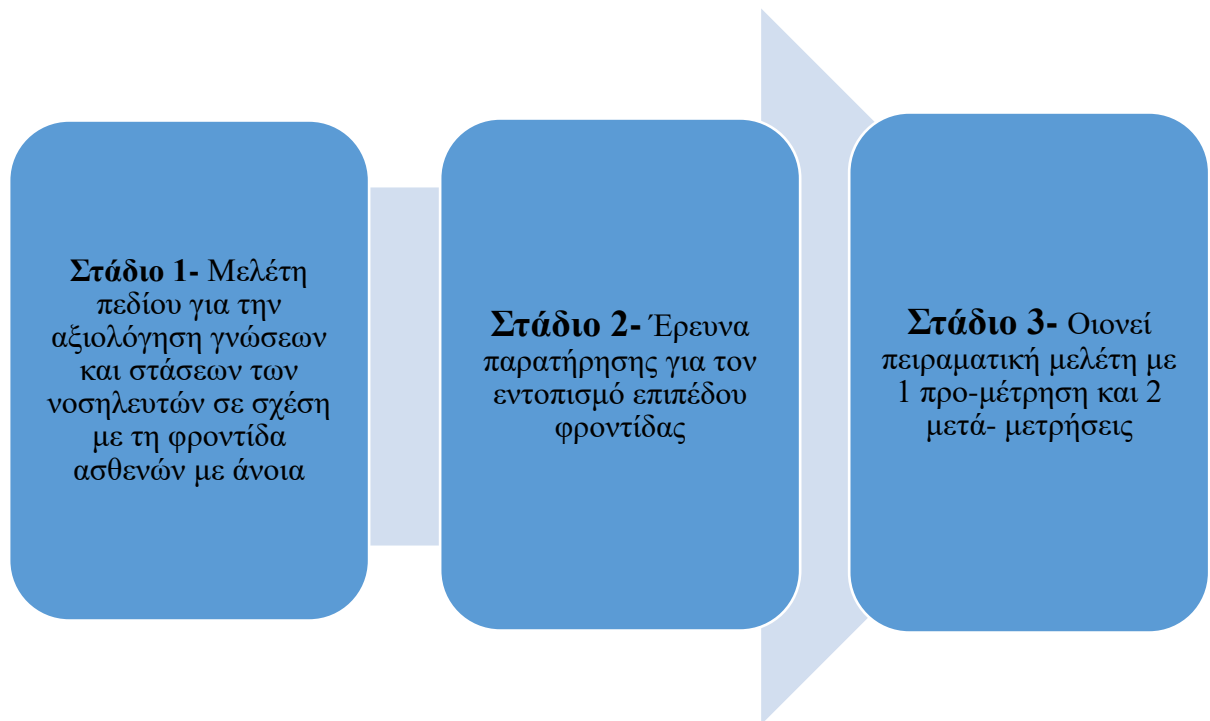
3.3. Στάδια της μελέτης

Η μελέτη αποτελείται από τρία στάδια, λόγω του εύρους των ερευνητικών ερωτημάτων.

Η μεθοδολογική προσέγγιση ακολούθησε τα εξής στάδια:

- 1) Στάδιο 1- Μελέτη πεδίου για την αξιολόγηση των νοσηλευτών όσον αφορά τις γνώσεις και τις στάσεις τους σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια
- 2) Στάδιο 2- Έρευνα παρατήρησης για την αξιολόγηση του επιπέδου φροντίδας και τον εντοπισμό ενδεχομένων νοσηλευτικών παραλείψεων

3) Στάδιο 3- Οιονεί πειραματική μελέτη με μία προ-μέτρηση και δύο μετά-μετρήσεις μέσω της εφαρμογής εκπαιδευτικού προγράμματος, με στόχο την αύξηση των γνώσεων, την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών στις ειδικές ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της φροντίδας ασθενών με άνοια.



Διάγραμμα 3. Στάδια της μελέτης

3.4. Στάδιο 1- Μεθοδολογία μελέτης πεδίου για την αξιολόγηση των νοσηλευτών όσον αφορά τις γνώσεις και τις στάσεις προς την φροντίδα ασθενών με άνοια

Μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Enrípidou et al, 2017), αναφορικά με τη διερεύνηση των στάσεων και των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, φάνηκε ότι τόσο οι γνώσεις ήταν ελλιπείς όσο και οι στάσεις αρνητικές. Άρα, ενδέχεται να επηρεάζεται η ποιότητα φροντίδας για τους ασθενείς αυτούς. Αυτό το μέρος της έρευνας επιχείρησε να αξιολογήσει τις δύο αυτές παραμέτρους στα κυπριακά δρώμενα, ενώ μέσα από το δεύτερο στάδιο (έρευνα παρατήρησης) να εντοπίσει εάν όντως επηρεάζεται η φροντίδα στους ασθενείς αυτούς, λόγω των 2 αυτών παραμέτρων ή άλλων παραγόντων.

Η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών έχει πραγματοποιηθεί μέσω ποσοτικής περιγραφικής έρευνας συσχέτισης. Ουσιαστικά, σε αυτό στάδιο η έρευνα επιχείρησε να περιγράψει το υπάρχον επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 (Toye et al, 2014), αποτελεί το εργαλείο για διερεύνηση των γνώσεων. Για την διερεύνηση των στάσεων το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Dementia Attitudes Scale (Connor & Mcfadden, 2010). Τα δύο εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες (Scerri&Scerri 2012, Toye et al, 2014, Robinson et al, 2014, Kimzey et al, 2016) και αποτελούν έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την επιλογή, τη μετάφραση και επαναμετάφραση, τη μελέτη της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων τα οποία είχαν επιλεγεί και την περιγραφική έρευνα συσχέτισης. Σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα της εγκυροποίησης των εργαλείων και συγκεκριμένα η ανάλυση παραγόντων, περιγράφονται στο κεφάλαιο των γενικών αποτελεσμάτων.

3.4.1. Πληθυσμός και δείγμα

Ο πληθυσμός αποτελείτο από τον κλινικό νοσηλευτικό πληθυσμό, όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Η πιλοτική μελέτη έχει διεξαχθεί σε νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα ΤΑΕΠ, ενώ για την περιγραφική μελέτη η έρευνα έχει διεξαχθεί ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει μόνο Παθολογικά,

Χειρουργικά και Ορθοπαιδικά τμήματα των δημόσιων νοσηλευτηρίων σε παγκύπρια βάση, τα οποία είναι αυτά που προσφέρουν πιο συχνά φροντίδα σε ασθενείς με άνοια (Alzheimer International, 2015). Τα τμήματα τα οποία δεν συμπεριλήφθησαν στη μελέτη πεδίου είναι ΤΕΠΑ, εξωτερικά ιατρεία, μαιευτήριο και παιδιατρικό τμήμα, καθώς δεν φροντίζουν εσωτερικούς ασθενείς με άνοια. Επιπλέον, στο τμήμα ΤΑΕΠ το είδος και οι συνθήκες φροντίδας διαφέρουν σημαντικά από τα υπόλοιπα τμήματα, οπότε αποκλείστηκε από την κυρίως έρευνα. Τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη είναι:

- Εγγεγραμμένος/ή νοσηλευτικός λειτουργός με βάση τον περί νοσηλευτικής και μαιευτικής νόμο του 1988-2017.
- Εθελούσια συμμετοχή στην έρευνα.
- Να εργάζεται σε παθολογικό, χειρουργικό ή ορθοπαιδικό τμήμα του νοσηλευτηρίου που ασχολείται με την φροντίδα ασθενών με άνοια.
- Να συμμετέχει στην φροντίδα ασθενή με άνοια.
- Η προϋπάρχουσα εργασιακή εμπειρία ως νοσηλευτικός λειτουργός πέραν των 6 μηνών, που αποκτήθηκε μετά την βασική νοσηλευτική εκπαίδευση.

Η συμμετοχή ή η αποχή από την έρευνα ήταν σε εντελώς εθελοντική βάση από μέρους των νοσηλευτών, αφού τους είχε εξηγηθεί η απουσία οποιασδήποτε επίπτωσης σε περίπτωση άρνησης ή διακοπής της συμμετοχής τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θεωρήθηκε ως η συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα. Μαζί με τα ερωτηματολόγια δινόταν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο όπου εξηγείτο ο σκοπός της έρευνας, η εθελοντική της φύση και η διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν άμεσα σε φάκελο, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον, είχε εξασφαλιστεί η ανωνυμία καθώς τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρώνονταν σε τυχαία σειρά από το δείγμα. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε αδιάφανο κουτί στο γραφείο της προϊσταμένης του κάθε τμήματος, το οποίο δεν μπορούσε να ανοιχτεί, παρά μόνο όταν το παραλάβει ο ερευνητής.

3.4.2. Επιλογή και Περιγραφή ερευνητικών εργαλείων

Τα ερωτηματολόγια έχουν επιλεγεί μέσα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε. Τα κύρια κριτήρια που βασίστηκε η επιλογή αυτή είναι ότι ανταποκρίνονται καλύτερα στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης και παρουσιάζουν αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον, είναι τα μόνα εργαλεία, που έχουν χρησιμοποιηθεί ξανά από άλλους ερευνητές.

Το γενικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από 3 μέρη:

α) Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

β) εργαλείο για την αξιολόγηση των γνώσεων σχετικά με την άνοια και

γ) ερωτηματολόγιο σχετικά με τις στάσεις των νοσηλευτών προς τους ασθενείς με άνοια.

α) Το Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 (DKAT) (Toye et al, 2014), χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των γνώσεων των νοσηλευτών και των φροντιστών ατόμων με άνοια, ενώ σχεδιάστηκε αποκλειστικά για αυτές τις ομάδες (Robinson et al, 2014). Έχει επιλεγεί από τα υπόλοιπα εργαλεία καθώς ανταποκρίνεται καλύτερα τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, έχει χρησιμοποιηθεί από άλλους ερευνητές (Toye et al, 2014, Robinson et al, 2014) και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Cronbach's alpha= 0.79 Toye et al, 2014). Επιπλέον εστιάζει στο τελικό στάδιο της νόσου, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια και η παρούσα μελέτη στοχεύει να εντοπίσει το επίπεδο γνώσεων των κλινικών νοσηλευτών ως προς την φροντίδα της άνοιας. Οι κλινικοί νοσηλευτές έρχονται σε επαφή κυρίως με ασθενείς τελικού σταδίου, οπότε το ερωτηματολόγιο ανταποκρίνεται καλύτερα στον πληθυσμό στόχο της παρούσα μελέτης.

Οι συγγραφείς διεξήγαγαν συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Glanz et al, 2008, McAliser et al, 2008) και κατέληξαν στο ότι οι μαθησιακές εμπειρίες και η γνώση, όσο αφορά την φροντίδα της άνοιας αποτελούν θεμέλιο της αυτό-αποτελεσματικότητας, η οποία με τη σειρά της υποστηρίζει την καλύτερη δυνατή συμπεριφορά προς τα άτομα με άνοια. Αυτός ο ισχυρισμός υποστηρίχτηκε τόσο από τους συγγραφείς (Toye et al, 2014, Annear et al, 2017), όσο και από τα στοιχεία ανασκοπήσεων, που αφορούσαν τη διαχείριση υγείας σε χρόνιους ηλικιωμένους ασθενείς και έχουν διαπιστώσει ότι τα υψηλότερα επίπεδα κλινικών γνώσεων, που

προκύπτουν από την εκπαίδευση στο χώρο εργασίας, παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα φροντίδας, τα οποία εγείρονται από τις αλλαγές στη συμπεριφορά φροντίδας και θεραπείας (Forsetlund et al, 2009).

Η πρώτη εκδοχή του εργαλείου είχε εξεταστεί από ομάδα εμπειρογνομόνων, που είχαν ειδικευση στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας για την άνοια. Εξέτασαν την εγκυρότητα, την συνάφεια και την εσωτερική αξιοπιστία, χρησιμοποιώντας ένα προκαθορισμένο πρωτόκολλο (Mastaglia, Toye, & Kristjanson, 2003). Χρησιμοποιήθηκε από το 2006 μέχρι το 2008 για αξιολόγηση των γνώσεων πριν και μετά από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υγείας. Το 2009 η αρχική εκδοχή του εργαλείου, είχε αναθεωρηθεί από την ίδια ομάδα με την συμμετοχή ακόμη 4 εμπειρογνώμων, οι οποίοι γνώριζαν το περιεχόμενο της πρώτης εκδοχής και ειδικεύονταν στην υποστήριξη των οικογενειών, την εκπαίδευση, την έρευνα και την ανάπτυξη ερευνητικών εργαλείων για την άνοια.

Στην πρώτη εκδοχή 671 φροντιστές υγείας συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πριν την διεξαγωγή μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης και ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας υπολογίστηκε 0.70. Η εγκυρότητα έχει υποστηριχθεί με τα ψηλότερα σκορ που είχαν οι επαγγελματίες από τους μη επαγγελματίες φροντιστές και ακολούθως με τα θετικά ευρήματα της παρέμβασης. Η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου απευθύνονταν στις γνώσεις κυρίως προς τους φροντιστές υγείας. Η δεύτερη εκδοχή απευθύνεται σε οικογένειες και σε επαγγελματίες υγείας και χρησιμοποιήθηκε σε 34 οικογενειακούς φροντιστές και 70 επαγγελματίες υγείας. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας υπολογίστηκε 0.79 και στις 2 ομάδες. Για την δεύτερη εκδοχή του εργαλείου είχε διεξαχθεί πιλοτική δοκιμή. Η πιλοτική δοκιμή διεξάχθηκε σε τρεις στέγες ηλικιωμένων, με δείγμα 30 επαγγελματίες υγείας και 30 οικογενειακούς φροντιστές (Toye et al, 2014), με τους επαγγελματίες να δείχνουν ψηλότερο επίπεδο γνώσεων.

Τη δεύτερη εκδοχή εφάρμοσαν σε 279 επαγγελματίες υγείας και 164 οικογενειακούς φροντιστές οι Robinson et al, 2014 με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας να παραμένει 0.79. Η δεύτερη εκδοχή του εργαλείου αξιολογεί το ίδιο είδος γνώσεων, όπως η πρώτη εκδοχή, αλλά μπορεί να εφαρμοστεί σε οικογενειακούς φροντιστές και σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ηλικιωμένους, δίνοντας έμφαση στην άνοια τελικού σταδίου. Τα ευρήματα από τις δοκιμασίες του εργαλείου σε μικρά δείγματα παρέχουν επιπλέον υποστήριξη στην εγκυρότητα του εργαλείου, καθώς το προσωπικό

είχε ψηλότερα σκορ από τις οικογένειες, αφού όπως ανέφεραν έτυχαν μιας πιο εξειδικευμένης εκπαίδευσης.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 21 *σωστό/ λάθος/ δεν γνωρίζω* απαντήσεις για αξιολόγηση της γνώσης για την άνοια, αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου, τη συμπτωματολογία της νόσου, την φροντίδα, τις επιπτώσεις, την αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Οι σωστές απαντήσεις κυμαίνονται από 0-21, με το υψηλότερο σκορ να αποτελεί ένδειξη για περισσότερη γνώση.

β) Το ερωτηματολόγιο Dementia Attitude Scale (DAS) (O'Connor&McFadden,2010), σχεδιάστηκε για να διερευνά τις στάσεις των νοσηλευτών προς τα άτομα με άνοια. Η επιλογή του ερωτηματολογίου έγινε με βάση το ότι ανταποκρίνεται καλύτερα από τα υπόλοιπα διαθέσιμα εργαλεία, στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.

Η ανάπτυξη του βασίστηκε στο τριμερές μοντέλο στάσεων που καθορίζει τρία συστατικά: την επίδραση, τη συμπεριφορά και τη γνώση (Breckler 1984). Είναι χωρισμένο σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert 20 ερωτήσεων, όπου αντανακλώνται οι συμπεριφορικές και γνωστικές συνιστώσες των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στα άτομα με άνοια (O'Connor&McFadden,2010). Περιέχει δύο παράγοντες α) τη γνωστική συνιστώσα για την άνοια β) την κοινωνική άνεση. Ο πρώτος παράγοντας του ερωτηματολογίου, παρόλο ότι αφορά γενικές γνώσεις για την φροντίδα της άνοιας, δεν εστιάζει στον εντοπισμό του επιπέδου γνώσεων (πχ. παθοφυσιολογία, επιδημιολογία της νόσου κλπ), οπότε κρίθηκε αναγκαία η ένταξη άλλου ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση των γνώσεων.

Το εργαλείο έχει αποδεκτή αξιοπιστία (Cronbach's alpha 0.83-0.85 O' Connor&McFadden,2010) και εγκυρότητα ($r=0.96$, O' Connor&McFadden 2010), σε σύγκριση με άλλα παρόμοια ερωτηματολόγια (Scerri& Scerri 2012). Τα πιθανά σκορ του κυμαίνονται από 20-140 με τη ψηλότερη βαθμολογία να δείχνει περισσότερη θετική στάση (Kimzey et al, 2016). Έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες (O' Connor&McFadden 2010, Scerri& Scerri, 2012, Kimzey et al,2016) και αποτελεί ένα κοινώς αποδεκτό και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης.

3.4.3 Πιλοτική εφαρμογή και εγκυροποίηση των ερωτηματολογίων στα ελληνικά

Δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια είναι γραμμένα στα αγγλικά έχει γίνει η διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής εργαλείων, με την μέθοδο forward-backward translation, βάσει των οδηγιών του WHO, 2016. Το επίκεντρο της μετάφρασης είναι η διαπολιτισμική και η εννοιολογική, και όχι η γλωσσική / κυριολεκτική ισοδυναμία. Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

1. Μετάφραση και επαναμετάφραση
2. Εγκυρότητα όψεως
3. Δείκτης εσωτερικής συνοχής
5. Μελέτη αξιοπιστίας
6. Παραγοντική ανάλυση

3.4.4. Μετάφραση και επαναμετάφραση των εργαλείων

Τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική γλώσσα από δύο νοσηλεύτες με άριστη γνώση και των δύο γλωσσών αφού πρόκειται για ελληνόφωνους με σπουδές σε Αγγλικά Πανεπιστήμια. Ακολούθως συστάθηκε ομάδα εμπειρογνομόνων για την προς τα πίσω μετάφραση, η οποία αποτελείτο από την ερευνητική ομάδα Έπειτα τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε έναν ανεξάρτητο μεταφραστή, που ή μητρική του γλώσσα ήταν η αγγλική αλλά κατείχε άριστα και την ελληνική γλώσσα, ο οποίος μετάφρασε ξανά τα ερωτηματολόγια στα αγγλικά, προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν προβληματικοί ή ευαίσθητοι όροι. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε με επιτυχία, καθώς δεν είχαν εντοπιστεί ιδιαίτερα προβλήματα στη μετάφραση.

3.4.5. Αναλύσεις αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των μετρήσεων ενός εργαλείου αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που μετρούν το ίδιο ψυχομετρικό χαρακτηριστικό παρουσιάζουν υψηλή συνοχή ή συσχέτιση, τόσο μεταξύ τους όσο και με το

χαρακτηριστικό αυτό. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας αυτής της μορφής γίνονται συνήθως μέσω ενός δείκτη ή συντελεστή αξιοπιστίας, με πιο διαδεδομένο το δείκτη α του Cronbach. Τιμές του δείκτη μεγαλύτερες του 0.7 ή του 0.8 θεωρούνται συνήθως ικανοποιητικές.

Προκειμένου να καταλήξουμε κατά πόσο τα ερευνητικά εργαλεία είναι αξιόπιστα προχωρήσαμε σε μελέτη ελέγχου και επανελέγχου αξιοπιστίας και των δύο εργαλείων για τη διαπίστωση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Μερκούρης, 2009). Η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability) εκτιμά το βαθμό συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε ένα ερωτηματολόγιο σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (Bland et al, 2002, Higgins et al, 2006). Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν τυχαία 42 νοσηλευτές, οι οποίοι δεν εργάζονταν στα υπό μελέτη τμήματα για να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια σε δύο χρονικές στιγμές. Η πρώτη μέτρηση έγινε στις 26/5/18, ενώ τρεις εβδομάδες μετά επαναλήφθηκε. Αξίζει να αναφερθεί ότι στο μεσοδιάστημα της διαδικασίας ελέγχου-επανελέγχου δεν είχε συμβεί κάποια σημαντική μεταβολή μεταξύ των διαφορετικών χρονικών στιγμών (π.χ. εκπαιδευτικό σεμινάριο, συνέδριο κλπ), που μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην πιλοτική μελέτη. Ο δείκτης Cronbach's alpha (εσωτερικής συνοχής) για το ερωτηματολόγιο των στάσεων στην παρούσα μελέτη ήταν 0.83 και για το εργαλείο των γνώσεων 0.70, άρα τα ερευνητικά εργαλεία θεωρούνται αξιόπιστα. Ο υπολογισμός του δείκτη αξιοπιστίας συνοδεύεται από τον υπολογισμό του βαθμού συσχέτισης κάθε ερώτησης- μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα (item-total correlation) όλων των ερωτήσεων. Ερωτήσεις που παρουσιάζουν χαμηλή συσχέτιση με το συνολικό άθροισμα έχουν αρνητική επίδραση στην αξιοπιστία των μετρήσεων και είναι απαραίτητο να γίνουν διορθωτικές κινήσεις σχετικά με τις ερωτήσεις αυτές.

Ομάδα δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας

Η ομάδα αποτελείτο από 27 γυναίκες (64.3%) και 15 άντρες (35.7%) (n=42), με τους περισσότερους να είναι 31-40 ετών (45.2%). Οι περισσότεροι ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (88.1%), κάτοχοι πτυχίου (59.5%) με μέσο όρο στα χρόνια υπηρεσίας 14.29 έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος δεν είχε φροντίσει άτομο με άνοια στην οικογένεια του (88.1%).

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας

		N	%
Φύλο	Άντρες	15	35.7
	Γυναίκες	27	64.3
Ηλικία	22-30	12	28.6
	31-40	19	45.2
	41-50	6	14.3
	51-60	5	11.9
Επίπεδο σπουδών	Πτυχίο	25	59.5
	Μεταπτυχιακό	17	40.5
Τίτλος	Νοσηλευτικός Λειτουργός	37	88.1
	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	3	7.1
	Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	2	4.8
Έχετε ποτέ φροντίσει άτομο με άνοια στη οικογένεια σας;	Ναι	5	11.9
	Όχι	37	88.1
Χρόνια υπηρεσίας	Min 3		
	Max 38		

Πίνακας 4. Συντελεστής συσχέτισης ερωτηματολογίου

Όσο αφορά την αξιοπιστία των εργαλείων στην ομάδα ελέγχου-επανελέγχου ο συντελεστής συσχέτισης (Cronbach's) των απαντήσεων στις δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές ήταν:

	Φάση 1 (Cronbach's)	Φάση 2 (Cronbach's)	Pearson correlation	P value
Γνώσεις	0.67	0.70	0.96	0.00*
Στάσεις	0.70	0.83	0.99	0.00*

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

Ο πιο πάνω πίνακας δείχνει ότι στην πρώτη διανομή των ερωτηματολογίων ο δείκτης Cronbach's για τις γνώσεις ήταν 0.67, ενώ στη δεύτερη διανομή, τρεις εβδομάδες, μετά, ήταν 0.70. Όσο αφορά τις στάσεις στην πρώτη φάση ήταν 0.70 και μετά ανέβηκε στο 0.83. Άρα η εξέταση αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου έδειξε ότι τα ερωτηματολόγια θεωρούνται αξιόπιστα και κρίθηκαν κατάλληλα για χρήση στο περιγραφικό στάδιο. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson είναι 0.96, σχεδόν θετική γραμμική συσχέτιση όσο αφορά τις γνώσεις, άρα το εργαλείο των γνώσεων είναι αξιόπιστο. Ο δείκτης συσχέτισης Pearson μεταξύ δοκιμασίας και επαναδοκιμασίας όσον αφορά τις στάσεις βρέθηκε 0.99 ο οποίος κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικός και αποδεικνύει την ύπαρξη αξιοπιστίας για το ερωτηματολόγιο των στάσεων.

Πίνακας 5. Συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου γνώσεων με το ολικό (Scale mean if item deleted, item Total Correlations, Cronbach's Alpha if Item Deleted)

<i>Item-Total Statistics-Συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου γνώσεων με το ολικό</i>			
	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Η άνοια εμφανίζεται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο.	11.95	.33	.68
Οι αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούν άνοια συχνά είναι προοδευτικές.	12.14	.26	.69
Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι η κύρια αιτία της άνοιας.	12.25	.00	.71
Οι αγγειακές παθήσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν άνοια.	12.22	.25	.69
Η σύγχυση σε ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας οφείλεται σχεδόν πάντοτε στην άνοια.	12.14	.32	.68
Μόνο ηλικιωμένα άτομα αναπτύσσουν άνοια.	12.10	.38	.67
Γνωρίζοντας την πιθανή αιτία της άνοιας μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της εξέλιξής της.	12.16	.29	.68
Η ακράτεια εμφανίζεται πάντα στα αρχικά στάδια της άνοιας.	12.35	.15	.70
Η άνοια είναι πιθανό να μειώσει το προσδόκιμο ζωής.	12.16	.36	.68
Όταν ένα άτομο είναι σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, η οικογένεια του μπορεί να βοηθήσει τους άλλους να κατανοήσουν τις ανάγκες του ατόμου.	12.05	.40	.67

Τα άτομα με άνοια μπορεί να αναπτύξουν προβλήματα με την οπτική αντίληψη (κατανόηση ή αναγνώριση στο τι βλέπουν).	12.08	.31	.68
Οι αιφνίδιες αυξήσεις της σύγχυσης είναι χαρακτηριστικό της άνοιας.	12.69	-.12	.71
Στα άτομα με άνοια είναι δυνατό να εμφανιστούν προβληματικές συμπεριφορές, ενώ δεν τις εμφάνιζαν στο παρελθόν.	12.00	.38	.68
Η δυσκολία στην κατάποση εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας.	12.21	.30	.68
Η κίνηση (πχ. περπάτημα, κίνηση στο κρεβάτι ή καρέκλα) είναι περιορισμένη στην άνοια προχωρημένου σταδίου.	12.12	.17	.69
Η αλλαγή στο περιβάλλον (πχ. έναρξη μουσικής, άνοιγμα ή κλείσιμο παράθυρων) δεν θα κάνει καμία διαφορά στο άτομο που έχει άνοια.	12.27	.23	.69
Όταν ένα άτομο με άνοια είναι αγχωμένο μπορεί να βοηθηθεί εάν του μιλήσεις για τα συναισθήματα του.	12.27	.32	.68
Είναι σημαντικό πάντα να διορθώνω ένα άτομο με άνοια, όταν είναι συγχυσμένο.	12.41	.09	.70
Ένα άτομο που πάσχει από άνοια συχνά μπορεί να το υποστηρίξω για να κάνει κάποιες επιλογές (πχ. ποια ρούχα θα φορέσει).	12.06	.35	.68
Είναι αδύνατο να αναγνωρίσουμε εάν ένα άτομο που είναι στο τελευταίο στάδιο άνοιας πονάει.	12.40	.26	.68

Η άσκηση μπορεί μερικές φορές να ωφελήσει τα άτομα με άνοια.	12.17	.43	.67
--	-------	-----	-----

Ο πιο πάνω πίνακας υποδηλώνει ότι ακόμη και εάν διαγραφεί μία ερώτηση ο δείκτης εσωτερικής συνοχής δεν επηρεάζεται, οπότε η αξιοπιστία παραμένει η ίδια.

Πίνακας 6. Συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου στάσεων με το ολικό (Scale mean if item deleted, item Total Correlations, Cronbach's Alpha if Item Deleted)

<i>Item-Total Statistics-συσχέτιση κάθε ερώτησης εργαλείου στάσεων με το ολικό</i>			
	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Νιώθω να αμείβομαι όταν δουλεύω με άτομα με άνοια.	95.05	0.32	0.83
2. Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.	93.29	0.39	0.83
3. Τα άτομα με άνοια μπορούν να είναι δημιουργικά.	94.78	0.52	0.83
4. Νιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.	95.46	0.32	0.82
5. Αισθάνομαι άνετα να αγγίζω άτομα με άνοια.	94.11	0.50	0.83
6. Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.	93.91	0.37	0.83
7. Το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες.	93.14	0.33	0.83
8. Δεν είμαι πολύ εξοικειωμένος με την άνοια.	95.11	0.21	0.84
9. Θα απέφευγα ένα αναστατωμένο άτομο με άνοια.	94.23	0.45	0.82
10. Στα άτομα με άνοια αρέσει να	93.33	0.40	0.83

έχουν κοντά τους οικεία πράγματα.			
11. Είναι σημαντικό να γνωρίζεις το ιστορικό του παρελθόντος των ατόμων με άνοια.	93.15	0.52	0.82
12. Είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.	94.65	.037	0.83
13. Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα με άνοια.	94.35	0.59	0.82
14. Τα άτομα με άνοια μπορούν να απολαμβάνουν τη ζωή.	94.40	0.57	0.82
15. Τα άτομα με άνοια μπορούν να αισθανθούν πότε οι άλλοι είναι ευγενικοί μαζί τους.	93.98	0.49	0.82
16. Νιώθω άσχημα γιατί δεν ξέρω πώς να βοηθήσω ένα άτομο με άνοια.	94.68	0.19	0.84
17. Δεν μπορώ να φανταστώ να φροντίζω κάποιον με άνοια.	93.76	0.37	0.83
18. Θαυμάζω τις δεξιότητες αντιμετώπισης που έχουν τα άτομα με άνοια.	94.39	0.41	0.83
19. Μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων με άνοια.	93.30	0.58	0.82
20. Οι προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια μπορούν να αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας.	93.99	0.39	0.83

Ο πιο πάνω πίνακας υποδηλώνει ότι ακόμη και εάν διαγραφεί μία ερώτηση ο δείκτης εσωτερικής συνοχής δεν επηρεάζεται, οπότε η αξιοπιστία παραμένει η ίδια.

3.4.6. Εξετάσεις εγκυρότητας

A) Εγκυρότητα όψεως των ερωτηματολογίων

Η εγκυρότητα όψης (face validity) έγινε με τη μελέτη και συζήτηση του περιεχομένου από την ερευνητική ομάδα κατά την οποία τα ερωτηματολόγια εξετάστηκαν εννοιολογικά και λεκτικά αν πράγματι η μετάφραση αντικατοπτρίζει το νόημα του αρχικού ερωτηματολογίου.

B) Δείκτης Εγκυρότητας περιεχομένου

Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) αφορά στον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζεται ένα ερωτηματολόγιο και είναι ο βαθμός στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο καλύπτει τις διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας ή, αλλιώς, της μεταβλητής που μετράται (Sarlis et al, 2007, Streiner et al, 2008, Μερκούρης, 2009). Είχε συγκροτηθεί ομάδα εμπειρογνώμων, όπου και επικαιροποιήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου. Τα ερωτηματολόγια είχαν σταλεί σε 10 εμπειρογνώμονες και ο δείκτης Content Validity Index (CVI) για τις γνώσεις ήταν 0.98 και για τις στάσεις 0.94 δηλαδή τιμές οι οποίες αποδεικνύουν ότι η εγκυρότητα περιεχομένου βρίσκεται σε ψηλά επίπεδα.

Γ) Παραγοντική ανάλυση

Έχει διεξαχθεί διερευνητική παραγοντική ανάλυση και για τα δύο ερευνητικά εργαλεία, η οποία έγινε στο στάδιο της μελέτης πεδίου, προκειμένου να ενισχυθεί περισσότερο η ελληνική μετάφραση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφαλαίο 6 (αποτελέσματα).

3.4.7. Πιλοτική μελέτη

Η πιλοτική μελέτη έγινε για δυο λόγους:

α) για να διαπιστωθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα των εργαλείων και

β) για να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα στην όλη διεξαγωγή της μελέτης, ούτως ώστε να εφαρμοστούν διορθωτικά μέτρα.

Προκειμένου να διερευνήσουμε τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, την ορθογραφία, την κατανόηση και τυχόν άλλα πρακτικά προβλήματα διεξήγαμε μια πιλοτική δοκιμή, πριν προχωρήσουμε στην τελική έρευνα. Επιπλέον η πιλοτική δοκιμή αποτέλεσε ένα μέτρο για έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου. Δόθηκαν 100 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές που εργάζονταν στα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Παρόλο που οι συνθήκες νοσηλείας διαφέρουν αρκετά από τα τμήματα νοσηλείας, οι νοσηλευτές των Πρώτων Βοηθειών έρχονται αρκετά συχνά σε επαφή με άτομα με άνοια, οπότε καταλήξαμε ότι θα ήταν ενδιαφέρον να μελετήσουμε το υπάρχον επίπεδο γνώσεων και στάσεων της συγκεκριμένης ομάδας, στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης. Στην πιλοτική μελέτη συμμετείχαν 92 νοσηλευτές που εργάζονταν σε Τμήματα Πρώτων Βοηθειών σε παγκύπρια βάση. Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας πιλοτικής μελέτης

		N	%
Φύλο	Άντρες	47	51
	Γυναίκες	45	48
Ηλικία	<40	76	82
	>40	16	18
Επίπεδο σπουδών	Πτυχίο	63	68
	Μεταπτυχιακό	29	31
Έχετε ποτέ φροντίσει άτομο με άνοια στη οικογένεια σας;	Ναι	14	15.2
	Όχι	78	84.8
Χρόνια υπηρεσίας	Min 1	92	100
	Max 38	92	100
	Mean 14.29		

* Ο τίτλος δεν ήταν εφικτό να αναλυθεί (40 νοσηλευτές, 5 ανώτερους, 1 πρώτο) λόγω μικρού δείγματος.

Πίνακας 8. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων (εύρος=0-21) και των στάσεων (εύρος=0-140) των νοσηλευτών σχετικά με την άνοια; (n=92, πιλοτική μελέτη)

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Mean	Std. Deviation
Συνολικό Γνώσεις (0-21)	2.00	19.00	12.07	3.61
Συνολικό Στάσεις (0-140)	51	137	97.03	17.37

Η μέγιστη βαθμολογία όσο αφορά τις γνώσεις ήταν το 21/21. Ο μέσος όρος στην παρούσα έρευνα ήταν 12.07 (ή 57%) στοιχείο που υποδηλώνει χαμηλό προς μέτριο επίπεδο γνώσεων. Η μέγιστη τιμή του ερωτηματολογίου είναι 140, ενώ ο μέσος όρος φάνηκε να είναι 97.03 οπότε υπάρχει μια μέτρια προς θετική στάση απέναντι στα άτομα με άνοια, από τους νοσηλευτές.

Πίνακας 9. Συσχετίσεις γνώσεων και στάσεων πιλοτικής μελέτης (Pearson correlation)

<i>Correlations</i>			
		Συνολικό Στάσεις	Συνολικό Γνώσεις
Συνολικό Γνώσεις	Pearson Correlation	.44	1
	Sig. (2-tailed)	.00	
	N	92	92
Συνολικό Στάσεις	Pearson Correlation	1	.44**
	Sig. (2-tailed)		.00
	N	92	92
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Στον πίνακα φάνηκε η θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, μέτριου βαθμού/έντασης ($r=0.44$, $p<0,01$). Γεγονός που δείχνει ότι αν αυξηθεί η γνώση αυξάνεται και η θετική στάση.

Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια συσχέτισης των δύο μεταβλητών με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, αλλά κανένα στοιχείο δεν συσχετίστηκε με το επίπεδο γνώσεων ή των στάσεων, πιθανότατα λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος αφού επρόκειτο για την πιλοτική φάση της μελέτης.

3.4.8. Μέθοδος ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων- Στατιστικές αναλύσεις

Η στατιστική μέθοδος ανάλυσης και τα πληροφοριακά συστήματα τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή των αποτελεσμάτων, είναι η μέθοδος SPSS 16.0 και Microsoft Excel 2007. Έγινε η εισαγωγή των δεδομένων σε ηλεκτρονικό φάκελο του προγράμματος SPSS 16.0 για αρχική καταγραφή και στη συνέχεια είχαν εισαχθεί στο σύστημα Excel για τη δημιουργία των στατιστικών πινάκων απεικόνισης των αποτελεσμάτων. Για σκοπούς παρουσίασης και περιγραφής των ομάδων των ποσοτικών μεταβλητών έχει χρησιμοποιηθεί η περιγραφική στατιστική (Μερκούρης, 2009), όπου μέσω αυτής έχει φανεί και η συχνότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων, στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων. Όσο αφορά την ανάλυση των γνώσεων και των στάσεων για τη διαφορά δύο ανεξάρτητων ομάδων ως προς την μέση τιμή εφαρμόστηκε η δοκιμασία t-test.

Έχουν χρησιμοποιηθεί παραμετρικές μέθοδοι (paired t-test) για να εντοπιστεί η διαφορά μεταξύ δύο αντιστοιχισμένων ομάδων ως προς τις δύο ποσοτικές μεταβλητές (γνώσεων και στάσεων) πχ. φύλο (άντρες και γυναίκες). Προκείμενου να εντοπιστεί η διαφορά μεταξύ τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων (πχ. όλα τα δημογραφικά στοιχεία) ως προς τη μεταβλητή των γνώσεων ή των στάσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Για το τελευταίο στάδιο της μελέτης, όπου οι μετρήσεις ήταν επαναλαμβανόμενες στην ίδια ομάδα για τις ποσοτικές μεταβλητές των γνώσεων και των στάσεων χρησιμοποιήθηκε το ANOVA repeated measures. Επίσης υπολογίστηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson correlation) για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών ή των δημογραφικών στοιχείων.

3.4.9. Ηθικά θέματα

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε ενημερωμένη έντυπη συγκατάθεση, η οποία διαμοιραζόταν μαζί με τα ερωτηματολόγια και ενημέρωνε τους νοσηλευτές για τη φύση της έρευνας. Ενημέρωνε επίσης για την ύπαρξη εμπιστευτικότητας, όσο αφορά τα ερωτηματολόγια, αφού θα παραλαμβάνονταν από την ερευνήτρια μέσα σε φάκελο. Επίσης, συμπληρώνονταν με τυχαία σειρά, με αυτοσκοπό την διατήρηση της ανωνυμίας. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν διαφυλάσσονται σε χώρο όπου κανένας άλλος από την ερευνήτρια δεν έχει πρόσβαση, προκειμένου να προστατευθούν τα στοιχεία από υποκλοπή ή παραποίηση τους. Για την διεξαγωγή της έρευνας έχουν παρθεί οι απαραίτητες άδειες από το Υπουργείο Υγείας, από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ: 2018.01.02) και από την Επιτροπή Προστασία Προσωπικών Δεδομένων.

3.5. ΣΤΑΔΙΟ 2- Μεθοδολογία μελέτης παρατήρησης για την εξακρίβωση παραλείψεων στη φροντίδα ασθενών με άνοια

Ο κύριος σκοπός της παρατήρησης ήταν να μελετηθεί η φροντίδα των ασθενών με άνοια προκειμένου να εμπλουτιστεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα με νέα στοιχεία τα οποία θα αναδεικνύονταν με την παρακολούθηση της φροντίδας. Η προσέγγιση αυτή θα μπορούσε να βοηθήσει και στον εντοπισμό παραλείψεων της φροντίδας, όπως αυτές περιγράφονται στη βιβλιογραφία (Kalisch et al, 2009, Papastavrou et al, 2012, 2014, Schubert et al, 2013), καθώς αποτελεί καινοτομία στο τρόπο συλλογής δεδομένων, αφού οι προηγούμενες έρευνες που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα χρησιμοποίησαν περιγραφικό σχεδιασμό, με την χρήση ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς (Schubert et al, 2008, Kalisch et al, 2009).

Επιπλέον, είναι η μόνη μέθοδος με την οποία μπορούν να συλλεχθούν πληροφορίες σε πραγματικές συνθήκες και η αντικειμενικότητα και αξιοπιστία τους ισχυροποιούνται καθώς θα συλλέγονται από εξωτερικό παρατηρητή. Το ενδεχόμενο να υπάρχουν νοσηλευτικές παραλείψεις στα άτομα με άνοια, αποτελεί ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα, το οποίο αν είχε διερευνηθεί μέσα από ερωτηματολόγια, ενδέχεται οι νοσηλευτές να απέκρυπταν κάποιες πληροφορίες στο τι πραγματικά γίνεται, λόγω του φόβου για αμφισβήτηση του επαγγελματισμού τους, οπότε η μέθοδος παρατήρησης αναμένεται ότι θα αποτυπώσει μια πιο αντικειμενική εικόνα της πραγματικότητας.

3.5.1. Στόχος της παρατήρησης

Η παρατήρηση έγινε με σημειώσεις πεδίου (field notes) ώστε να μελετηθεί η φροντίδα ασθενών με άνοια και ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές διαχειρίζονται τα προβλήματα ώστε να διαπιστωθεί αν οι ασθενείς λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα.

3.5.2. Μεθοδολογία παρατήρησης (συλλογή και ανάλυση)

Προκειμένου να καταλήξουμε στο σχεδιασμό της έρευνα παρατήρησης που να εξυπηρετεί τον σκοπό της παρούσας μελέτης, διεξήγαμε μία σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τη μεθοδολογία της παρατήρησης πάνω στην οποία στηρίχτηκε ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης (Välämäki et al, 2007, Ballermann et al,

2011, Jackson et al, 2014, D'Antonio et al, 2014, Clissett et al, 2014, Jackson et al, 2014, Hovlatab et al, 2015, Tan et al, 2016). Μέσα από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας καταλήξαμε όπως να ακολουθήσουμε τα ίδια βήματα στις μεθόδους και διάρκεια της δειγματοληψίας.

α) Δείγμα

Το δείγμα που έχει χρησιμοποιηθεί στη φάση της παρατήρησης ήταν ασθενείς με διάγνωση άνοιας οι οποίοι είχαν γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο για οποιοδήποτε λόγο. Στις έρευνες παρατήρησης η στρατηγική δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται είναι η σκόπιμη, λόγω του γεγονότος ότι διερευνάται μια συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση σε έναν προκαθορισμένο πληθυσμό (Creswell 2011). Το είδος της δειγματοληψίας που έχει χρησιμοποιηθεί είναι σκόπιμη δειγματοληψία, καθώς ο σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφή της φροντίδας των ασθενών και η μελέτη του φαινομένου των νοσηλευτικών παραλείψεων στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών με άνοια.

Παρακολουθείτο ένας ασθενής καθημερινά σε διάρκεια μιας βάρδιας (απογευματινής ή πρωινής). Η νυχτερινή βάρδια αποκλείστηκε για να μην ενοχλείται ο ύπνος των ασθενών το βράδυ, καθώς επίσης επειδή διαρκεί 12 ώρες, ενώ οι υπόλοιπες βάρδιες διαρκούν έξι ώρες. Συνολικά το δείγμα αποτελείται από 13 άτομα, αφού είχε επιτευχθεί ο πλήρης κορεσμός των δεδομένων (data saturation). Είχε ακολουθηθεί επαγωγική διαδικασία ανάλυσης περιεχομένου, έτσι όταν δεν αναδύονταν πλέον νέοι κώδικες ή θέματα, θεωρήθηκε ότι είχε ολοκληρωθεί η συλλογή δεδομένων. Στις ποιοτικές μεθόδους το δείγμα είναι μικρότερο και όταν η ανανέωση των δεδομένων δεν υφίσταται πλέον, η διαδικασία συλλογής τους θεωρείται επαρκής (Marshall & Rossman, 1995). Στα κριτήρια επιλογής ήταν η διαγνωσμένη μορφή άνοιας (Streit et al, 2015, Travers et al, 2014, Hager et al, 2003) και η νοσηλεία του ατόμου με άνοια εντός του νοσοκομείου, ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Στην περίπτωση που υπήρχαν περισσότεροι από ένα ασθενή ανά τμήμα γινόταν τυχαία δειγματοληψία, ενώ τα δεδομένα συλλέγονταν για έναν ασθενή κάθε φορά και μετά δεν θα συμπεριλαμβάνονταν ξανά στο δείγμα.

β) Διάρκεια χρόνου παρατήρησης και δειγματοληψία χρόνου

Οι περισσότερες έρευνες παρατήρησης στη διεθνή βιβλιογραφία είχαν διάρκεια από 2 εβδομάδες μέχρι 1 μήνα, με συνολικό δείγμα 10-12 ασθενείς (Välimäki et al, 2007, D'Antonio et al, 2014, Goudra et al, 2014, Hoviatalab et al, 2015, Tan et al, 2016, Piredda et al, 2016), έτσι η παρούσα έρευνα ακολούθησε τα ίδια βήματα. Η διάρκεια του χρόνου παρατήρησης ήταν 1 μέρα σε κάθε ασθενή και συνολικά η παρατήρηση διήρκεσε 1 μήνα. Συνολικά έγιναν παρατηρήσεις 91 ωρών σε παρακολουθήσεις 13 ημερών, και 7 ώρες η κάθε μία.

γ) Παρατηρητές

Ο παρατηρητής ήταν η ερευνήτρια, που εργάζεται στο ίδιο νοσοκομείο, όπου έχει διεξαχθεί η έρευνα, στην οποία είχε προηγηθεί εκπαίδευση διάρκειας μίας εβδομάδας για τον τρόπο παρατήρησης της φροντίδας και τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Σημαντικό ήταν η παρατήρηση να γίνεται με αντικειμενικότητα και να αποφευχθεί οποιοσδήποτε επηρεασμός ή προκατάληψη εκ μέρους του παρατηρητή, που θα μπορούσε να προκαθορίσει τα αποτελέσματα. Αποφασίστηκε ότι ο παρατηρητής θα καταγράφει ότι βλέπει χωρίς συναίσθημα ή προκατάληψη, ως να ήταν φωτογραφική κάμερα και να μην παρεμβαίνει παρά μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες θα κινδυνεύει η ασφάλεια του ασθενή. Έχει διεξαχθεί πιλοτική δοκιμή διάρκειας μίας εβδομάδας, η οποία περιλάμβανε τον καθορισμό και την εξοικείωση της με τον χώρο, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και τον συντονισμό της με το χρονοδιάγραμμα της διάρκειας παρατήρησης (Cohen, 2007). Τα αποτελέσματα της πιλοτικής αυτής δοκιμής συζητήθηκαν με την ερευνητική ομάδα για εκπαιδευτικούς σκοπούς, ώστε να αποφευχθεί η προσωπική ερμηνεία περιστατικών εκ μέρους της ερευνήτριας και ενδεχομένως η προκατάληψη, αφού και η ίδια είναι νοσηλεύτρια. Επίσης πριν τη διεξαγωγή της έρευνας η ερευνήτρια κατέγραψε κάποιες προσωπικές της αντιλήψεις σχετικά με το φαινόμενο των παραλείψεων, οι οποίες στη συνέχεια συζητήθηκαν και αυτές με τη σειρά τους με την υπόλοιπη ερευνητική ομάδα, προκειμένου να διαπιστωθεί η αμεροληψία και η αντικειμενικότητα στις σημειώσεις πεδίου της πραγματικής μελέτης. Η συλλογή και καταγραφή των δεδομένων γινόταν εκτός του εργασιακού χρόνου, καθώς επίσης και η παρατήρηση. Νοείται ότι έχει τηρηθεί απόλυτη ανωνυμία τόσο για τον ασθενή, όσο και για τους νοσηλευτές κατά την διάρκεια συλλογής

δεδομένων, καθώς δεν αναγραφόταν στις σημειώσεις του παρατηρητή κανένα αναγνωριστικό στοιχείο.

δ) Χώρος και διαδικασία διεξαγωγής παρατηρήσεων

Τα τμήματα που έχει διεξαχθεί η έρευνα είναι τα Παθολογικό Α και Β και Ορθοπεδικό του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Τα συγκεκριμένα τμήματα του νοσοκομείου επιλέχθηκαν με βάση την έκθεση του Alzheimer Society, 2009, στην οποία φάνηκε ότι το 14% των ασθενών με άνοια γίνονται εισαγωγή στο νοσοκομείο μετά από πτώσεις, 12% για αντικατάσταση ισχίου, 9% για ουρολοίμωξη, 7% για λοίμωξη αναπνευστικού και 7% λόγω εγκεφαλικού. Επιπλέον, οι Natalwala et al, 2008, σε έρευνα τους πρόσθεσαν στους προαναφερόμενους λόγους εισαγωγής και την αφυδάτωση.

Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας ενημερώθηκαν και πάρθηκαν οι κατάλληλες άδειες από τα τμήματα, που επρόκειτο να παρατηρηθούν, τη Διεύθυνση του νοσοκομείου και τη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Κύπρου. Σε πρώτη φάση η ερευνήτρια εντόπιζε τα δωμάτια ασθενών με άνοια και αφού ενημέρωνε τον συγγενή του για το σκοπό και τη φύση της έρευνας, εξασφάλιζε την ενυπόγραφη συγκατάθεση του για συμμετοχή στην έρευνα. Ο ασθενής, λόγω της γνωστικής έκπτωσης δεν είναι σε θέση να υπογράψει και να θεωρηθεί έγκυρη η υπογραφή του, οπότε σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία η συγκατάθεση του συγγενή. Εάν δεν ήταν διαθέσιμος ή παρόν ο συγγενής κατά τη νοσηλεία του ασθενή, τότε ο ασθενής δεν συμπεριλαμβανόταν στο δείγμα. Στην αρχή της βάρδιας ο υπεύθυνος νοσηλευτής για δωμάτια ασθενών με διαγνωσμένη άνοια, ενημερωνόταν από την υπεύθυνη του τμήματος για την φύση και το σκοπό της έρευνας και ότι ασθενής πρόκειται να παρατηρηθεί. Καθώς κατά την διάρκεια μιας βάρδιας μπαίνουν στο δωμάτιο των ασθενών και οι υπόλοιποι νοσηλευτές, προηγήθηκε μια γενική ενημέρωση του τμήματος για τη διεξαγωγή της έρευνας, πριν την έναρξη της. Στη συνέχεια ο παρατηρητής φορώντας πολιτικά ρούχα, παράμενε στα δωμάτια των ασθενών με άνοια, κρατώντας ένα τετράδιο σημειώσεων. Βρισκόταν μέσα στο δωμάτιο του ασθενή, διατηρώντας απόσταση 3 μέτρων τουλάχιστον (Cohen et al, 2007, Creswell, 2011) από τον ασθενή και κατάγραφε ότι παρατηρεί στα πλαίσια της φροντίδας και όλες τις επαφές που είχαν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς, κατά την διάρκεια παραμονής τους. Τα τρία μέτρα έχουν καθοριστεί πιθανόν για λόγους σεβασμού της ιδιωτικότητας του ασθενή και του προσωπικού του χώρου. Νοείται ότι δε συμμετείχε σε οποιαδήποτε παρέμβαση ή λάθος, για να μην επηρεάσει τα

αποτελέσματα της έρευνας και την ομαλή έκβαση του τμήματος, εκτός και αν είναι θέμα ζωής ή θανάτου πχ. αν πνίγεται από το φαγητό κλπ ή θέματα ασφάλειας λόγου χάριν πτώση από το κρεβάτι. Επίσης, δεν ανέπτυξε καμία διαπροσωπική επικοινωνία με τους νοσηλευτές, τους ασθενείς ή τους συγγενείς, κατά την παραμονή του στο δωμάτιο. Ο παρατηρητής ξεκινούσε καινούργιες σημειώσεις για κάθε ασθενή που παρατηρεί.

ε) Σημειώσεις πεδίου-Field notes

Η συλλογή δεδομένων από τον παρατηρητή βασίστηκε στις *σημειώσεις πεδίου* τις οποίες κατάγραφε, κατά την παραμονή της στο δωμάτιο. Αυτές οι σημειώσεις είναι *μεθοδολογικές, περιγραφικές και αναλυτικές*. Στις *περιγραφικές* περιλαμβάνονται όσα «βλέπει και ακούει» ο παρατηρητής και θεωρεί σημαντικά. Οι σημειώσεις αυτού του είδους περιέχουν την λιγότερη δυνατή ερμηνεία και η δομή τους εναπόκειται καθαρά στον ερευνητή. Είναι δεδομένα τα οποία ο ερευνητής θεωρεί σημαντικά για καταγραφή τους, μπορεί να είναι εμπειρίες, κάποια πρόταση ή αποτέλεσμα μιας κατάστασης (Newbury,2001). Μπορούν επίσης να συμπεριλαμβάνουν σημειώσεις από την παρακολούθηση μιας διαδικασίας, συμπεριφορές, τη διάδραση των παρατηρούμενων και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (Bernard,2011).

Στις *μεθοδολογικές* σημειώσεις συμπεριλαμβάνετε η τεχνική συλλογής δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα περιγράφεται η διαδικασία που χρησιμοποιεί ο παρατηρητής για να βρει τον καλύτερο τρόπο καταγραφής δεδομένων πχ. αν ο παρατηρητής περνά αρκετό χρόνο με ανθρώπους οι οποίοι περιθωριοποιούνται θα καταγράφεται η εμπειρία του. Κατά την έναρξη της συλλογής δεδομένων ο παρατηρητής είναι αναμενόμενο να νιώθει «άβολα», οπότε με αυτές τις σημειώσεις περιγράφεται η διαδικασία προσαρμογής του στην κουλτούρα ενός οργανισμού (Bernard,2011). Οι *μεθοδολογικές* σημειώσεις είναι δηλώσεις που αντικατοπτρίζουν τις λειτουργικές πράξεις (μια οδηγία, μια υπενθύμιση, μια κριτική σε τακτικές που παρατηρεί) περιλαμβάνουν το χρονοδιάγραμμα, την ακολουθία, το στάδιο, και τις ρυθμίσεις (Newbury,2001). Οι *αναλυτικές* σημειώσεις αφορούν τις συνειδητές, ελεγχόμενες προσπάθειες τους ερευνητή να καταλήξει στην ουσία των σημειώσεων του. Αφορούν την προσωπική του ερμηνεία των όσων βλέπει (Newbury,2001). Ουσιαστικά αντικατοπτρίζουν τις ιδέες του παρατηρητή σχετικά με το θέμα το οποία μελετά και συχνά οι σημειώσεις αυτού του είδους αναδύονται μέσα από τις μεθοδολογικές και περιγραφικές σημειώσεις (Bernard,2011).

Για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα προσώπου των Lorish&Maisiak, 1986. Η κλίμακα των Lorish&Maisiak, 1986 είναι μια πολύ σύντομη, *εικονογραφημένη κλίμακα διάθεσης*, που χρησιμοποιεί μια ακολουθία 20 προσώπων για την περιγραφή της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή. Η κλίμακα προσώπου περιέχει 20 σχέδια μιας μόνο όψης, με το κάθε πρόσωπο να παρουσιάζει μια ελαφρώς διαφορετική κατάσταση διάθεσης. Το εικονογραφημένο πρόσωπο σκοπίμως δεν έχει φύλο και θεωρείται πολυεθνικό, ούτως ώστε να εξασφαλιστεί μια πιο ευρεία χρήση της κλίμακας. Οι λεπτές αλλαγές στα μάτια, στα φρύδια και στο στόμα χρησιμοποιήθηκαν για να αντιπροσωπεύσουν τα ελαφρώς διαφορετικά επίπεδα διάθεσης. Η κλίμακα είναι διαρρυθμισμένη σε φθίνουσα σειρά διάθεσης και αριθμημένη από το 1-20, με το 1 να αντιπροσωπεύει την πιο θετική διάθεση και το 20 να αντιπροσωπεύει την πιο αρνητική. Στην παρούσα μελέτη ο παρατηρητής κατά την διαμονή του στα δωμάτια των ασθενών, παρατηρούσε προσεκτικά το πρόσωπο των ασθενών πριν, κατά και μετά την επαφή τους με τους νοσηλευτές. Χρησιμοποιούσε την κλίμακα αυτή, βάση των μορφασμών του προσώπου του ασθενή (μάτια, φρύδια, στόμα), για να συλλάβει μια αντικειμενική μέτρηση της διάθεσης τους, κατά τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κλίμακα επισυνάπτεται στα παραρτήματα.

Για το περιεχόμενο των σημειώσεων είναι γνώστες μόνο ο παρατηρητής και οι ερευνητές, για να μην επηρεαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Τα δεδομένα έχουν αναλυθεί μέσω ανάλυσης περιεχομένου. Ακολούθως έχουν κωδικοποιηθεί και κατηγοριοποιηθεί προκειμένου να ακολουθήσει θεματική ανάλυση.

3.5.3. Διαδικασία Ανάλυσης Ποιοτικών Δεδομένων- Ανάλυση Περιεχομένου

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων από την έρευνα παρατήρησης, ακολούθησε η ανάγνωση των σημειώσεων πεδίου αρκετές φορές από 2 ανεξάρτητους ερευνητές (από την παρούσα ερευνήτρια και την επιβλέπουσα καθηγήτρια της). Επιπλέον, η ερευνήτρια έλαβε καθοδήγηση από την ακαδημαϊκή επιτροπή επίβλεψης του διδακτορικού της, καθώς οι καθηγητές είχαν πλούσιο υπόβαθρο με αυτού του είδους ανάλυση δεδομένων.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου στην προσπάθεια των ερευνητών να απαριθμήσουν και να αναγνωρίσουν συνώνυμες λέξεις μέσα στο κείμενο, από τη μελέτη παρατήρησης. Οι μονάδες ανάλυσης ήταν κατά κύριο λόγο λέξεις (Karaniola, 2019), ενώ εντοπίστηκαν μεμονωμένες περιπτώσεις όπου επιλέχθηκαν φράσεις. Ακολούθηθηκε επαγωγική διαδικασία κωδικοποίησης (Glaser & Strauss, 1967). Η ανάλυση περιεχομένου θεωρείται ως μια αντανακλαστική διαδικασία (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Προκειμένου να διατηρηθεί η ποιότητα και η αξιοπιστία της ανάλυσης (Bengtsson, 2016) η ερευνήτρια μαζί με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της ήταν υπεύθυνες για την αναγνώριση και τη σύνοψη των εννοιολογικών μονάδων, την κωδικοποίηση και την κατηγοριοποίηση στις θεματικές ενότητες. Τόσο οι κώδικες όσο και τα θέματα συζητήθηκαν στη συνέχεια με τα υπόλοιπα 2 μέλη της ερευνητικής ομάδας (Α.Χ, Α.Μ.), όπως ενδείκνυται από τη βιβλιογραφία (Karaniola, 2019). Η διαδικασία ανάλυσης δεδομένων για την πρώτη θεματική ενότητα παρουσιάζεται στα παραρτήματα (πίνακας 7). Συνολικά αναγνωρίστηκαν 26 κώδικες, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε 15 κατηγορίες.

Όταν ολοκληρώθηκε η ανάγνωση οι δύο ερευνήτριες προχώρησαν ξεχωριστά η κάθε μία στην ανάπτυξη του πλαισίου κατηγοριοποίησης, για να γίνει εφικτή η κωδικοποίηση και η ταξινόμηση των δεδομένων. Οι σημειώσεις πεδίου είχαν κατηγοριοποιηθεί εννοιολογικά για να ακολουθήσει η θεματική ανάλυση κατά άξονα ενδιαφέροντος, με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας (Δημητρόπουλος 2001, Μερκούρης 2008). Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώνονται μέσα από τη διαδικασία κατηγοριοποίησης επιτρέπει την μετατροπή του περιεχομένου των σημειώσεων σε συνοπτικά ευρήματα, τα οποία στη συνέχεια ερμηνεύονται με ποιοτικούς όρους. Όταν ολοκληρώθηκε η διαδικασία αυτή οι δύο ερευνήτριες συζήτησαν τις κατηγορίες που εντόπισαν, οι οποίες ήταν κοινές, εκτός από δύο, που είχαν διατυπωθεί με διαφορετικό τρόπο, αλλά συνάδουν εννοιολογικά, έτσι συμφώνησαν σε νέα ονόματα των κατηγοριών, καθώς θεώρησαν ότι ανταποκρίνεται πιο σωστά στο θέμα. Μετά το πέρας της διαδικασίας αυτής αναδύθηκαν 4 θεματικές ενότητες που συμπεριλάμβαναν όλες τις κατηγορίες. Η ταξινόμηση στις θεματικές ενότητες έγινε από τους ερευνητές, με βάση τα δεδομένα που αναδύθηκαν κατά την έρευνα. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, η τριμελής επιτροπή επέβλεπε και συζητούσε τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων και αφού κατέληξαν σε μια κοινή συμφωνία οριστικοποιήθηκαν οι 4 θεματικές ενότητες: 1) ανικανοποίητες

βασικές ανάγκες των ασθενών 2) σεβασμός της αξιοπρέπειας με βάση τη θεωρητική προσέγγιση των Gallagher et al, 2008, 3) επικοινωνία και 4) τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας.

3.5.4. Ηθικά θέματα

Σε αυτό το στάδιο της έρευνας, αρχικά δινόταν ενημερωτικό έντυπο στο συγγενή του ατόμου με άνοια από την ερευνήτρια, που εξηγούσε την φύση και το σκοπό της έρευνας προκειμένου να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση του. Η διαδικασία συγκατάθεσης του ασθενή, καθίσταται δύσκολη και πάσης φύσεως αμφισβητήσιμη, λόγω της γνωστικής ανεπάρκειας. Προαναφέρθηκε ότι πολλές έρευνες ασχολήθηκαν με την ισχύ της συγκατάθεσης του ασθενή (Howe, 2012), όπου πραγματοποιούνταν με την διαύγεια πνεύματος του την ώρα της συγκατάθεσης, αν ισχύει στην παρούσα φάση της ζωής του και αν συσχετίζεται με τις πεποιθήσεις του πριν την παρουσία της άνοιας. Για να εξαλειφθούν οι ηθικοί φραγμοί στο θέμα αυτό, η συγκατάθεση λαμβανόταν από την οικογένεια του (Henge et al, 2016), μετά από συνεννόηση και επεξήγηση για τη φύση της έρευνας αφενός του συγγενή και αφετέρου στον ασθενή, ανεξαρτήτως του επίπεδου γνωστικής έκπτωσης, το οποίο δεν αξιολογήθηκε. Στις σημειώσεις πεδίου δεν αναγραφόταν κανένα αναγνωριστικό σημείο ούτε του ασθενή ούτε του νοσηλευτή. Κατά τη συμπλήρωση τους δεν γινόταν αναφορά στα ονόματα ή στα δωμάτια που νοσηλεύονταν οι ασθενείς, για να μην είναι εύκολος ο εντοπισμός τους. Σχετικά με τους νοσηλευτές στις σημειώσεις του παρατηρητή δεν αναγράφεται το όνομα τους ή η βαθμίδα τους για να μην στιγματιστούν. Νοείται ότι υπήρξε άρρηκτη εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια μεταξύ της ερευνητικής ομάδας, ενώ τα τμήματα που συγκαταλεγόταν στην έρευνα είχαν ενημερωθεί και πάρθηκε έντυπη συγκατάθεση από την υπεύθυνη τμήματος.

3.6. Στάδιο 3 Οιονεί πειραματική μελέτη- Εφαρμογή του Εκπαιδευτικού Προγράμματος

3.6.1. Εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος

Αφού είχαν ολοκληρωθεί η περιγραφική μελέτη και η έρευνα παρατήρησης, διεξάχθηκε μία οιονεί πειραματική μελέτη στους νοσηλευτές. Αυτό έγινε διότι δεν ήταν δυνατό να τηρηθούν όλοι οι κανόνες ενός πειράματος και κυρίως η δημιουργία ισοδύναμης ομάδας ελέγχου, καθώς το δείγμα ήταν πολύ μικρό και δεν θα υπήρχε ομοιογένεια στα χαρακτηριστικά, γεγονός που θα λειτουργούσε σαν συγχυτικός παράγοντας στην ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η παρέμβαση περιλάμβανε την διοργάνωση μιας εκπαιδευτικής ημερίδας, η οποία θα μετέδιδε στους νοσηλευτές τις απαραίτητες γνώσεις για την φροντίδα της άνοιας, ενώ παράλληλα θα εμπλούτιζε τις δεξιότητες τους, για τη διαχείριση της. Η ημερίδα αποτελείτο από διάφορα θέματα τα οποία αναλύθηκαν από ειδικούς της άνοιας όπου περιέγραψαν π.χ. την παθοφυσιολογία της νόσου και την εκμάθηση της ενδεικνυόμενης φροντίδας για τους ασθενείς αυτούς, τα προβλήματα της φροντίδας και την ευαλωτότητα των συγκεκριμένων ασθενών, μέσω ενός εκπαιδευτικού προγράμματος.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Gettingg to Know Me» έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και έγιναν κάποιες τροποποιήσεις για να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των κλινικών νοσηλευτών της Κύπρου. Η διαδικασία μετάφρασης περιλάμβανε την μετάφραση των διαλέξεων, του έντυπου υλικού και των βίντεο από 2 ανεξάρτητα άτομα, καλούς γνώστες της αγγλικής γλώσσας και μετά ακολούθησε συζήτηση για την επιλογή της τελικής έκδοσης. Υπεύθυνοι για τη διοργάνωση του προγράμματος και το περιεχόμενου του ήταν η ερευνήτρια, όπου το διδακτορικό της σχετίζεται με την άνοια, μαζί με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της, η οποία έχει αρκετό ερευνητικό έργο στον τομέα της άνοιας. Στο τέλος του σεμιναρίου δόθηκε έντυπο αξιολόγησης, για να δούμε πως έκριναν οι Κύπριοι νοσηλευτές το πρόγραμμα.

Επίσης έγιναν προσθήκες οι οποίες κρίθηκαν αναγκαίες μετά από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατήρησης, όπου φάνηκαν πιο ξεκάθαρα ορισμένες ελλείψεις στη φροντίδα ασθενών με άνοια. Η μετατροπή αυτή περιλάμβανε την πρόσθεση μας επιπλέον διάλεξης σχετικά με τις παραλείψεις φροντίδας, από ηθική κυρίως σκοπιά. Τα ευρήματα της έρευνας παρατήρησης έδειξαν σημαντικούς τομείς, που λαμβάνουν χώρα οι παραλείψεις φροντίδας, οπότε η μελέτη παρέμβασης διαμορφώθηκε, βάση των

ευρημάτων αυτών. Για παράδειγμα στον τομέα της ηθικής σημειώθηκαν αρκετές περιπτώσεις καταπάτησης της αξιοπρέπειας των ασθενών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους, έτσι η διάλεξη επικεντρώθηκε στην ενίσχυση της ηθικής των νοσηλευτών, κατά την αλληλεπίδραση τους με ασθενείς με άνοια. Πέραν από την προσθήκη της διάλεξης, η παρέμβαση εμπλουτίστηκε περαιτέρω, μέσω των ευρημάτων της έρευνας παρατήρησης. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο κομμάτι της επικοινωνίας, αφού όπως φάνηκε από τη μελέτη παρατήρησης οι νοσηλευτές υστερούσαν σημαντικά και δεν αναγνώριζαν τα μη λεκτικά μηνύματα των ασθενών. Επίσης, υπογραμμίστηκε η σημασία της ικανοποίησης των βασικών αναγκών των ασθενών με άνοια, καθώς οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση ενημερώθηκαν ότι πολλά από τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της νόσου, μπορούν να περιοριστούν εάν ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες των ασθενών και έτσι θα μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα την φροντίδα.

3.6.2. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα “Getting to know me”

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης επιλέχτηκε το πρόγραμμα των Elvish et al, 2014, επειδή είναι το μόνο πρόγραμμα που έχει ελέγξει εγκυρότητα και αξιοπιστία στις μετρήσεις του και είναι το μόνο που εφαρμόστηκε ξανά (Elvish et al, 2016). Μετά την πιλοτική εφαρμογή του και τις απαραίτητες μετατροπές, το πρόγραμμα έχει πλέον υιοθετηθεί από το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου. Επιπλέον, η τελική του μορφή συστήνεται από τους κατασκευαστές ότι μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλες χώρες. Τα αποτελέσματα του ήταν αρκετά ενθαρρυντικά, ενώ βάση για τη δημιουργία του αποτέλεσαν ομάδες εστίασης νοσηλευτών, όπου περιέγραψαν τις ανάγκες μάθησης που είχαν προκειμένου να περιθάλψουν ένα ασθενή με άνοια. Ο λόγος που επιλέχτηκε το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι γιατί είναι το μόνο που ξανά εφαρμόστηκε, αξιολογήθηκε και είχε μεγάλο ποσοστό βελτίωσης στις γνώσεις των νοσηλευτών μετά την εφαρμογή του. Επιπλέον, προσφέρεται δωρεάν και έχουν παρθεί οι απαραίτητες άδειες από τους κατασκευαστές του προγράμματος.

Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος οι ερευνητές (Elvish et al, 2014) έχουν δημιουργήσει και 2 εργαλεία αξιολόγησης των γνώσεων (Knowledge in Dementia=KIDE) και του επιπέδου αυτοπεποίθησης (Confidence in Dementia=CODE) των νοσηλευτών, τα οποία όμως βρίσκονται ακόμη υπό αξιολόγηση. Τα ερωτηματολόγια έχουν περάσει την πιλοτική δοκιμασία και έχουν γίνει οι έλεγχοι για

εγκυρότητα και αξιοπιστία. Επίσης δόθηκε και ένα τρίτο εργαλείο που έχει δημιουργηθεί από προηγούμενους ερευνητές (Dagnan et al, 2004) και μετρά την διαχείριση των πεποιθήσεων. Είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς, 15 ερωτήσεων βασισμένο στη θεωρία ότι η απόδοση της διαχείρισης αποφασίζει την απάντηση των νοσηλευτών. Είναι διαβαθμισμένο σε 5βάθμια κλίμακα από «συμφωνώ πλήρως» μέχρι «διαφωνώ πλήρως».

Η δομή του προγράμματος βασίστηκε σε προηγούμενες παρεμβατικές μελέτες, πιο συγκεκριμένα στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των Galvin et al, 2010, στις ΗΠΑ. Το πρόγραμμα των Galvin et al, 2010, διήρκησε 7 ώρες, με δείγμα 540 νοσηλευτές και περιλάμβανε 5 θεματικές ενότητες (εισαγωγή, παθοφυσιολογία, επικοινωνιακές και συμπεριφορικές τεχνικές προσέγγισης, ενδεικνυόμενη φροντίδα ασθενή με άνοια, συνεργασία με τον φροντιστή). Μέτρησαν σε τρεις χρόνους τις γνώσεις των νοσηλευτών (αμέσως πριν και μετά την παρέμβαση και 120 μέρες μετά), μέσω τριών αυτό-δημιούργητων εργαλείων αυτό-αναφοράς, που μετρούσαν γνώσεις και επίπεδα αυτοπεποίθησης. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι 7 ώρες ήταν αρκετές καθώς αυξήθηκαν τόσο οι γνώσεις όσο και η αυτοπεποίθηση στους νοσηλευτές, μια βελτίωση η οποία διατηρήθηκε και μετά την πάροδο 4 μηνών.

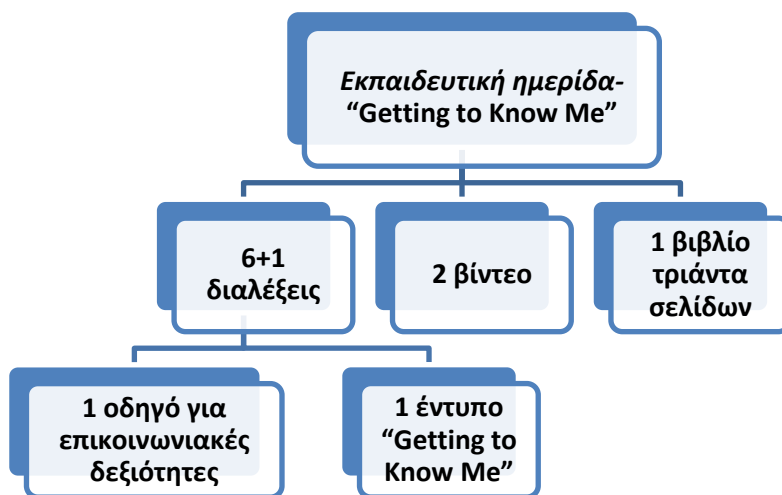
Το πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί αρχικά, σε 72 νοσηλευτές, σε ένα νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο Μάντσεστερ. Υπεύθυνοι για το πρόγραμμα ήταν η ακαδημαϊκή ομάδα που δημιούργησε το πρόγραμμα, αλλά για τη διδασκαλία ήταν υπεύθυνος ένας από τους ερευνητές, S. Burrow. Μετά από ένα χρόνο έχει εφαρμοστεί ξανά σε μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών (n=517), πάλι στο Ηνωμένο Βασίλειο, από τους ίδιους ερευνητές, σε τρία νοσοκομεία (Elvish et al, 2016). Οι διδάσκοντες ήταν ακαδημαϊκοί στο τμήμα νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο του Manchester, με υπόβαθρο ψυχολογίας, νοσηλευτικής και ιατρικής, με ερευνητικό έργο, κυρίως στον τομέα της άνοιας. Οι μεταβλητές που διερευνούσαν ήταν κατά πόσο αυξήθηκαν οι γνώσεις και το επίπεδο αυτοπεποίθησης των νοσηλευτών, όσο αφορά την φροντίδα ασθενών με άνοια. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική αύξηση μετά την παρακολούθηση του προγράμματος, μεταξύ των νοσηλευτών και στις 2 εφαρμογές.

Έγιναν 3 μετρήσεις αμέσως πριν και αμέσως μετά την εφαρμογή του προγράμματος, με τα αποτελέσματα να δείχνουν σημαντική αύξηση των γνώσεων και του επιπέδου αυτοπεποίθησης. Επίσης, σε μεταγενέστερο στάδιο έχουν πραγματοποιηθεί οι ίδιες μετρήσεις μετά την πάροδο 2 μηνών με τα αποτελέσματα να παραμένουν τα ίδια. Οι

συγγραφείς αναφέρουν ότι θα επαναληφθούν οι μετρήσεις σε ένα χρόνο, αλλά τα αποτελέσματα τους δεν έχουν δημοσιευθεί ακόμη.

α) Περιγραφή Εκπαιδευτικού Προγράμματος

Το «Getting to Know Me» πρόγραμμα, έχει σχεδιαστεί ειδικά για νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής, που εργάζονται σε νοσοκομεία και έρχονται σε επαφή με άτομα με άνοια. Η σύνταξη του βασίστηκε στην διεθνή βιβλιογραφία και σε ομάδες εστίασης όπου οι νοσηλευτές περιγράφαν τις ανάγκες μάθησης. Περιλαμβάνει 4 συνόδους διάρκειας 45-90 λεπτών, συνολικής διάρκειας έξι ωρών. Περιλαμβάνει:

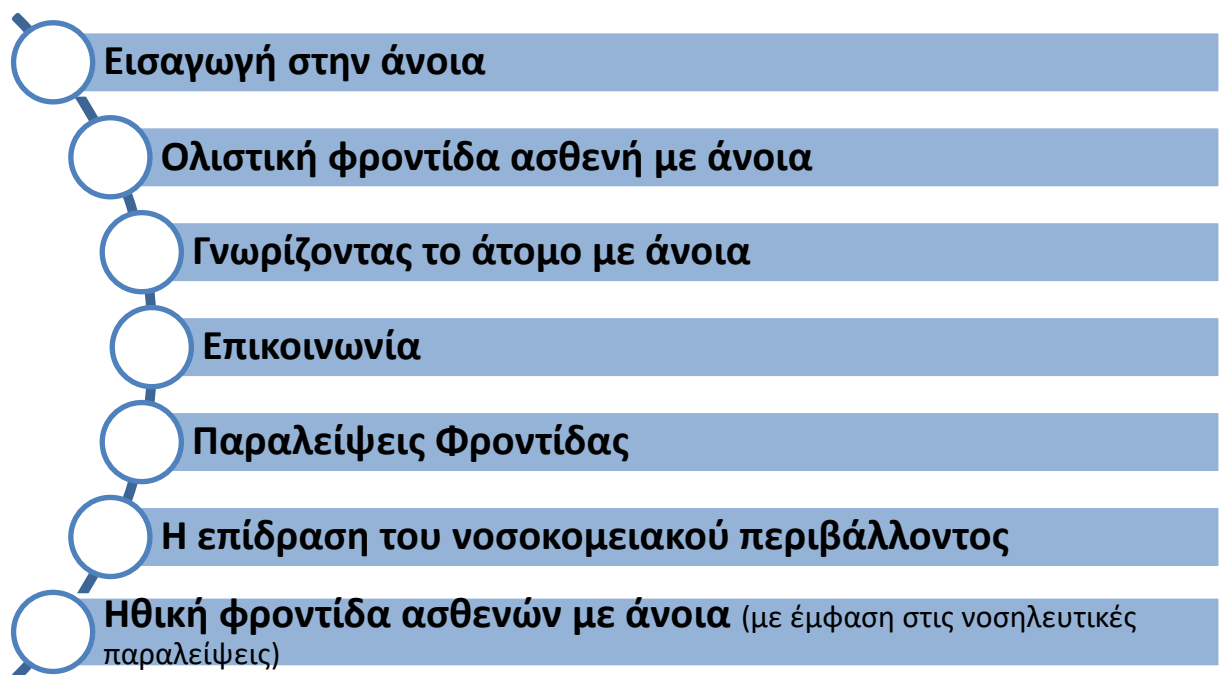


Διάγραμμα 4. Περιεχόμενα εκπαιδευτικού προγράμματος

Στο βιβλίο αναφέρεται η παθοφυσιολογία και τα είδη της άνοιας, τρόποι επικοινωνίας και διαχείρισης επιθετικής συμπεριφοράς, η προσαρμογή του περιβάλλοντος για λόγους ασφάλειας του ασθενή, η βοήθεια για προαγωγή σίτισης, η ψυχολογική στήριξη των συγγενών και η διαχείριση του πόνου. Στα βίντεο περιλαμβάνονται συνεντεύξεις με ασθενείς με άνοια και οδηγίες για καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς.

Υπάρχει ακόμη η φόρμα «Getting to Know Me», όπου είναι ένα έντυπο το οποίο συμπληρώνεται από τον ασθενή αν είναι σε θέση (πχ πρώιμο στάδιο άνοιας) ή από τους συγγενείς του, στο οποίο αναγράφονται διάφορα στοιχεία της καθημερινή ρουτίνας του ασθενή και το οποίο διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενή στο περιβάλλον του

νοσοκομείου, ενώ παράλληλα κατευθύνει το νοσηλευτικό προσωπικό για καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή. Το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται στα νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου και αναφορές συγγενών δείχνουν ότι βελτίωσαν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας στους συγγενείς τους, που πάσχουν από άνοια. Περιληπτικά στο έντυπο γράφει το όνομα που προτιμά να τον φωνάζουν ο ασθενής, τις συνήθειες του, τις προτιμήσεις του καθώς και τους λόγους που μπορεί να γίνει ευέξαπτος, στην παρούσα φάση και στάδιο της άνοιας. Βέβαια το έντυπο αυτό έχει παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες και συζητήθηκε η χρησιμότητα του στον κλινικό χώρο. Οι κύριες ενότητες που καλύπτουν οι διαλέξεις είναι:



Διάγραμμα 5. Ενότητες εκπαιδευτικού προγράμματος

Όπως προαναφέρθηκε ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στο επικοινωνιακό κομμάτι, προκειμένου να αναβαθμιστούν οι δεξιότητες των συμμετεχόντων και να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα μη λεκτικά μηνύματα των ασθενών. Η έμφαση αυτή αποφάσισε να γίνει μετά την ολοκλήρωση της έρευνας παρατήρησης, καθώς είχε διαφανεί ότι οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν με τους ασθενείς με άνοια, ούτε αναγνωρίζουν τη μη λεκτική επικοινωνία, που αρκετοί ασθενείς είχαν χρησιμοποιήσει κατά τη νοσηλευτική φροντίδα. Η ολιστική φροντίδα συμπεριλάμβανε την ενίσχυση γνώσεων των νοσηλευτών ως προς την εκπλήρωση βασικών αναγκών των ασθενών με άνοια,

στοιχείο που διαφάνηκε ότι λείπει από την βασική νοσηλευτική φροντίδα, μέσω της έρευνας παρατήρησης. Η τελευταία διάλεξη είχε προστεθεί μετά από την έρευνα παρατήρησης, αφού όπως φάνηκε από τα ευρήματα οι νοσηλευτές προβαίνουν σε αρκετές νοσηλευτικές παραλείψεις, σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Τονίστηκε ιδιαίτερα η ηθική σκοπιά του θέματος, συγκεκριμένα ο σεβασμός της αξιοπρέπειας των ασθενών με άνοια, στοιχείο που φάνηκε να καταπατάται σε αρκετές περιπτώσεις, κατά τη νοσηλευτική φροντίδα. Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας αποτελεί ένα βασικό εύρημα της έρευνας παρατήρησης, καθώς όπως είχε διαφανεί αρκετοί ασθενείς δεν ήταν ντυμένοι αξιοπρεπώς (μόνο με χειρουργική ρόμπα ή καθόλου) ή δεν προσφωνούνταν με το όνομα τους. Η διάλεξη αυτή είχε σκοπό να ενισχύσει την ηθική των συμμετεχόντων, να αντιληφθούν την σημαντικότητα της κατά τη νοσηλευτική φροντίδα και να προάγει την ενσυναίσθηση προς τα άτομα με άνοια. Απώτερος στόχος της διάλεξης ήταν να αναγνωρίσουν οι νοσηλευτές τις παραλείψεις που προβαίνουν, ούτως ώστε να μειωθεί το φαινόμενο αυτό, μέσω της ανάπτυξης συμπόνιας και των γενικότερων ηθικών αρχών που διέπουν το επάγγελμα.

3.6.3. Μεθοδολογία παρεμβατικής μελέτης

α) Επιλογή Συμμετεχόντων

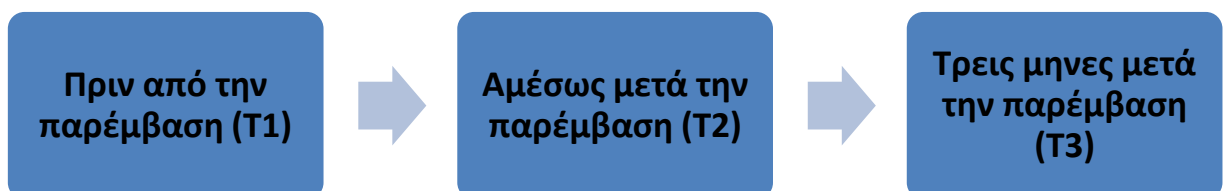
Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα κλήθηκαν να συμμετέχουν κλινικοί νοσηλευτές. Τα κριτήρια εισδοχής ήταν τα ίδια με την περιγραφική μελέτη. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στις μελέτες αυτές δεν πρέπει να είναι μεγάλος και συστήνεται γύρω στα 40 άτομα, χωρισμένα σε μικρές ομάδες (Bryans et al, 2003, Davison et al, 2007, McCaffrey et al, 2013, Elvish et al, 2014, Kimzey et al, 2016). Οι ερευνητές που δημιούργησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Elvish et al, 2014) το εφάρμοσαν σε ομάδες 18-20 ατόμων με συνολικό αριθμό 54 άτομα, οπότε η παρούσα έρευνα ακολούθησε την ίδια μέθοδο δειγματοληψίας και το δείγμα που δήλωσε συμμετοχή στην ημερίδα ανήλθε στους 68 νοσηλευτικούς λειτουργούς. Επιπλέον, έχει προηγηθεί ανάλυση ισχύος (power analysis) και το ενδεδειγμένο δείγμα ανέρχεται στα 25 άτομα,. Κατά την εγγραφή τους στην ημερίδα οι συμμετέχοντες ενημερωνόταν ότι πρόκειται να γίνει τυχαία επιλογή για συμμετοχή στην ημερίδα. Όταν ο αριθμός ανήλθε στα 68 άτομα, ζητήθηκε από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή μέσω της εντολής =rand (στο πρόγραμμα excel) η τυχαία επιλογή και έτσι επιλεγήκαν οι 33 μεγαλύτεροι αριθμοί για συμμετοχή στην ομάδα

παρέμβασης. Ο λόγος απόκλισης από το αρχικό υπολογιζόμενο δείγμα είναι το αυξημένο ενδιαφέρον που επέδειξαν οι νοσηλευτές για το πρόγραμμα, η ισχυροποίηση των αποτελεσμάτων και σε περίπτωση όπου κάποιος συμμετέχοντας δεν συμπλήρωσε το τελικό ερωτηματολόγιο να μην επηρεαστεί η στατιστική ανάλυση, λόγω μικρού δείγματος.

Ακολούθως οι συμμετέχοντες ενημερωθήκαν τηλεφωνικώς ότι θα συμμετέχουν με τη προϋπόθεση ότι θα συμπληρώσουν και τα 3 ζεύγη ερωτηματολογίων. Στους εναπομείναντες νοσηλευτές, που δήλωσαν ενδιαφέρον για την ημερίδα, προσφέρθηκε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, αφού ολοκληρώθηκε και η τελευταία μέτρηση της ομάδας παρέμβασης, 3 μήνες μετά τη διεξαγωγή της ημερίδας.

β) Μετρήσεις

Όσον αφορά στις αξιολογήσεις, αξιολογήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια, σε τρία διαφορετικά χρονικά διαστήματα, με τα ίδια ερευνητικά εργαλεία που είχαν χρησιμοποιηθεί στην περιγραφική μελέτη. Τα χρονικά διαστήματα έχουν επιλεγεί βάση της διεθνούς βιβλιογραφίας από παρεμβατικές μελέτες, που μελετούσαν επίσης τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα της άνοιας (Galvin et al, 2010, Palmer et al, 2013, Surr et al, 2015), ή εφάρμοσαν άλλα παρεμβατικά προγράμματα σε νοσηλευτές (Gustafsson&Borglin, 2013, Mahramus et al, 2014, Mahendran et al, 2014).



Διάγραμμα 6. Δειγματοληψία χρόνου παρεμβατικής μελέτης

Η πρώτη μέτρηση ίσχυε από την περιγραφική μελέτη όπου είχε προηγηθεί της παρέμβασης και τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στην περιγραφική φάση, είχε ζητηθεί

από τους συμμετέχοντες να γράψουν τα τελευταία τρία ψηφία του τηλεφώνου τους, για σκοπούς ταύτισης, με τα ερωτηματολόγια μετά την παρέμβαση. Στον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης ίσχυε ότι σε περίπτωση όπου κάποιος συμμετέχοντας στην παρέμβαση δεν συμμετείχε στην περιγραφική μελέτη θα απαντούσε το ερωτηματολόγιο αμέσως πριν την έναρξη της παρέμβασης. Ο σχεδιασμός αυτός αναδιαμορφώθηκε, καθώς όσοι νοσηλευτές είχαν δηλώσει συμμετοχή, κανένας δεν είχε συμμετέχει στο περιγραφικό στάδιο. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν από ιδιωτικές κλινικές ή άλλα τμήματα του νοσοκομείου, που δεν είχε διεξαχθεί περιγραφική μελέτη, άρα η πρώτη μέτρηση ίσχυε πριν την έναρξη της παρέμβασης. Κανένας νοσηλευτής από τα τμήματα που διεξάχθηκε η περιγραφική μελέτη, δεν εκδήλωσε ενδιαφέρον για συμμετοχή στην ημερίδα.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις μετρήσεις είναι το Dementia Knowledge Assessment tool version 2 όσο αφορά τις γνώσεις και το Dementia Attitude Scale για τις στάσεις, τα οποία είχαν χρησιμοποιηθεί πρώτα στο περιγραφικό στάδιο της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν αριθμημένα στους συμμετέχοντες εις διπλούν, ούτως ώστε να συμπληρώσουν το πρώτο ζεύγος ερωτηματολογίων αμέσως μετά την λήξη της και τα ίδια ερωτηματολόγια 3 μήνες μετά, ενώ υπεύθυνος για τη συλλογή τους ήταν η ερευνήτρια της παρούσα μελέτης. Ο σκοπός που δόθηκαν αριθμημένα είναι για να γίνει ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων πριν και μετά την παρέμβαση για τον κάθε συμμετέχοντα και να εντοπιστεί η δράση της παρέμβασης στην αύξηση των γνώσεων και την βελτίωση των στάσεων των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα ασθενών με άνοια.

Στην τελική φάση το επίπεδο γνώσεων, βάση των τελικών ερωτηματολογίων των 34 συμμετεχόντων στην παρεμβατική μελέτη έχει συγκριθεί με τα αρχικό επίπεδο που συλλέχτηκε στην περιγραφική φάση. Επίσης, μετά το πέρας της έρευνας παρατήρησης έχουν προστεθεί στο τελευταίο ερωτηματολόγιο του παρεμβατικού σταδίου οι ακόλουθες ερωτήσεις. Η πρόσθεση αυτή έγινε προκειμένου να εντοπίσουμε πως αξιολογούν οι ίδιοι οι νοσηλευτές την παρεχόμενη φροντίδα, βάση των θεματικών που αναδύθηκαν από τα δεδομένα του δεύτερου σταδίου.

Σε 3βάμια κλίμακα Likert (μη ικανοποιητικό, ικανοποιητικό, πολύ ικανοποιητικό)

1. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι στο τμήμα σας καλύπτονται όλες οι βασικές ανάγκες των ασθενών κατά την νοσηλευτική φροντίδα; (νερό, τροφή, ύπνος, αφόδευση, ασφάλεια, άνεση, ψυχολογικές ανάγκες)

2. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η αξιοπρέπεια του ασθενή γίνεται σεβαστή και προάγεται στο τμήμα σας κατά την νοσηλευτική φροντίδα; (π.χ. σεμνό ντύσιμο, καθαριότητα, πατερναλιστική συμπεριφορά, προσφώνηση ασθενή με το όνομα, σεβασμός προσωπικού χώρου, εξατομικευμένη φροντίδα, δικαίωμα επιλογής, ενημέρωση, μικτά δωμάτια, αγνόηση, βλεμματική επαφή, χρήση περιοριστικών μέτρων)

3. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι προάγεται η επικοινωνία ασθενή-νοσηλεύτη στο τμήμα σας; (λεκτική ή μη λεκτική, άγγιγμα)

4. Κατά την κρίση σας σε ποιο βαθμό γίνονται τα πιο κάτω:

α) σωστή καταγραφή στα δελτία παρακολούθησης ασθενή (Ζ/Σ, λήψης και αποβολής υγρών)

β) χρήση άσηπτου τεχνικής

γ) διεργασίες βάση πρωτοκόλλων

δ) ορθή χορήγηση φαρμάκων

5. Πόσο περίπου διαρκεί ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας ανά ασθενή στο τμήμα σας;

α) σε πρωινή βάρδια

β) σε απογευματινή βάρδια

3.6.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων παρεμβατικής μελέτης

Μετά την ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η ανάλυση των αποτελεσμάτων, με συγκριτική μέθοδο για να εντοπιστεί η διαφορά πριν, μετά την παρέμβαση και πόσο επηρεάστηκαν τα αποτελέσματα μετά το πέρας τριών μηνών. Τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν επίσης με περιγραφική στατιστική, όπως τα αποτελέσματα από την περιγραφική έρευνα, καθώς όλα τα ερωτήματα αναλύονται με αυτή την μέθοδο. Η επαγωγική στατιστική είχε χρησιμοποιηθεί μετά το πέρας της περιγραφικής στατιστικής, προκειμένου να δούμε αν είναι εφικτό να διεξαχθούν συμπεράσματα για ολόκληρο τον νοσηλευτικό πληθυσμό. Οι στατιστικές μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτό το στάδιο είναι οι ίδιες με το περιγραφικό στάδιο και παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στο κεφάλαιο 3.1.6. (σελίδα 106).

3.6.5. Ηθικά θέματα

Καθώς τα εργαλεία μέτρησης που είχαν χρησιμοποιηθεί στο περιγραφικό στάδιο της έρευνας, ήταν τα ίδια με το παρεμβατικό στάδιο, ισχύουν τα ίδια ηθικά θέματα, όπως αναφέρονται στη περιγραφική μελέτη, κεφάλαιο 3.6.1. (σελίδα 106).

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη πεδίου, β) τις εξετάσεις εγκυρότητας των ερωτηματολογίων, γ) τα αποτελέσματα της μελέτης πεδίου, δ) τα αποτελέσματα της μελέτης παρατήρησης, ε) τα δημογραφικά στοιχεία της παρεμβατικής μελέτης και ζ) τα αποτελέσματα της παρεμβατικής μελέτης.

4.1. Πληθυσμός και δείγμα περιγραφικής μελέτης

Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στη διαδικασία συλλογής δεδομένων κλήθηκαν 462 άτομα και συμμετείχαν 416 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια (178 άνδρες και 238 γυναίκες) με ποσοστό ανταπόκρισης 88.5%. Η μέση τιμή ηλικίας ήταν $M= 35.5$ χρόνια, ελάχιστο έτος τα 22 χρόνια και μέγιστο τα 60+ (τυπική απόκλιση= 1.83). Κάποια επιπλέον δημογραφικά στοιχεία φαίνονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 10. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (μελέτη πεδίου)

Δημογραφικά στοιχεία	N= 462	(%)
Ποσοστό ανταπόκρισης	416/462	88.5
Ηλικία		
>40	317	76.2
<40	99	23.7
Φύλο - Θήλυ	238	57.2
- Άρρεν	178	42.8
Επίπεδο Σπουδών –		
Πτυχίο	280	67.3
Μεταπτυχιακό	128	30.8
Διδακτορικό	7	1.7
Τίτλος		
Νοσηλευτικός Λειτουργός	367	87.2
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	36	8.7
Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	13	3.1
Χρόνια Υπηρεσίας		
<5	48	11.5
5.0-9.9	155	37.3
10.0+	213	51.2
Εάν έχουν φροντίσει άτομο με άνοια στην οικογένεια τους		
Ναι	104	25
Όχι	312	75

4.2. Εξετάσεις Εγκυρότητας- Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου στάσεων

Πρώτα εξετάστηκε αν τα δεδομένα είναι επαρκή για παραγοντική ανάλυση για αυτό και έγινε το Kaiser -Meier-Olkin τεστ για την επάρκεια του δείγματος ($KMO=0.851$) το οποίο είναι μεγαλύτερο του 0.5 και p-value για τη σφαιρική δοκιμασία του Bartlett (Bartlett's test of sphericity) <0.001 . Αυτό δείχνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για ανάλυση παραγόντων. Σύμφωνα με τα κριτήρια του Kaiser, 1960, οι παράγοντες θεωρούνται ικανοποιητικοί αν η ιδιοτιμή (eigenvalue) είναι μεγαλύτερη της μονάδας (1). Ο δε Cohen, 1987, είναι της άποψης ότι το μέγεθος αποτελέσματος (effect size value) θα πρέπει να είναι πέραν του 0.30, ζητούμενα που έχουν ικανοποιηθεί από την παρούσα παραγοντική ανάλυση.

4.2.1. Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου Γνώσεων

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο των γνώσεων έγινε παραγοντική ανάλυση, αλλά δεν φαίνονται να ξεχωρίζουν οι δύο διαστάσεις που εντοπίστηκαν στο αρχικό ερωτηματολόγιο. Στην παρούσα ανάλυση διαχωρίστηκαν σε 7 μικρούς παράγοντες, οι οποίοι εννοιολογικά δεν ήταν εύκολο να ερμηνευτούν και έτσι δεν χρησιμοποιήθηκε η παραγοντική ανάλυση για περαιτέρω αναλύσεις.

4.2.2. Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου Στάσεων

Στον πιο κάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου των στάσεων. Η ανάλυση έδειξε 5 παράγοντες (άνεση, γνώσεις, αυτοπεποίθηση, αμηχανία, φόβος).

Πίνακας 11. Αποτελέσματα διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης ερωτηματολογίου Στάσεων

Ερωτήσεις	Άνεση (Factor 1)	Γνώσεις (Factor 2)	Αυτοπεποίθηση (Factor 3)	Αμηχανία (Factor 4)	Φόβος (Factor 5)
Νιώθω να αμείβομαι όταν δουλεύω με άτομα με άνοια.			.63		
Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.					.72
Τα άτομα με άνοια μπορούν να είναι δημιουργικά.	.44		.58		
Νιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.			.73		
Αισθάνομαι άνετα να αγγίζω άτομα με άνοια.			.51		
Νιώθω αμήχανα όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.					.76
Το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες.		.79			
Δεν είμαι πολύ εξοικειωμένος με την άνοια.				.74	
Θα απέφευγα ένα αναστατωμένο άτομο με άνοια.				.41	.54

Ερωτήσεις	Άνεση (Factor 1)	Γνώσεις (Factor 2)	Αυτοπεποίθηση (Factor 3)	Αμηχανία (Factor 4)	Φόβος (Factor 5)
Στα άτομα με άνοια αρέσει να έχουν κοντά τους οικεία πράγματα.		.69			
Είναι σημαντικό να γνωρίζεις το ιστορικό του παρελθόντος των ατόμων με άνοια.		.55	.43		
Είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.	.58				
Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα με άνοια.	.49				
Τα άτομα με άνοια μπορούν να απολαμβάνουν τη ζωή.	.76				
Τα άτομα με άνοια μπορούν να αισθανθούν πότε οι άλλοι είναι ευγενικοί μαζί τους.	.72				
Νιώθω άσχημα γιατί δεν ξέρω πώς να βοηθήσω ένα άτομο με άνοια.				.79	
Δεν μπορώ να φανταστώ να φροντίζω κάποιον με άνοια.				.47	
Θαυμάζω τις δεξιότητες αντιμετώπισης που έχουν τα άτομα με άνοια.	.43				
Μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων με άνοια.	.57	.47			
Οι προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια μπορούν να αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας.	.54				
Eigenvalues	5.28	2.07	1.47	1.05	1.00

Eigenvalues (after rotation)	3.07	2.14	1.99	1.84	1.83
% of variance explained (total=54.5%)	26.44	10.36	7.36	5.29	5.02
	(26.44)	(36.80)	(44.17)	(49.47)	(54.50)

Όπως φαίνεται από τον πιο πάνω πίνακα η ανάλυση ανέδειξε 5 παράγοντες, που ερμηνεύουν συνολικά το 54.5% της διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας φορτίζει στο 26.4% της διακύμανσης και περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις (12,13,14,15,18,20), οι οποίες αναφέρονται στην άνεση που νιώθουν οι νοσηλευτές κατά την επαφή τους με τα άτομα με άνοια. Ο δεύτερος παράγοντας φορτίζει στο 36.8% της διακύμανσης και περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις (7,10,11,19), των οποίων το περιεχόμενο αφορά τις γνώσεις των νοσηλευτών ως προς την άνοια. Συνολικά εντοπίστηκαν 3 νέοι παράγοντες (αυτοπεποίθηση, αμηχανία, φόβος) που δεν αναφέρονταν στο πρωτότυπο. Ο τρίτος παράγοντας, η αυτοπεποίθηση, είναι ένας από τους τρεις, ο οποίος φορτίζεται στο 44.1% της διακύμανσης και περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις (1,3,4,5). Ο παράγοντας 4 φορτίζει στο 49.4% της διακύμανσης και περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις (8,16,17), που αφορούν την αμηχανία που βιώνουν οι νοσηλευτές κατά την αλληλεπίδραση τους με άτομα με άνοια. Ο τελευταίος παράγοντας φορτίζει στο 54.5% της διακύμανσης επίσης με 3 ερωτήσεις (2,6,9) και αναφέρεται στο φόβο που νιώθουν οι νοσηλευτές κατά την επαφή τους με τα άτομα αυτά.

Σχετικά με τις ερωτήσεις 3,9,11,19 οι οποίες φόρτιζαν σε 2 παράγοντες έχουν κατανεμηθεί στον παράγοντα που παρουσίαζαν την ψηλότερη φόρτιση, εκτός από την ερώτηση 19 η οποία εννοιολογικά συνάδει περισσότερο με τον παράγοντα 2 (γνώσεις), στον οποίο σημείωσε χαμηλότερη φόρτιση. Η ερώτηση 19 απευθύνεται κατά πόσο μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τη ζωή ενός ατόμου με άνοια, οπότε για να γνωρίζει κάποιος ότι όντως υπάρχουν αρκετές παρεμβάσεις, προϋποθέτει την ύπαρξη γνώσεων, άρα κατανεμήθηκε στον παράγοντα 2, αφού το περιεχόμενο της δεν απευθύνεται ιδιαίτερα στον παράγοντα 1 (άνεση). Όσο αφορά την ερώτηση 3 που φορτίζει στους παράγοντες 1 (άνεση) και 3 (αυτοπεποίθηση) κατανεμήθηκε βάση της ψηλότερης φόρτισης, καθώς επίσης εννοιολογικά συνάδει περισσότερο με τον παράγοντα 3, αντί με τον παράγοντα 1. Αντίστοιχα ισχύουν τα ίδια για την ερώτηση 9, σχετικά με τους παράγοντες 4 (αμηχανία) και 5 (φόβος). Η ερώτηση 9 κατανεμήθηκε στον παράγοντα 5 λόγω της ψηλότερης φόρτισης που είχε, αλλά και επειδή απευθύνεται περισσότερο στο συναίσθημα του φόβου παρά στην αμηχανία. Η ερώτηση 11 επιλέχθηκε να κατανεμηθεί στον παράγοντα 2 (γνώσεις) παρά στον παράγοντα 3 (αυτοπεποίθηση), αφενός λόγω της ψηλότερης φόρτισης, αφετέρου γιατί αναφέρεται στη σημασία που έχει να γνωρίζει κάποιος το ιστορικό του ασθενή με άνοια και αυτό

συσχετίζεται περισσότερο με το καλό γνωσιολογικό υπόβαθρο για τη νόσο, παρά με την ύπαρξη αυτοπεποίθησης.

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που ομαδοποιήθηκαν στον κάθε παράγοντα, ο συντελεστής αξιοπιστίας και ο μέσος όρος του κάθε παράγοντα.

Πίνακας 12. Ομαδοποίηση παραγόντων στάσεων

Παράγοντες	Cronbach's alpha	Αριθμός ερωτήσεων	Ερωτήσεις	Mean	SD
Άνεση	.78	6	(12,13,14,15,18,20)	4.96	1.00
Γνώσεις	.65	4	(7,10,11,19)	5.90	0.98
Αυτοπεποίθηση	.63	4	(1,3,4,5)	4.27	1.13
Αμηχανία	.68	3	(8,16,17)	4.59	1.21
Φόβος	.60	3	(2,6,9)	3.43	1.00

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων.

Πίνακας 13. Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων

	Άνεση	Γνώσεις	Αυτοπεποίθηση	Αμηχανία	Φόβος
Άνεση	1	0.52	0.58	0.14	-0.02
Γνώσεις	0.52	1	0.34	0.18	-0.09
Αυτοπεποίθηση	0.58	0.34	1	0.11	0.10
Αμηχανία	0.14	0.18	0.11	1	-0.37
Φόβος	-0.02	-0.09	0.10	-0.37	1
Συνολικό Στάσεις	0.85	0.64	0.72	0.48	-0.27

Στον πιο πάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση ($r=0.587$) μέτρια προς δυνατή μεταξύ αυτοπεποίθησης και άνεσης. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο καθώς εάν κάποιος δεν νιώθει αυτοπεποίθηση κατά την επαφή του με άτομα με άνοια, δεν μπορεί να νιώσει άνετα. Επίσης φάνηκε να υπάρχει μέτρια προς δυνατή συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων και την άνεση ($r=0.527$). Εύλογα μπορεί να υποθέσει κάποιος ότι με την κατάκτηση ενός ψηλού επιπέδου γνώσεων για τη διαχείριση ατόμων με άνοια, θα νιώθει και πιο άνετα κατά την αλληλεπίδραση του με τα άτομα αυτά, καθώς θα μπορεί να διαχειριστεί τα συναφή προβλήματα της νόσου.

Ο ακόλουθος πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης εγκυροποίησης και τα αποτελέσματα της εγκυροποίησης των κατασκευαστών του εργαλείου (O'Connor&McFadden,2010).

Πίνακας 14. Σύγκριση εγκυροποίησης του πρωτότυπου ερευνητικού εργαλείου με την παρούσα εγκυροποίηση

O'Connor&McFadden,2010				Enripidou, 2019				
		ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ /ΦΟΡΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΣΗΣ		ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ /ΦΟΡΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΣΗΣ				
ΑΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 Άνεση	2 Γνώσεις	1 άνεση	2 γνώσεις	3 αυτοπε ποίθηση	4 αμηχανία	5 φόβος
1	Νιώθω να αμείβομαι όταν δουλεύω με άτομα με άνοια.	0.57				0.63		
2	Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.	0.64						0.72
3	Τα άτομα με άνοια μπορούν να είναι δημιουργικά.		0.64	0.44		0.58		
4	Νιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.	0.76				0.73		
5	Αισθάνομαι άνετα να αγγίζω άτομα με άνοια.	0.68				0.51		

ΑΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 Άνεση	2 Γνώσεις	1 άνεση	2 γνώσεις	3 αυτοπεπ οίθηση	4 αμηχανία	5 φόβος
6	Νιώθω αμήχανα όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.	0.55						0.76
7	Το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες.		0.46		0.79			
8	Δεν είμαι πολύ εξοικειωμένος με την άνοια.	0.52					0.74	
9	Θα απέφευγα ένα αναστατωμένο άτομο με άνοια.	0.55					0.41	0.54
10	Στα άτομα με άνοια αρέσει να έχουν κοντά τους οικεία πράγματα.		0.32		0.69			
11	Είναι σημαντικό να γνωρίζεις το ιστορικό του παρελθόντος των ατόμων με άνοια.		0.31		0.55	0.43		
12	Είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.		0.51	0.58				
13	Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα με άνοια.	0.71		0.49				
14	Τα άτομα με άνοια μπορούν να απολαμβάνουν τη ζωή.		0.50	0.76				
15	Τα άτομα με άνοια μπορούν να αισθανθούν πότε οι άλλοι είναι ευγενικοί μαζί τους.		0.70	0.72				

ΑΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 Άνεση	2 Γνώσεις	1 άνεση	2 γνώσεις	3 αυτοπεπ οίθηση	4 αμηχανία	5 φόβος
16	Νιώθω άσχημα γιατί δεν ξέρω πώς να βοηθήσω ένα άτομο με άνοια.	0.44					0.79	
17	Δεν μπορώ να φανταστώ να φροντίζω κάποιον με άνοια.	0.74					0.47	
18	Θαυμάζω τις δεξιότητες αντιμετώπισης που έχουν τα άτομα με άνοια.		0.37	0.43				
19	Μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων με άνοια.		0.33	0.57	0.47			
20	Οι προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια μπορούν να αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας.		0.33	0.54				

Η παρούσα ανάλυση ανέδειξε 5 παράγοντες, που συνολικά ερμηνεύουν το 54.5% της όλης διακύμανσης, συγκριτικά με 2 παράγοντες του πρωτότυπου των O' Connor&McFadden, 2010, που ερμηνεύουν το 37.63% της διακύμανσης. Πιο αναλυτικά ο πρώτος παράγοντας φορτίζει για το 26.4% της διακύμανσης, στην παρούσα ανάλυση, με 6 ερωτήσεις (12,13,14,15,18,20), το περιεχόμενο των οποίων αναφέρεται στην άνεση που νιώθουν οι νοσηλευτές κατά την αλληλεπίδραση τους με άτομα με άνοια. Στο πρωτότυπο ο παράγοντας 1-άνεση φορτίζει με 26.03% και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (1,2,4,5,6,8,9,13,16,17). Με εξαίρεση την μία κοινή ερώτηση που εντοπίστηκε (ερ.13), όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις συγκαταλέγονται στον παράγοντα 2-γνώσεις στο πρωτότυπο. Στην παρούσα ανάλυση αυτός ο παράγοντας παρουσιάζει μεγάλες ομοιότητες με το δεύτερο παράγοντα στην ανάλυση του πρωτότυπου εργαλείου (γνώσεις), αν και οι ερωτήσεις δεν αναφέρονται ιδιαίτερα στις γνώσεις.

Ο δεύτερος παράγοντας (γνώσεις) φορτίζεται στην παρούσα ανάλυση με 10.36% της διακύμανσης και συμπεριλαμβάνει 4 ερωτήσεις (7,10,11,19), των οποίων το περιεχόμενο

αφορά τις γνώσεις των νοσηλευτών ως προς την άνοια. Στο πρωτότυπο ο δεύτερος παράγοντας (γνώσεις) συμπεριλαμβάνει 10 ερωτήσεις (3,7,10,11,12,14,15,18,19,20) και φορτίζεται με 11.60% της διακύμανσης. Οι τέσσερις ερωτήσεις που εντοπίστηκαν σε αυτό τον παράγοντα (7,10,11,19) συγκαταλέγονται και στην ανάλυση του πρωτότυπου.

Ο τρίτος παράγοντας η αυτοπεποίθηση, είναι ένας νέος παράγοντας που δεν εντοπίστηκε στην ανάλυση του πρωτότυπου. Φορτίζεται στο 7.36% της διακύμανσης και περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις (1,3,4,5). Οι ερωτήσεις 1,4 και 5 που συμπεριλαμβάνει αυτός ο παράγοντας, στην πρωτότυπη ανάλυση εμπεριέχονται στον παράγοντα 1 (άνεση), ενώ η ερώτηση 3 περιλαμβάνονταν στον παράγοντα 2 (τις γνώσεις). Αυτός ο παράγοντας αντιπροσωπεύει πόση αυτοπεποίθηση νιώθουν οι νοσηλευτές κατά την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.

Οι συγγραφείς είχαν διεξάγει 2 διερευνητικές παραγοντικές αναλύσεις η πρώτη με δείγμα 307 φοιτητές βιολογίας, ψυχολογίας, και ειδικής εκπαίδευσης και η δεύτερη με 145 φοιτητές νοσηλευτικής. Από τις αναλύσεις αναδείχθηκαν 4 παράγοντες. Παρόλο που αναγνώρισαν τη σχετικότητα τους με το εργαλείο, απόκλεισαν του 2, λόγω δυσκολίας στην ερμηνευση τους, χαμηλής αξιοπιστίας ($\alpha=0.10$ αντίστοιχα και για τους 2 παράγοντες) και χαμηλής φόρτισης (<0.35).

Συνολικά στην παρούσα ανάλυση εντοπίστηκαν ακόμη τρεις παράγοντες (αυτοπεποίθηση, αμηχανία, φόβος) που δεν αναφέρονταν στο πρωτότυπο, αν και οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ακόμη 2 παράγοντες στην αρχική ανάλυση τους. Στην παρούσα ανάλυση ο τέταρτος παράγοντας (αμηχανία) φορτίστηκε στο 5.29% της διακύμανσης με 3 ερωτήσεις (8,16,17) και ο πέμπτος (φόβος) φορτίστηκε με 5.02% με 3 ερωτήσεις (2,6,9). Η σύγκριση των ερωτήσεων δεν κατέστη δυνατή, καθώς οι συγγραφείς δεν δημοσίευσαν ποιες ερωτήσεις συμπεριλαμβάνονταν στην αρχική τους ανάλυση, που εμπεριείχε αυτούς τους παράγοντες. Στην τελική ανάλυση των συγγραφέων (O'Connor&McFadden, 2010) οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στον παράγοντα 4 (8,16,17) στην παρούσα ανάλυση, παρουσιάζονται στο παράγοντα 1 (άνεση) με συνολική φόρτιση 1.7% της διακύμανσης έναντι του 2.0% που εντοπίστηκε στην παρούσα. Οι ερωτήσεις (6,9) που αναδείχθηκαν στον παράγοντα 5 (φόβος) της παρούσας μελέτης, στην ανάλυση των συγγραφέων συμπεριλήφθηκαν στον παράγοντα 1 (άνεση) με συνολική φόρτιση 1.1% της διακύμανσης, ενώ στην παρούσα ήταν 1.3% της διακύμανσης. Η ερώτηση 2 συμπεριλαμβάνονταν στον παράγοντα 2 (γνώσεις) στην

ανάλυση των συγγραφέων με φόρτιση 0.64% της διακύμανσης, έναντι 0.58% που είχε στην παρούσα ανάλυση στον παράγοντα 5 (φόβος).

4.3. Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων νοσηλευτών προς την φροντίδα της άνοιας-μελέτη πεδίου

Η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών έχει πραγματοποιηθεί μέσω ποσοτικής περιγραφικής έρευνας. Ουσιαστικά, σε αυτό στάδιο η έρευνα επιχείρησε να περιγράψει το υπάρχον επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 (Toye et al, 2014), αποτελεί το εργαλείο για διερεύνηση των γνώσεων. Για την διερεύνηση των στάσεων το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Dementia Attitudes Scale (Connor & Mcfadden, 2010). Τα δύο εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες (Scerri & Scerri 2012, Toye et al, 2014, Robinson et al, 2014, Kimzey et al, 2016) και αποτελούν έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία.

70% των νοσηλευτών φάνηκαν να έχουν μέτριες προς θετικές στάσεις. Η μέγιστη τιμή του ερωτηματολογίου είναι 140, ενώ ο μέσος όρος φάνηκε να είναι 99.06 οπότε υπάρχει μια μέτρια προς θετική στάση απέναντι στα άτομα με άνοια, από τους νοσηλευτές. Η μέγιστη βαθμολογία όσο αφορά τις γνώσεις ήταν το 21/21. Ο μέσος όρος στην παρούσα έρευνα ήταν 12.80 (ή 60%) στοιχείο που υποδηλώνει χαμηλό προς μέτριο επίπεδο γνώσεων. Κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία δε φάνηκε να επηρεάζει τις 2 μεταβλητές (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, ο τίτλος, εάν είχαν άτομο με άνοια στην οικογένεια ή χρόνια υπηρεσία).

Πίνακας 15. Ποιες είναι οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την άνοια; (n=416)

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Mean	Std. Dev
Συνολικό Γνώσεις (0-21)	1	20	12.80	3.62
Συνολικό Στάσεις (0-140)	51	138	99.06	15.30

Η μέγιστη βαθμολογία όσο αφορά τις γνώσεις ήταν το 21/21. Ο μέσος όρος στην παρούσα έρευνα ήταν 12.80 στοιχείο που υποδηλώνει χαμηλό προς μέτριο επίπεδο γνώσεων. Το ψηλότερο ποσοστό για τις στάσεις ήταν 140 και ο μέσος όρος στην παρούσα έρευνα είναι 99.06, στοιχείο που υποδηλώνει μέτρια προς θετική στάση.

Γ) Το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών για την άνοια

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τις ορθές και τις λανθασμένες απαντήσεις των συμμετεχόντων, με φθίνουσα σειρά.

Πίνακας 16. Γνώσεις των νοσηλευτών για την άνοια και σωστές απαντήσεις

Ερώτηση	Ναι		Όχι		Σωστή απάντηση
	N	%	N	%	
1. Η άνοια εμφανίζεται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο.	359	86.5%	57	13.5%	86.5
13. Στα άτομα με άνοια είναι δυνατό να εμφανιστούν προβληματικές συμπεριφορές, ενώ δεν τις εμφάνιζαν στο παρελθόν.	338	81.3%	78	18.8%	81.3
10. Όταν ένα άτομο είναι σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, η οικογένεια του μπορεί να βοηθήσει	318	76.4%	98	23.6%	76.4

τους άλλους να κατανοήσουν τις ανάγκες του ατόμου.					
19. Ένα άτομο που πάσχει από άνοια συχνά μπορεί να το υποστηρίξω για να κάνει κάποιες επιλογές (πχ. ποια ρούχα θα φορέσει).	309	74.2%	107	25.8%	74.2
11. Τα άτομα με άνοια μπορεί να αναπτύξουν προβλήματα με την οπτική αντίληψη (κατανόηση ή αναγνώριση στο τι βλέπουν).	301	72.4%	115	27.6%	72.4
6.* Μόνο ηλικιωμένα άτομα αναπτύσσουν άνοια.	122	29.3%	294	70.7%	70.7
15. Η κίνηση (πχ. περπάτημα, κίνηση στο κρεβάτι ή καρέκλα) είναι περιορισμένη στην άνοια προχωρημένου σταδίου.	291	69.9%	125	30.1%	69.9
2. Οι αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούν άνοια συχνά είναι προοδευτικές.	284	68.3%	132	31.7%	68.3
5.* Η σύγχυση σε ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας οφείλεται σχεδόν πάντοτε στην άνοια.	134	32.2%	282	67.8%	67.8
7. Γνωρίζοντας την πιθανή αιτία της άνοιας μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της εξέλιξής της.	272	65.5%	144	34.5%	65.5
9. Η άνοια είναι πιθανό να μειώσει το προσδόκιμο ζωής.	272	65.4%	144	34.6%	65.4
21. Η άσκηση μπορεί μερικές φορές να ωφελήσει τα άτομα με άνοια.	262	63.9%	154	36.1%	63.9
14. Η δυσκολία στην κατάποση	247	59.4%	169	40.6%	59.4

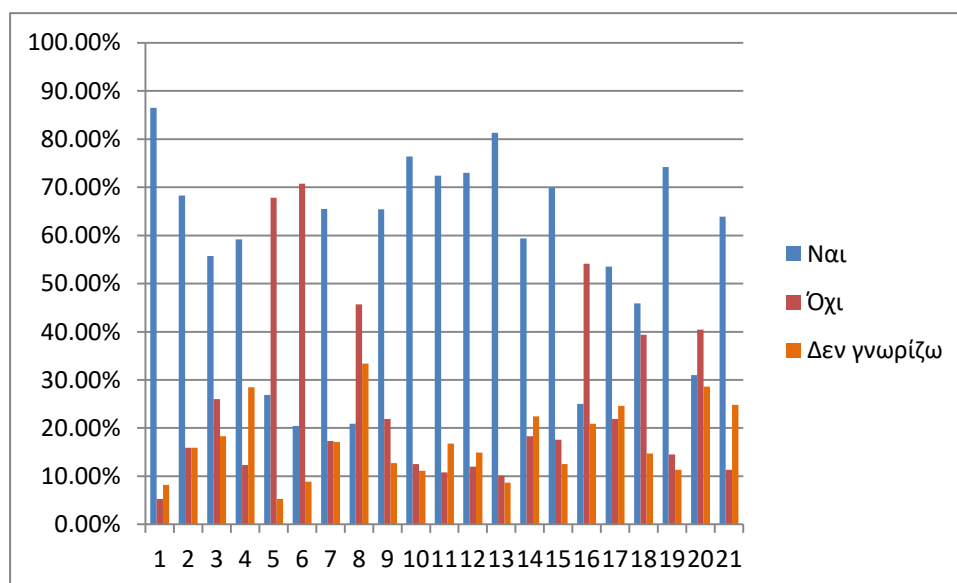
εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας.					
4. Οι αγγειακές παθήσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν άνοια.	246	59.2%	170	40.8%	59.2
3. Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι η κύρια αιτία της άνοιας.	231	55.7%	185	44.3%	55.7
16.* Η αλλαγή στο περιβάλλον (πχ. έναρξη μουσικής, άνοιγμα ή κλείσιμο παράθυρων) δεν θα κάνει καμία διαφορά στο άτομο που έχει άνοια.	191	45.9%	225	54.1%	54.1
17. Όταν ένα άτομο με άνοια είναι αγχωμένο μπορεί να βοηθηθεί εάν του μιλήσεις για τα συναισθήματα του.	222	53.5%	194	46.5%	53.5
8.* Η ακράτεια εμφανίζεται πάντα στα αρχικά στάδια της άνοιας.	226	54.3%	190	45.7%	45.7
20.* Είναι αδύνατο να αναγνωρίσουμε εάν ένα άτομο που είναι στο τελευταίο στάδιο άνοιας πονάει.	248	59.6%	168	40.4%	40.4
18.* Είναι σημαντικό πάντα να διορθώνω ένα άτομο με άνοια, όταν είναι συγχυσμένο.	252	60.6%	164	39.4%	39.4
12.* Οι αιφνίδιες αυξήσεις της σύγχυσης είναι χαρακτηριστικό της άνοιας.	366	88%	50	12%	12.0

*items 5,6,8,12,16,18,20 are reverse scored

Οι ερωτήσεις με τις ψηλότερες βαθμολογίες ορθών απαντήσεων ήταν η ερώτηση 1 και η 13. Όσο αφορά την ερώτηση 1 οι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι η άνοια εμφανίζεται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο. Η ερώτηση 13 εξετάζει κατά πόσο γνωρίζουν οι νοσηλευτές ότι τα άτομα με άνοια είναι δυνατό να εμφανίζουν συμπεριφορές που δεν

τις εμφάνιζαν στο παρελθόν και η υψηλή βαθμολογία, δείχνει ότι το γνωρίζουν. Ποσοστιαία η ερώτηση 1 είχε το πιο ψηλό ποσοστό ορθών απαντήσεων (86.5%), η αμέσως επόμενη η ερώτηση 13 (81.3%) και ακολούθως η ερώτηση 10 (76.4%), η οποία διερευνούσε εάν η οικογένεια ενός ατόμου με άνοια μπορεί να βοηθήσει τους άλλους να κατανοήσουν τις ανάγκες του.

Οι ερωτήσεις με τη χαμηλότερη βαθμολογία είναι η ερώτηση 12 (88% απάντησε λανθασμένα), η οποία διερευνά κατά πόσο οι αιφνίδιες ενάρξεις της σύγχυσης είναι χαρακτηριστικό της άνοιας και μας δείχνει ότι δεν απάντησαν ορθά η πλειοψηφία των νοσηλευτών. Η αμέσως επόμενη ερώτηση με χαμηλή βαθμολογία είναι η ερώτηση 18 (60%) και μας δείχνει ότι οι νοσηλευτές απάντησαν λανθασμένα ότι η δήλωση «είναι σημαντικό να διορθώνω ένα άτομο με άνοια, όταν είναι συγχυσμένο» είναι ορθή. Οι ερωτήσεις όπου τα περισσότερα ποσοστά απάντησαν λάθος ήταν η ερώτηση 12 (88%), όπου οι περισσότεροι δήλωσαν «να» ενώ η σωστή απάντηση σε αυτή την ερώτηση είναι το «όχι». Η ερώτηση 18 φάνηκε να δυσκόλεψε επίσης τους συμμετέχοντες, αφού ποσοστό της τάξεως 60.6% δήλωσε λανθασμένα ότι είναι σημαντικό να διορθώνω ένα άτομο με άνοια όταν είναι συγχυσμένο. Τέλος, η ερώτηση 20 (59.6%) ήταν η τρίτη στη σειρά ερώτηση που μάζεψε ψηλό ποσοστό λανθασμένης απάντησης, καθώς οι νοσηλευτές θεωρούν ότι είναι αδύνατο να αναγνωρίσουμε εάν ένα άτομο που είναι στο τελευταίο στάδιο άνοιας πονάει, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι.



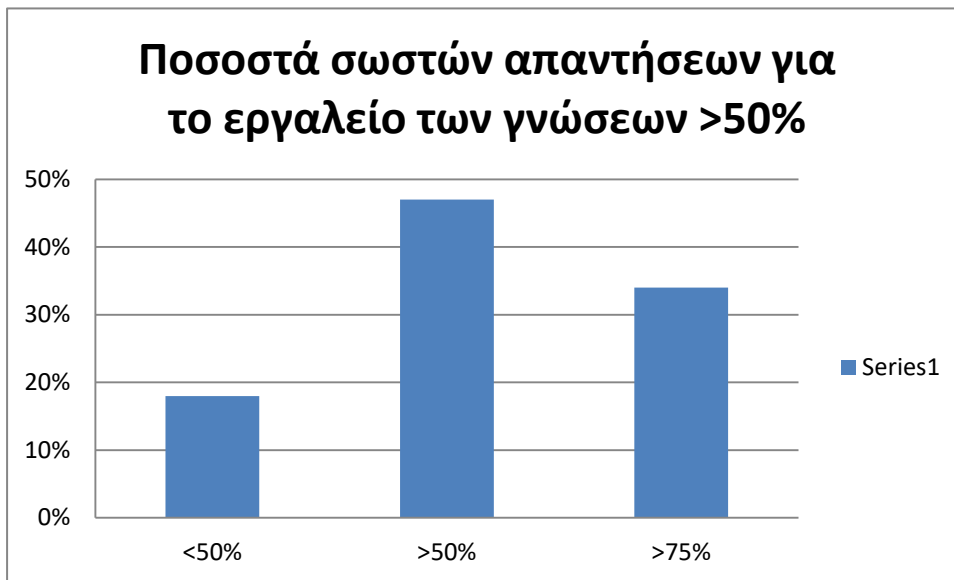
Διάγραμμα 7. Ποσοστά απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η συχνότητα και τα ποσοστά των ορθών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων.

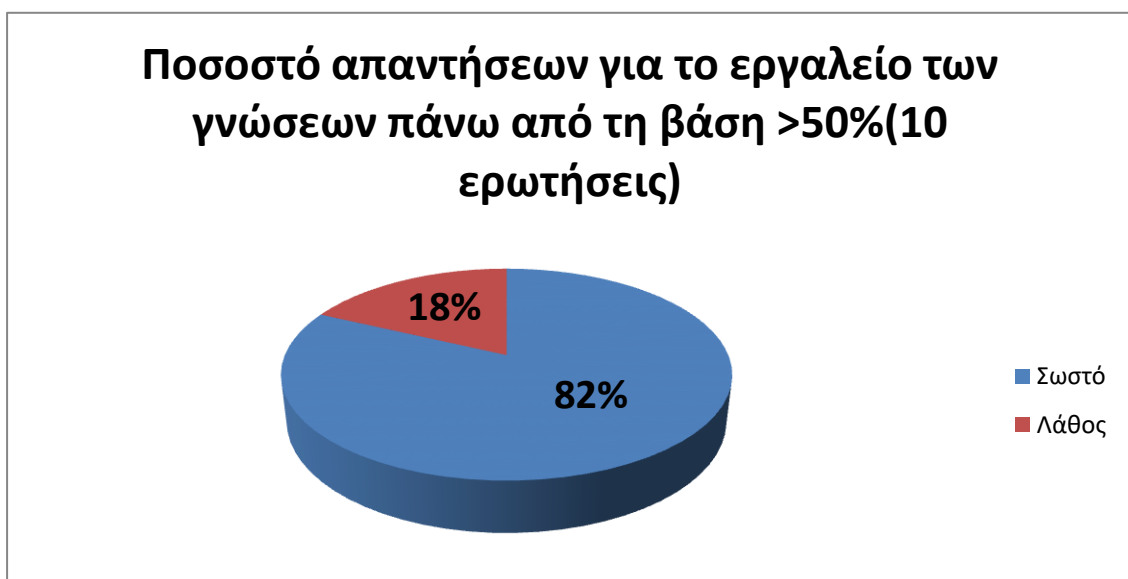
Πίνακας 17. Συχνότητα ορθών απαντήσεων στο εργαλείο των γνώσεων

<i>Συνολικό Γνώσεις</i>				
Αριθμός απαντήσεων	σωστών Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	.2	.2	.2
2	3	.7	.7	1.0
3	2	.5	.5	1.4
4	4	1.0	1.0	2.4
5	4	1.0	1.0	3.4
6	12	2.9	2.9	6.3
7	11	2.6	2.6	8.9
8	17	4.1	4.1	13.0
9	22	5.3	5.3	18.3
10	24	5.8	5.8	24.0
11	36	8.7	8.7	32.7
12	38	9.1	9.1	41.8
13	43	10.3	10.3	52.2
14	55	13.2	13.2	65.4
15	46	11.1	11.1	76.4
16	27	6.5	6.5	82.9
17	37	8.9	8.9	91.8
18	28	6.7	6.7	98.6
19	3	.7	.7	99.3
20	3	.7	.7	100.0
Total	416	100.0	100.0	

1 σωστή απάντηση έδωσε ένα άτομο (0.02%), ενώ 3 άτομα απάντησαν σωστά μόνο 2 ερωτήσεις. Πάνω από την βάση απάντησαν τα 2/3 του δείγματος (81.7%) και κάτω από 10 απάντησε το 18.2% του συνολικού δείγματος. Το 1/3 του δείγματος (34.6%) απάντησαν σωστά πάνω 15 ερωτήσεις, ενώ όλες οι απαντήσεις ορθές συμπληρώθηκαν μόνο από 3 άτομα (0.72%).



Διάγραμμα 8 Ποσοστά σωστών απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων >50%



Διάγραμμα 9. Ποσοστό απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων πάνω από τη βάση

Πίνακας 18. Τεταρτομοριακό εύρος απαντήσεων για το εργαλείο των γνώσεων

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Weighted	Συνολικό Γνώσεις	6.00	8.00	11.00	13.00	15.00	17.00	18.00

Βάση των απαντήσεων των συμμετεχόντων το 1^ο τεταρτομοριακό (25^ο) εύρος κυμαίνεται στα 11/20, το δεύτερο (50^ο) στα 13/20 και το τρίτο (75^ο) είναι στα 15/20. Συνεπώς οι πλείστες απαντήσεις κυμάνθηκαν μεταξύ 11/20-15/20. Το εύρος διασποράς (iqr) κυμαίνεται στις 4 μονάδες.

Γ) Το επίπεδο των στάσεων των νοσηλευτών για την άνοια

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τις στάσεις των νοσηλευτών στις 3 πιο κύριες κατηγορίες (συμφωνώ, διαφωνώ, ουδετερότητα).

Πίνακας 19. Στάσεις νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια.

Ερωτήσεις	Συμφωνώ N (%)	Ουδετερότητα N (%)	Διαφωνώ N (%)
1. Νιώθω να αμείβομαι όταν δουλεύω με άτομα με άνοια.	164 (39.3)	133 (31.9)	119 (28.7)
2.* Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.	29 (6.7)	50 (12.0)	337 (81)
3. Τα άτομα με άνοια μπορούν να είναι δημιουργικά.	221 (53.1)	82 (19.7)	113 (27.1)
4. Νιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.	112 (27)	149 (35.8)	155 (37.2)
5. Αισθάνομαι άνετα να αγγίζω άτομα με άνοια.	269 (64.7)	85 (20.4)	62 (14.7)
6.* Νιώθω αμήχανα όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.	73 (17.4)	66 (15.8)	277 (66.7)

Ερωτήσεις	Συμφωνώ (%)	Ουδετερότητα (%)	Διαφωνώ (%)
7. Το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες.	368 (88.5)	24 (0.9)	24 (5.8)
8.* Δεν είμαι πολύ εξοικειωμένος με την άνοια.	186 (44.7)	79 (18.9)	151 (36.3)
9.* Θα απέφευγα ένα αναστατωμένο άτομο με άνοια.	101 (24.2)	66 (15.8)	249 (59.9)
10. Στα άτομα με άνοια αρέσει να έχουν κοντά τους οικεία πράγματα.	352 (84.6)	39 (9.3)	25 (6)
11. Είναι σημαντικό να γνωρίζεις το ιστορικό του παρελθόντος των ατόμων με άνοια.	367 (88.2)	29 (6.9)	20 (4.8)
12. Είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.	200 (48)	134 (32.2)	82 (19.7)
13. Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα με άνοια.	235 (56.4)	112 (26.9)	69 (16.6)
14. Τα άτομα με άνοια μπορούν να απολαμβάνουν τη ζωή.	259 (62.2)	64 (15.3)	93 (22.4)
15. Τα άτομα με άνοια μπορούν να αισθανθούν πότε οι άλλοι είναι ευγενικοί μαζί τους.	300 (72.2)	44 (10.5)	72 (17.3)
16.* Νιώθω άσχημα γιατί δεν ξέρω πώς να βοηθήσω ένα άτομο με άνοια.	138 (33.3)	86 (20.6)	192 (46.2)
17.* Δεν μπορώ να φανταστώ να φροντίζω κάποιον με άνοια.	51 (12.2)	70 (16.8)	295 (70.8)
18. Θαυμάζω τις δεξιότητες αντιμετώπισης που έχουν τα άτομα με άνοια.	230 (55.3)	115 (27.6)	71 (17.1)

19. Μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων με άνοια.	362 (87)	28 (6.7)	26 (6.2)
20. Οι προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια μπορούν να αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας.	289 (69.5)	90 (21.6)	37 (8.8)

*Items 2, 6, 8, 9, 16, 17 are reverse scored

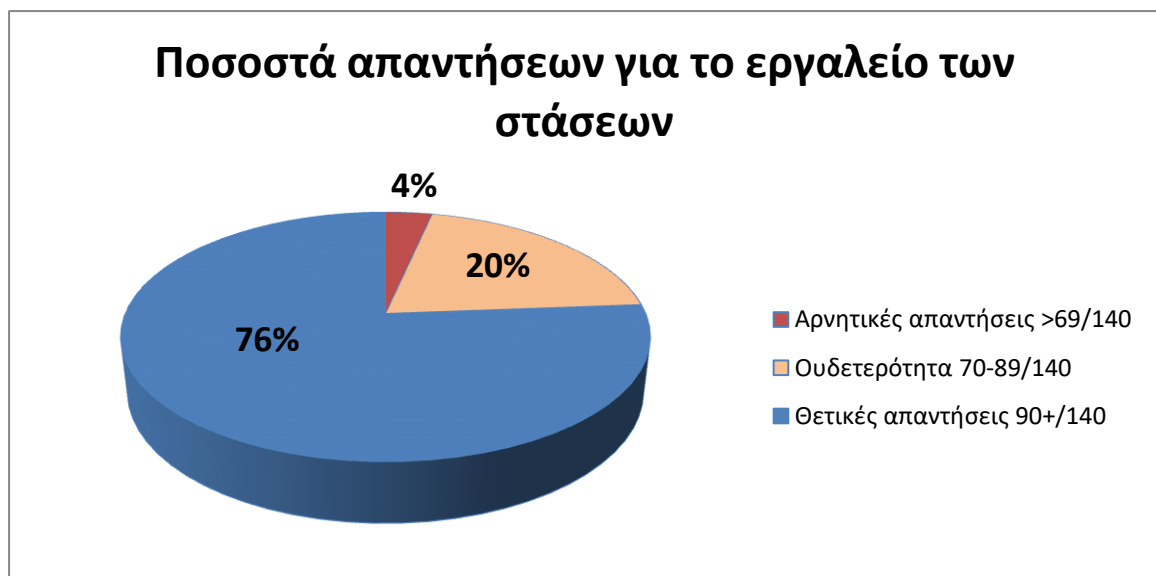
Οι ερωτήσεις που σημείωσαν τις περισσότερες θετικές απαντήσεις οι νοσηλευτές είναι οι ερωτήσεις 7 (88.5%), 11 (88.2%) και 19 (87%). Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών απάντησε ότι συμφωνούν, φανερώνει ότι διατηρούν θετικές στάσεις στα στοιχεία που διερευνούν οι εν λόγω ερωτήσεις. Για παράδειγμα η πλειοψηφία συμφωνεί ότι το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες, ενώ παράλληλα αναγνωρίζουν ότι η γνώση του παρελθόντος του ασθενή με άνοια είναι σημαντική. Επιπλέον, 9 στους 10 νοσηλευτές συμφώνησαν ότι μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων αυτών, στοιχείο που δείχνει ότι υπάρχει η πρόθεση για προαγωγή της ευημερίας των ασθενών με άνοια.

Οι ερωτήσεις που οι νοσηλευτές σημείωσαν περισσότερα «συμφωνώ» αλλά υποδηλώνουν τη ύπαρξη αρνητικής στάσης είναι οι ερωτήσεις 8 (44.7%), η 4 (37.2%) και η 16 (33.3%). Στην ερώτηση 8 ποσοστό 45% συμφωνήσαν ότι δεν είναι πολύ εξοικειωμένοι με την άνοια. Περίπου 4 στους 10 νοσηλευτές δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλονται από άτομα με άνοια, σύμφωνα με την ερώτηση 4, ενώ η ίδια αναλογία συμφωνεί ότι νιώθει άσχημα γιατί δεν ξέρει πως να βοηθήσει ένα άτομο με άνοια.

Πίνακας 20. Συνολικές απαντήσεις για το εργαλείο των στάσεων

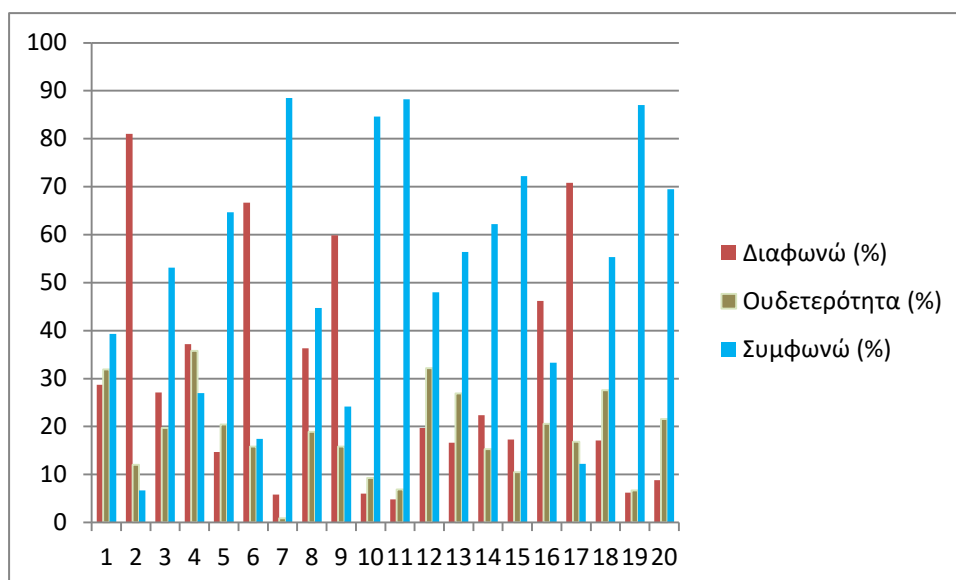
Συνολικό Στάσεις (Binned)				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<= 69	14	3.4	3.4	3.4
70 – 89	85	20.4	20.4	23.8
90+	317	76.2	76.2	100.0
Total	416	100.0	100.0	

Οι κατασκευαστές του εργαλείου δεν έχουν δημοσιεύσει cut points που να ορίζουν από ποια βαθμολογία και μετά θεωρείται μια στάση θετική, ωστόσο αναφέρουν ότι όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία, τόσο πιο θετική είναι η στάση. Οπότε, βάση της επταβάθμιας κλίμακας Likert, έγινε διαμοιρασμός από τη βάση της βαθμολογίας (70), με το μεσοδιάστημα να δείχνει την ουδετερότητα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδειξε να έχει μέτρια-θετική στάση (76.2%) προς τα άτομα με άνοια, ενώ το 20.4% επέλεξε την ουδετερότητα. Το εναπομείναντα ποσοστό (3.4%) φάνηκε να έδωσε αρνητικές απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, στοιχείο που δείχνει την ύπαρξη αρνητικής στάσης.



Διάγραμμα 10. Ποσοστά απαντήσεων για το εργαλείο των στάσεων

Όσο αφορά τις διαστάσεις που εντοπίστηκαν στην παραγοντική ανάλυση βάση των απαντήσεων των συμμετεχόντων ο παράγοντας αυτοπεποίθηση (ερ. 1,3,4,5) κινήθηκε περισσότερο στην ουδετερότητα, εκτός από την ερ. 5 όπου η πλειοψηφία δήλωσε συμφωνώ. Στον παράγοντα γνώσεις (7,10,11) οι συμμετέχοντες κινήθηκαν μεταξύ συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα, γεγονός που δείχνει ότι κατέχουν βασικές γνώσεις για την άνοια. Στον παράγοντα αμηχανία (8,6,17) οι περισσότερες απαντήσεις στην ερ. 8 είχαν διανεμηθεί στην ουδετερότητα ή στο συμφωνώ μερικώς, ενώ στις ερωτήσεις 16 και 17 που είναι αρνητικά φορτισμένες η πλειοψηφία επέλεξε την ουδετερότητα και το διαφωνώ αντίστοιχα. Στον παράγοντα φόβος (6,9,2) οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κινήθηκαν στο διαφωνώ και διαφωνώ πλήρως, ενώ στον παράγοντα άνεση (12,13,14,15,18,19,20) η πλειοψηφία των νοσηλευτών δήλωσε ουδετερότητα ή συμφωνώ. Η ερμηνεία των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανά παράγοντα αναλύεται σε υπό-κεφάλαιο της συζήτησης.



Διάγραμμα 11. Ποσοστά θετικών, ουδέτερων και αρνητικών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο των στάσεων

Ακολούθως προχωρήσαμε σε σύγκριση μεταξύ των τμημάτων. Ο μέσος όρος των στάσεων των νοσηλευτών ανά τμήμα ήταν για τα Παθολογικά τμήματα 100.55, για τα Χειρουργικά 100.87, για τα Ορθοπαιδικά 96.90 και για ΤΑΕΠ 97.03. Όσο αφορά τις γνώσεις ο μέσος όρος για τα Παθολογικά τμήματα ήταν 12.64, για τα Χειρουργικά

13.21, για τα Ορθοπεδικά 12.79 και για τμήματα ΤΑΕΠ 12.80. Οι μέσοι όροι δεν διαφέρουν σημαντικά, μεταξύ των τμημάτων.

Έγινε προσπάθεια συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με τις δύο μεταβλητές, χωρίς την ύπαρξη κάποιας συσχέτισης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 21. Συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων με τις μεταβλητές

Δημογραφικά	Στάσεις (p value)	Γνώσεις (p value)
Φύλο +	0.15	0.16
Ηλικία -	0.37	0.71
Επίπεδο σπουδών-	0.98	0.90
Τίτλος -	0.71	0.80
Έχετε ποτέ φροντίσει άτομο με άνοια στην οικογένειά σας; +	0.88	0.06
Χρόνια υπηρεσίας -	0.71	0.80

* $p < 0.01$, + t test, - F test

Κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τις υπό μελέτη μεταβλητές, άρα δεν επηρεάζουν τις γνώσεις ή τις στάσεις αυτά τα στοιχεία. Πιο αναλυτικά, δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ των στάσεων ($p=0.157$) ή των γνώσεων και του φύλου ($p=0.16$) ή μεταξύ ηλικίας και στάσεων ($p=0.37$) ή γνώσεων ($p=0.71$). Επιπλέον δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ επίπεδου σπουδών και επίπεδου γνώσεων ($p=0,90$) ή στάσεων ($p=0.98$) των νοσηλευτών. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ των στάσεων ($p=0.71$) ή των γνώσεων και του τίτλου ή τα χρόνια υπηρεσίας ($p=0.80$), καθώς επίσης ούτε μεταξύ των στάσεων ($p=0.88$) ή των γνώσεων με το εάν είχαν φροντίσει ποτέ άτομο στην οικογένεια τους με άνοια ($p=0.06$).

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, μέτριου βαθμού/έντασης ($r=0.37$, $p < 0.01$). Γεγονός που δείχνει ότι αν αυξηθεί η γνώση αυξάνεται ελαφρώς και η θετική στάση.

Πίνακας 22. Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων

<i>Correlations</i>			
		Συνολικό Στάσεις	Συνολικό Γνώσεις
Συνολικό Γνώσεις	Pearson Correlation	.37**	1
	Sig. (2-tailed)	.00	
	N	416	416
Συνολικό Στάσεις	Pearson Correlation	1	.37**
	Sig. (2-tailed)		.00
	N	416	416
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Στον πίνακα φάνηκε η θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, μέτριου βαθμού/έντασης ($r=0.37$, $p<0.01$).

4.4. Αποτελέσματα μελέτης παρατήρησης-Στάδιο 2

Συνολικά παρατηρήθηκαν 13 ασθενείς με διαγνωσμένη μορφή άνοιας, η διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκεσε 3 εβδομάδες, πιο συγκεκριμένα 90 ώρες. Η παρατήρηση ξεκίνησε στις 12 Μαΐου και ολοκληρώθηκε στις 4 Ιουνίου 2019. Ο κάθε ασθενής είχε παρατηρηθεί για 1 βάρδια κάθε μέρα και μετά δεν συμμετείχε ξανά στη μελέτη. Η έρευνα διεξάχθηκε σε ένα ορθοπεδικό και δύο παθολογικά τμήματα, ενός Γενικού Νοσοκομείου. Το δείγμα αποτελείται από 8 γυναίκες και 5 άνδρες. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από το 80-87 έτη, ενώ όλοι είχαν διάγνωση άνοιας τελικού σταδίου. Δεν σημειώθηκε άρνηση ή απόσυρση από κάποιον συμμετέχοντα ή συγγενή του κατά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Μέσα από τη διαδικασία ανάλυσης περιεχομένου καταλήξαμε σε 26 κώδικες, οι οποίοι με τη σειρά τους διανεμήθηκαν σε 15 κατηγορίες. Ακολούθησε η θεματική ανάλυση, όπου αναδύθηκαν 4 θεματικές ενότητες και εντοπίστηκαν νοσηλευτικές παραλείψεις στους ακόλουθους τομείς: 1) ανικανοποίητες βασικές ανάγκες των ασθενών 2) σεβασμός της αξιοπρέπειας βάση του ορισμού των Gallagher et al, 2008, 3) επικοινωνία και 4) τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας.

4.4.1. Ανικανοποίητες Βασικές ανάγκες ασθενών.

Αρχίζοντας από την αναπνοή, εντοπίστηκαν τρεις περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρειαζόταν οξυγόνο, αλλά η ρινική μάσκα ήταν στο μαξιλάρι ή στο πάτωμα, για περίπου μία ώρα. Όσον αφορά τη σίτιση, οι ασθενείς που έτρωγαν ζεστό φαγητό ήταν εκείνοι που είχαν στο πλάι τους οικογενειακό φροντιστή, οι υπόλοιποι έφαγαν το φαγητό κρύο ή δεν σιτίστηκαν καθόλου. Σε δύο περιπτώσεις οι νοσηλευτές ενθάρρυναν τον ασθενή να φάει μόνος του και όταν ο ασθενής ήταν κουρασμένος συνέχισαν αυτοί να τον ταΐζουν, ενώ μιλούσαν μαζί του. Σε πολλές περιπτώσεις στα κομοδίνα των ασθενών υπήρχαν βάζα με νερό, αλλά χωρίς ποτήρι, ενώ μία ασθενής φώναζε για νερό για περίπου 2 ώρες, αλλά κανείς δεν της προσέφερε. Σχετικά με την ασφάλεια και την ανάπαυση σε δύο περιπτώσεις οι ασθενείς κρύωναν από το ανοιχτό παράθυρο του δωματίου και σε τρεις άλλες περιπτώσεις ο ήλιος ήταν στα μάτια των ασθενών. Κάποια παραδείγματα ήταν:

Αναπνοή

".. .. στο πάτωμα υπάρχει μια ανοιχτή ρινική μάσκα οξυγόνου στα 2L" (ασθενής 5)

"Το οξυγόνο ήταν στα 2 λίτρα με ρινική μάσκα, αλλά η μάσκα ήταν στο κρεβάτι".
(ασθενής 12)

"Στο μαξιλάρι υπάρχει μια ρινική μάσκα οξυγόνου ανοιχτή στα 2 λίτρα" (ασθενής 1)

Νερό

"Η νοσηλεύτρια φοράει γάντια και γράφει στο δελτίο ότι έδωσε 100 ml Nutrison και 100 ml νερό (χωρίς να το κάνει) και φεύγει από το δωμάτιο" (ασθενής 3)

(νοσηλεύτρια προς βοηθό θαλάμου) "... αυτή η γιαγιά έγινε εισαγωγή χθες και κανείς δεν της έφερε νερό μέχρι σήμερα" (ασθενής 13)

"όταν ο ασθενής είδε τις νοσηλεύτριες φώναζε " νερόοοοοοοο" αλλά κανένας δεν της έδινε καμία σημασία" (ασθενής 5)

"Στην κομοδίνα του ασθενούς υπάρχει ένα βάζο με νερό (δεν έχει ποτήρι)" (ασθενής 7)

Σίτιση

"Κανείς δεν προσπάθησε να τον ταΐσει (τον ασθενή) μέχρι τις 6 μμ., όταν η κόρη του ήρθε και προσπάθησε" (ασθενής 1)

"Η βοηθός του τμήματος πήρε την κρέμα του ασθενή από το τραπέζι άθικτη" (ασθενής 2)

"(νοσηλεύτρια σε ασθενή) Παππού δεν θα προσπαθώ να σε ταΐσω και εσύ να τα φτύνεις σε μένα .. Μείνε εκεί η νοσηλεύτρια άφησε την κρέμα στο τραπέζι και έφυγε»
(ασθενής 8)

"Στη συνέχεια, η νοσηλεύτρια φεύγει από το δωμάτιο και το φαγητό παρέμεινε άθικτο στο τραπέζι του ασθενή" (ασθενής 5)

Ασφάλεια

"... οι επίδεσμοι ήταν πολύ σφιχτά δεμένοι στα χέρια του ασθενούς" (ασθενής 8)

"Υπήρχε πολύς θόρυβος στο δωμάτιο, το κομοδίνο του ασθενή ήταν μακριά από αυτήν, το κουδούνι κρεμόταν στον τοίχο" (ασθενής 3)

Ξεκούραση

"Ο ήλιος χτυπούσε στα μάτια του ασθενούς" (ασθενής 3)

"Ο ασθενής άρχισε να τρέμει (από το ανοιχτό παράθυρο)" (ασθενής 4)

"Η νοσηλεύτρια άνοιξε το παράθυρο και ο ασθενής πήρε εμβρυϊκή θέση, φαίνεται να κρυώνει." (ασθενής 13)

Ψυχολογικές ανάγκες ασθενών

Για τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα προσώπου των Lorish&Maisiak 1986, η οποία σε όλα σχεδόν τα περιστατικά που παρατηρήθηκαν εντοπίστηκε πολύ θλιβερό ύφος μετά τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κλίμακα επισυνάπτεται στα παραρτήματα. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ουδέτερη κλίμακα προσώπου πριν αρχίσει η διαδικασία φροντίδας, αλλά μετά από παρέμβαση των νοσηλευτών, η κλίμακα προσώπου άλλαξε σε αρνητική. Σε δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε θετική αλλαγή, η μία ήταν όταν μια ασθενής ζητούσε νερό και της έδωσε μια νοσηλεύτρια και η άλλη ήταν όταν η ασθενής άκουσε την φωνή της κόρης της. Παρόλο που οι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών τεκμηριώνονται και σε άλλα θέματα, χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα προσώπου ως εργαλείο, προκειμένου να καταγραφεί μια πιο αντικειμενική εικόνα της πραγματικότητας.

"Η ασθενής παρέμεινε σε εμβρυϊκή στάση σε όλη τη διάρκεια φροντίδας και έβγαζε μια συνεχόμενη χαμηλόφωνη φωνή «ααααααα» (κλίμακα νούμερο 15, πριν την έναρξη φροντίδας ήταν κλίμακα 10). Πάρα πολύ θλιμμένο βλέμμα, φρύδια αρκετά ανασηκωμένα και κλίση προς το μέτωπο, οι ρυτίδες του μετώπου να είναι εμφανές πλέον, το στόμα της είχε έντονη κλίση προς τα κάτω." (ασθενής 6)

"Η κλίμακα έγινε νούμερο 18 (μετά τη νοσηλευτική φροντίδα, πριν την έναρξη της φροντίδας ήταν 10, ενώ κατά τη διάρκεια φροντίδας ήταν κλίμακα 15). Υπερβολικά θλιμμένο πρόσωπο, στα μάτια υπάρχει έντονη θλίψη, οι μύες του προσώπου είναι σφιχτοί, σχηματίστηκαν αρκετές ρυτίδες του προσώπου στο μέτωπο και γύρω από τα μάτια, το

στόμα να έχει έντονη κλίση προς τα κάτω και τα φρύδια είναι πάρα πολύ ανασηκωμένα και κλείνουν προς το μεσόφρυδο.” (ασθενής 7)

“Η κλίμακα προσώπου τώρα είναι 15 (πριν την έναρξη την φροντίδας ήταν 9). Ανασηκωμένα φρύδια, αρκετά χαμηλωμένο στόμα, πολύ λυπημένο βλέμμα” (ασθενής 9)

“Στο πρόσωπό της φάνηκε ανακούφιση (αφού η βοηθός του τμήματος της έδωσε νερό). Οι γραμμές του προσώπου της λειώθηκαν, το στόμα χαλάρωσε και το βλέμμα της ζωντάνεψε (κλίμακα 9, ενώ ήταν 15)” (ασθενής 9)

4.4.2. Σεβασμός της Αξιοπρέπειας

Αυτό το θέμα χωρίστηκε σε υπό-κατηγορίες καθώς περιέχει πολλά θέματα. Για την ταξινόμηση των κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός και η περιγραφή της αξιοπρέπειας από τους Gallagher et al, 2008. Η ανασκόπηση τους εντόπισε μια σειρά θεωρητικών και εμπειρικών βασικών παραγόντων για την προαγωγή της αξιοπρέπειας σε ηλικιωμένους ασθενείς. Η ταξινόμηση των παραβιάσεων αξιοπρέπειας των Gallagher et al, 2008, περιλαμβάνει τα ακόλουθα υπο-θέματα. Πολλά επιμέρους θέματα αλληλεπικαλύπτονται και σε άλλες κατηγορίες, αλλά για καλύτερη διευκρίνιση αποφασίσαμε να ακολουθήσουμε αυστηρά την ταξινόμηση των Gallagher et al, 2008.

Κύρια σημεία αυτής της θεματικής είναι το γεγονός ότι 11 από τους 13 ασθενείς δεν τους προσφέρθηκε η βασική καθαριότητα και 8 από τους 13 ασθενείς δεν είχαν ντυθεί αξιοπρεπώς (παρέμειναν χωρίς φανέλα ή φόρεσαν χειρουργική ρόμπα). Εξατομικευμένη φροντίδα δεν δόθηκε σε κανέναν από τους ασθενείς. Το δικαίωμα επιλογής δόθηκε σε έναν ασθενή, ο οποίος ρωτήθηκε εάν προτιμά τσάι ή γάλα για πρωινό. 2 από τους 13 ασθενείς ενημερώθηκαν για τις εξετάσεις που ακολουθούν και 3 από τους 13 προφέρονται με τα ονόματά τους αντί για "γιαγιά", "παππού", "θείος" ή "θεία". Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα παρατηρήσεων σχετικά με την αξιοπρέπεια:

Ένδυση

“Ο ασθενής φορούσε μόνο την πάνα του, την οποία είχε σχίσει και άνοιξε, στο πάτωμα υπήρχαν κομμάτια της πάνας του και ήταν ξεσκέπαστος ...” (ασθενής 2)

"Φορά κίτρινη χειρουργική ρόμπα, είναι σκεπασμένη με το σεντόνι και φαίνεται να κοιμάται" (ασθενής 3)

"Ο ασθενής είναι γυμνός, ακάλυπτος, στο κρεβάτι του υπάρχει το σετ του ορού, τα σεντόνια είναι βρεγμένα και η πάνα ακράτειας σκισμένη" (ασθενής 7)

Καθαριότητα

"Αν και τα σεντόνια ήταν βρώμικα με διάρροια, οι νοσηλευτές άλλαξαν μόνο το υποσέντονο, τοποθετώντας ένα καθαρό υποσέντονο πάνω από το βρώμικο σεντόνι" (ασθενής 9)

"Τότε ο νοσηλευτής πήρε την ενυδατική κρέμα (sudocream) και την άπλωσε πάνω από το σημείο που ήταν λερωμένο σε βαθμό που δεν φαινόταν τίποτα παρά μόνο η κρέμα" (ασθενής 9)

Ελλείψεις

"(νοσηλεύτρια) Μόνο 4 σεντόνια μας έφεραν σήμερα, πώς υποτίθεται ότι πρέπει να καθαρίσω 30 ασθενείς;" (ασθενής 2)

"(Ο ασθενής πνιγόταν) η νοσηλεύτρια προσπάθησε να αναρροφήσει τα φλέγματα, αλλά η συσκευή αναρρόφησης δεν λειτούργησε" (ασθενής 4)

"Πάλι δεν έχουμε ζεστό νερό για να πλύνουμε τους ασθενείς. Πώς πρέπει να τους πλύνω;" (ασθενής 8)

Πατερναλιστική συμπεριφορά

"(νοσηλεύτρια σε ασθενή, αφού ο ασθενής αφαίρεσε από μόνος του τον ούρο-καθετήρα) δεν πόνεσες όταν τον τράβηξες; Γιατί είσαι άτακτος;" (ασθενής 7)

"Καλημέρα πουρέκκες μου. Τι θέλετε να φάτε;" (ασθενής 13)

«άτε παππού κατάπιε και θα πνιγείς» (ασθενής 4)

Προσφώνηση με το όνομα

«Έλα παππού πιες λίγο νερό» (ασθενής 8)

"Έλα γιαγιά, να φάμε" (ασθενής 6)

"Θείε πάρε τα φάρμακα σου" (ασθενής 2)

"(Νοσηλεύτρια) Θεία τι θέλεις; Τσάι ή γάλα;" (ασθενής 5)

"Θα ταΐσω εγώ το δβ" (ασθενής 3)

Ταπείνωση

(νοσηλεύτρια σε άλλους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της διανομής πρωινού) "Φέρτε τέσσερις κρέμες για τα μωρά μέσα σε αυτό το δωμάτιο" (ασθενής 8)

"Ο νοσηλευτής πήρε την κρέμα ενυδάτωσης και άπλωσε την κρέμα στα πόδια και τα χέρια της ασθενούς και σχεδίασε κάτι στην πλάτη της. Στη συνέχεια, ο άλλος νοσηλευτής πήρε την κρέμα και σχεδίασε κάτι άλλο στην πλάτη της και είπε στο συνάδελφο του:" Είμαι καλύτερος ζωγράφος από εσένα. Γέλασαν." (ασθενής 9)

Προσωπικός χώρος

"Οι κουρτίνες ήταν ανοικτές, ο ασθενής εκτεθειμένος στους υπόλοιπους ασθενείς και στους επισκέπτες που στέκονταν στην πόρτα του δωματίου." (ασθενής 3)

"Χωρίς να μιλήσουν μαζί του, τον ξεσκέπασαν τελείως με τις κουρτίνες ανοιχτές" (ασθενής 4)

Συμπεριφορά προσωπικού

«Παππού φύγε τα χέρια σου από πάνω μου ή αλλιώς θα σε δέσω". Ο νοσηλευτής πήρε το χέρι του ασθενούς και το κράτησε με μεγάλη δύναμη. Όταν άφησε το χέρι του ασθενούς, το δέρμα του είχε φύγει. Τότε ο νοσηλευτής του είπε «είδες τι συμβαίνει όταν δεν συνεργάζεστε;" (ασθενής 7)

"Τα γεννητικά όργανα του ασθενούς αιμορραγούσαν, αλλά δεν έγινε κάποια παρέμβαση". (ασθενής 7)

"Ο ασθενής έφτυσε στη νοσηλεύτρια. Τότε, η νοσηλεύτρια έπιασε τα χέρια του με αρκετή δύναμη, κάλυψε το στόμα του με ένα σεντόνι και είπε στη συνάδελφο της "θα τον δέσουμε" (ασθενής 8)

4.4.3. Επικοινωνία

Αυτή η θεματική χωρίστηκε σε τέσσερα υποθέματα για καλύτερη διευκρίνιση: 1) λεκτική 2) μη λεκτική 3) άγγιγμα, 4) επαγγελματική επικοινωνία.

Λεκτική

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι νοσηλευτές μίλησαν στους ασθενείς, αλλά υπήρξαν περιπτώσεις όπου η επικοινωνία δεν αναπτύχθηκε καθόλου.

"Κανένας από τους δύο νοσηλευτές δεν μίλησε με τον ασθενή" (ασθενής 1)

"Χωρίς να μιλήσει στον ασθενή, τον γύρισε στο πλάι, ενώ η άλλη νοσηλεύτρια πήρε μια πάνα από τον προηγούμενο ασθενή, αφαιρούσε το λερωμένο και έβαλε το καθαρό" (ασθενής 3)

(νοσηλεύτρια στον ασθενή) "Ας ελέγξουμε την πίεση σας" βλέποντάς της στα μάτια και χαμογελώντας" (ασθενής 2)

"Χωρίς να μιλήσουν στον ασθενή, ανοίγουν στο κρεβάτι του ένα ρινογαστρικό σωλήνα και ένα τζελ" (ασθενής 3)

"Χωρίς να την ενημερώσουν, πήραν το χέρι της και έβαλαν ένεση ινσουλίνης" (ασθενής 3)

"Ο ασθενής είπε στους νοσηλευτές" Θέλω νερό ". Κανένας από τους δύο νοσηλευτές δεν του έδωσε σημασία" (ασθενής 12)

Στο παράδειγμα που ακολουθεί παρουσιάζεται αυτούσιους ο διάλογος μεταξύ δύο νοσηλευτών και ενός ασθενούς.

-Νοσηλευτής: «καλημέρα. Να κάνουμε μπάνιο?» είπε χαμογελώντας.

-Ασθενής: «όχι θα έρθει η κόρη μου να με κάνει» με έντονο ύφος.

- Νοσηλεύτης : «θεία μου το μεσημέρι θα έρθει η κόρη σου και είσαι λερωμένη. Πρέπει να σε πλύνουμε.»

-Ασθενής: «δεν είμαι λερωμένη. Εψές έκαμα μπάνιο.» (εκνευρισμένη)

-Νοσηλεύτης : (παύση για λίγο) «άπτε έλα να κάνουμε και θα έρθει ο γιατρός και πρέπει να είσαι καθαρή.»

-Ασθενής: «ποιος γιατρός?» (απορημένη)

-Νοσηλεύτης: «που σε βλέπει»

-Ασθενής: «που με βλέπει?»

-Νοσηλεύτης: «θεία είσαι στο νοσοκομείο. Αρρώστησες και μήγκες μέσα.»

-Ασθενής: «Δεν είμαι στο νοσοκομείο. Είμαι σπίτι μου. Άπτε βγες έξω από το σπίτι μου και δεν σε ξέρω». (αρκετά εκνευρισμένο ύφος)

Ο νοσηλεύτης δεν απάντησε. Πιάνει από το χέρι την ασθενή «έλα να κάτσεις στο κρεβάτι να βγάλουμε το νυχτικό και είναι λερωμένο». Η ασθενής γυρίζει στη νοσηλεύτρια «κόρη μου ποιος είναι αυτός? τι θέλει από μένα? πέτου να φύγει» (ύφος απόγνωσης, να προσπαθεί να πιαστεί από κάπου). Νοσηλεύτρια με αρκετό ήρεμο ύφος «γιαγιά είναι νοσοκόμος. Ήρθε να σε κάνει μπάνιο»

-Ασθενής: (πολύ εκνευρισμένη) «δεν θέλω μπάνιο. Φύγετε τώρα και οι 2. Φύγετε που κοντά μου, να μην έρθετε ξανά...». (ασθενής 5)

Μη λεκτική

Στις περισσότερες περιπτώσεις φάνηκε η απουσία της μη λεκτικής επικοινωνίας, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπίστηκε:

"Η νοσηλεύτρια δεν μίλησε στον ασθενή, αλλά έλιωσε τα φάρμακα και τα έβαλε στο στόμα της ασθενούς μαζί με νερό, μέσω μιας σύριγγας" (ασθενής 3)

"Η νοσηλεύτρια ήρθε μέσα και προσπάθησε να δώσει στον ασθενή εισπνεόμενη φαρμακευτική αγωγή. Δεν μίλησε στον ασθενή " (ασθενής 7)

«Δεν είδαν ούτε μιλούσαν καθόλου στον ασθενή ...» (ασθενής 6)

"Η νοσηλεύτρια κοίταξε στα μάτια τον ασθενή χαμογελώντας και είπε" έλα, ας πάρουμε τα φάρμακά μας." (ασθενής 8)

«Ο ασθενής κοιτούσε τα πρόσωπα των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά κανένας από τους νοσηλευτές δεν κοίταζε τον ασθενή» (ασθενής 12)

Άγγιγμα

Η χρήση του αγγίσματος, αν και δεν ήταν ξεκάθαρο αν χρησιμοποιήθηκε ή λήφθηκε σαν θεραπευτικό εντοπίστηκε σε αρκετές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα:

"Έλα παππού να πιούμε τα φάρμακά μας", είπε η νοσηλεύτρια, καθώς άγγιζε τον ασθενή στον ώμο του. " (ασθενείς 2 και 7)

(νοσηλεύτρια σε ασθενή) "Καλημέρα παππού, είναι ώρα να κάνεις μπάνιο;" Χαμογέλασε και άγγιξε τον ώμο του ασθενούς "(ασθενής 8)

"Ο νοσηλευτής έκανε χειραψία με τον ασθενή" (ασθενής 13)

Επαγγελματική επικοινωνία

Η επικοινωνία σε συχνές περιστάσεις ήταν ελλιπείς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, καθώς υπήρξαν περιστατικά που οι νοσηλευτές αισθάνθηκαν ένοχοι και προσπάθησαν να κατηγορήσουν τον συνάδελφό τους ή συγκρούσεις. Μερικά παραδείγματα είναι:

(νοσηλεύτρια 1 προς νοσηλεύτρια 2) «ο ασθενής ήταν νεκρός πριν από μία ώρα και κανένας από εμάς δεν το είδε» (Νοσηλεύτρια 2) «Δεν φταίμε εμείς, η συνάδελφος που έδωσε πρωινό σε αυτό το δωμάτιο δεν άνοιξε την κουρτίνα για να δει τον ασθενή "(παύση και στη συνέχεια νοσηλεύτρια 1) "ντροπή μας. Αν ο συνάδελφός μας δεν το έκανε, έπρεπε να το κάνουμε εμείς, αλλά κανένας μας δεν το έκανε " (ασθενής 9).

(προϊστάμενος σε νοσηλεύτρια) "Πρέπει να πάρεις το 10B για υπερηχογράφημα" (νοσηλεύτρια σε προϊστάμενο) "Δεν μπορώ να αφήσω αυτό το δωμάτιο (αριθμός 9), αυτός ο ασθενής δεν είναι σταθερός" (προϊστάμενος σε νοσηλεύτρια) "και ποιος νομίζεις ότι πρέπει να τον πάρει; Εγώ; Πήγαινε και θα μείνω εγώ εδώ με αυτόν τον ασθενή "... Η νοσηλεύτρια έφυγε από το δωμάτιο και μια στιγμή αργότερα έφυγε και ο προϊστάμενος" (ασθενής 12).

4.4.4. Τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας

Αυτή η θεματική αναδύεται μέσα από την παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές προχωρούν σε οποιαδήποτε νοσηλευτική φροντίδα. Για καλύτερη διασαφήνιση διαιρέσαμε αυτό το τμήμα σε έξι υπό-κατηγορίες.

Χρήση άσηπτου τεχνικής

"Το πακέτο αλλαγής πληγών και το τραύμα ανοίχτηκαν και ακολούθησε η αλλαγή πληγής στο κρεβάτι του ασθενούς, χωρίς τη χρήση άσηπτου τεχνικής ή τη χρήση καροτσιού" (ασθενής 1)

"Η νοσηλεύτρια πήρε το σακουλάκι με τα ούρα από το πάτωμα και το έβαλε πίσω στον ουροκαθετήρα του ασθενή" (ασθενής 2)

"Η νοσηλεύτρια (με τα ίδια γάντια που έχει αλλάζει την πάνα του ασθενή) άνοιξε τον αποστειρωμένο ουροκαθετήρα στο κρεβάτι, έβαλε λίγο τζελ στον καθετήρα και άρχισε να τον εισάγει μέσα στην κύστη του ασθενούς". (ασθενής 5)

Συμπλήρωση των δελτίων παρακολούθησης

Όσον αφορά τη συμπλήρωση των διαγραμμάτων σε αρκετές περιπτώσεις, οι νοσηλευτές κατέγραψαν ψευδή ζωτικά σημεία ή ενδοφλέβια υγρά χωρίς να ελέγξουν τα παραπάνω.

"Η νοσηλεύτρια ήρθε στο δωμάτιο και χωρίς να αξιολογήσει τα ζωτικά σημεία σε οποιονδήποτε από τους τέσσερις ασθενείς, σημείωσε στα δελτία τους ζωτικά σημεία. (ασθενής 7)

"Η νοσηλεύτρια γράφει στο δελτίο ότι έδωσε 50 ml Nutrison και 50 ml νερό (χωρίς να το κάνει) και προχωρά στον επόμενο ασθενή." (ασθενής 7)

"Η νοσηλεύτρια έγραψε ότι άλλαξε τα ενδοφλέβια υγρά (χωρίς να το κάνει)" (ασθενής 4)

Νοσηλευτικές διεργασίες σύμφωνα με νοσηλευτικά πρωτόκολλα

Διαπιστώθηκαν αρκετές διαδικασίες που δεν έγιναν με βάση τα πρωτόκολλα νοσηλείας, όπως:

"Η νοσηλεύτρια έβαλε τα απαραίτητα για τη αλλαγή του τραύματος στο κρεβάτι. Συνέχισε με την αλλαγή πληγής φορώντας τα ίδια γάντια που χρησιμοποιούσε για να καθαρίσει την πάνα του ασθενή λίγα λεπτά πριν" (ασθενής 1)

"Οι νοσηλεύτριες άφησαν τα λερωμένα σεντόνια στο πάτωμα .." (ασθενής 2)

"... οι σχισμές των σεντονιών σχηματίστηκαν στην πλάτη του ασθενούς. Καμία από τις νοσηλεύτριες δεν ασχολήθηκε με την πληγή του ασθενούς" (ασθενής 2)

"Η ασθενής έκανε διάρροια, κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας και η νοσηλεύτρια είπε στον συνάδελφό της "μην πιάσεις δείγμα, είναι για εξιτήριο σήμερα. Αν είναι θετικό σε κλωστήριο θα μείνει περισσότερες ημέρες εδώ »" (ασθενής 9)

Χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας

Όσον αφορά τη διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας ο παρατηρητής κατάγραφε με ένα ρολόι πόση ώρα οι νοσηλευτές μένουν δίπλα από το κρεβάτι του ασθενή. Ο μέγιστος χρόνος δίπλα στον ασθενή ήταν δέκα λεπτά και αυτό ήταν για την προσπάθεια τοποθέτησης ρινογαστρικού σωλήνα. Ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας διήρκεσε περίπου 5-7 λεπτά και ο μέσος χρόνος για άλλες διεργασίες ήταν 3,66 λεπτά.

Χορήγηση φαρμάκων

Η χορήγηση φαρμάκων δεν πραγματοποιήθηκε σωστά καθώς τα φάρμακα παρέμειναν είτε στο τραπέζι είτε στο στόμα των ασθενών.

"Η νοσηλεύτρια έφυγε από το δωμάτιο, ενώ τα φάρμακα παρέμειναν μέσα στο στόμα του ασθενή." (ασθενής 3)

"Η νοσηλεύτρια άφησε τα φάρμακα στο κομοδίνο και έφυγε από το δωμάτιο." (ασθενής 5)

«Ο ασθενής δεν κατάπιε τα χάπια και όταν η νοσηλεύτρια εγκατέλειψε το δωμάτιο τα έφτυσε στο μαξιλάρι». (ασθενής 13)

Ανάθεση εργασίας

Σε πολλές περιπτώσεις όταν παραλειπόταν πτυχές της φροντίδας από τους νοσηλευτές, οι φροντιστές του ασθενή ή φροντιστές άλλου ασθενή, προχωρούσαν στην ολοκλήρωσή τους.

"Η κόρη κάθισε τη μητέρα της στο κρεβάτι, έκοψε τα спаγγέτι σε πολύ μικρά κομμάτια και άρχισε να την σιτίζει" (ασθενής 9)

"Η μάσκα (με την εισπνεόμενη φαρμακευτική αγωγή) δεν ήταν καλά τοποθετημένη, έτσι έφυγε από το κεφάλι του ασθενή μετά από λίγο και έπεσε στο κρεβάτι. Η φροντίστρια ενός από των υπόλοιπων ασθενών στο δωμάτιο πήρε τη μάσκα και το έβαλε πίσω στο κεφάλι του ασθενή» (ασθενής 4)

"Η ασθενής άρχισε να φωνάζει "νερόοοοοοοοο", αλλά κανείς δεν φαίνεται να την ακούει. Την τρίτη φορά που φώναζε, ο φροντιστής του δίπλα ασθενή πήγε στην κουζίνα και έφερε λίγο νερό". (ασθενής 8)

4.5. Αποτελέσματα παρεμβατικής μελέτης- Στάδιο 3

Το στάδιο αυτό αποτελεί μια οιονεί πειραματική μελέτη, με τρεις μετρήσεις, μία πριν την εφαρμογή του προγράμματος, μία μέτρηση αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος και μία μέτρηση 3 μήνες μετά την εφαρμογή του. Συνολικά δήλωσαν συμμετοχή 68 νοσηλεύτές, από τους οποίους οι 34 επιλέχθηκαν τυχαία να συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης. Όσο αφορά την ομάδα παρέμβασης το δείγμα αποτελείτο από 23 γυναίκες (67.6%) και 11 άντρες, με την πλειοψηφία του δείγματος να κατέχει πτυχίο (79.4%) και να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 (41.2%), έχοντας περισσότερο από 10 χρόνια εμπειρίας (52.9%). Οι περισσότεροι από του συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (82.4%), και δεν είχαν φροντίσει άτομο με άνοια στην οικογένεια τους (64.7%).

Πίνακας 23. Δημογραφικά στοιχεία ομάδας παρέμβασης

Δημογραφικά στοιχεία		Ομάδα παρέμβασης
		N=34 (%)
Φύλο	Άντρες	11 (32.4)
	Γυναίκες	23 (67.6)
Ηλικία	<40	23 (67.6)
	>40	11 (32.4)
Επίπεδο σπουδών	Πτυχίο	27 (79.4)
	Μεταπτυχιακό	7 (20.6)
Τίτλος	Νοσηλευτικός Λειτουργός	28 (82.4)
	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	4 (11.8)
	Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	2 (5.9)
Έχετε ποτέ φροντίσει άτομο με άνοια στη οικογένεια σας;	Ναι	12 (35.3)
	Όχι	22 (64.7)
Χρόνια υπηρεσίας	>10 χρόνια	18 (52.9)
	<10 χρόνια	16 (47)
		Mean 13.35 (SD=10.26)

4.5.1. Αποτελέσματα παρεμβατικής μελέτης (before/after)

Στον πιο κάτω πίνακας φαίνονται τα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης, σχετικά με τις γνώσεις πριν και μετά τη διεξαγωγή της ημερίδας (T1).

Πίνακας 24. Γνώσεις πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση (ομάδας παρέμβασης n=34)

	Mean	St. Dev	P
Γνώσεις πριν τη παρέμβαση	11.64	4.66	0.000
Γνώσεις μετά τη παρέμβαση	15.38	2.05	0.000

*p<0.01

Υπάρχει στατιστικά σημαντικά σχέση (p=0.00) πριν και μετά την παρέμβαση. Ο μέσος όρος για τις γνώσεις πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν M=11.64, ενώ αμέσως μετά την λήξη της ημερίδας ανέβηκε στο M=15.38. Παρατηρήθηκε αύξηση των γνώσεων κατά 4 μονάδες (M=3.73) μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις στάσεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρεμβατική μελέτη, πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος (T1+T2).

Πίνακας 25. Στάσεις πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση (ομάδας παρέμβασης n=34)

	Mean	St. Dev	P
Στάσεις πριν τη παρέμβαση (T1)	105.97	12.75	0.008
Στάσεις μετά τη παρέμβαση (T2)	110.79	13.67	0.008

*p<0.01

Υπάρχει στατιστικά σημαντικά σχέση (p=0.008) πριν και μετά την παρέμβαση. Ο μέσος όρος των στάσεων πριν την παρέμβαση ήταν M=105.9, ενώ αμέσως μετά τη λήξη της ημερίδας ανήλθε στο M=110.7. Παρατηρήθηκαν πιο θετικές στάσεις κατά 5 μονάδες

(M=4.82) μετά την εκπαίδευση. Άρα η παρέμβαση μπορεί να θεωρηθεί ότι ήταν επιτυχημένη, λαμβάνοντας υπόψη τα βελτιωμένα επίπεδα της ομάδας παρέμβασης μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

4.5.2. Αποτελέσματα τρεις μήνες μετά την παρέμβαση

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τις γνώσεις και τις στάσεις της ομάδας παρέμβασης κατά τις τρεις μετρήσεις (T1:πριν την παρέμβαση, T2: αμέσως μετά την παρέμβαση, T3: τρεις μήνες μετά την παρέμβαση).

Πίνακας 26. Γνώσεις και Στάσεις ομάδας παρέμβασης στους τρεις χρόνους παρέμβασης

	T1 (n=33)		T2 (n=33)		T3 (n=33)		f	Sig
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Γνώσεις	11.64	4.66	15.38	2.10	16.25	2.32	1468.36	0.000
Στάσεις	105.97	12.75	110.72	14.07	110.47	11.45	5918.51	0.000

*p<0.01

Οι γνώσεις κατά την πρώτη μέτρηση ήταν στο M=11.65 (χαμηλό επίπεδο), ενώ κατά τη δεύτερη μέτρηση αυξήθηκαν κατά 4 μονάδες και ανήλθαν στο M=15.3. Στην τελευταία μέτρηση, 3 μήνες μετά, έχουν σημειώσει επιπλέον βελτίωση κατά 1 μονάδα αφού ανέβηκαν στο M=16.25 (μέτριο επίπεδο γνώσεων). Οι στάσεις έχουν παραμείνει στο ίδιο βελτιωμένο επίπεδο 3 μήνες μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος. Ενώ αρχικά ήταν M=105.9 (μέτριες προς θετικές), αμέσως μετά την παρέμβαση ήταν M=110.72, ενώ 3 μήνες μετά M=110.47 και πλέον μπορούν να χαρακτηριστούν θετικές. Η αύξηση των 5 μονάδων, που σημειώθηκε κατά τη δεύτερη μέτρηση έχει διατηρηθεί σε βάθος χρόνου. Όσο αφορά τις στάσεις σημειώθηκε στατιστική σημαντικότητα (p=0.000) στη μέτρηση πριν και αμέσως μετά, ενώ για τις γνώσεις εντοπίστηκε και στους τρεις χρόνους μέτρησης.

4.5.3. Αποτελέσματα πρόσθεσης 5 ερωτήσεων

Κατά την τρίτη μέτρηση της παρεμβατικής μελέτης, είχαν προστεθεί πέντε ερωτήσεις σχετικά με τα αποτελέσματα του δεύτερου σταδίου, που αφορούσαν τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Αυτές οι ερωτήσεις στόχευαν στη διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τις νοσηλευτικές παραλείψεις στο τμήμα τους. Οι ερωτήσεις απευθύνονταν στην ομάδα παρέμβασης, μετά το πέρας τριών μηνών από την εκπαίδευση. Να σημειωθεί ότι κανένας από τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης δεν είχε συμμετάσχει σε οποιαδήποτε άλλη εκπαίδευση σχετικά με την άνοια, 3 μήνες μετά το πέρας της παρέμβασης.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (56%) θεωρεί ότι η νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται στο τμήμα το οποίο εργάζονται είναι ικανοποιητική, ενώ 15% του δείγματος την θεωρούν ως πολύ ικανοποιητική. Σχεδόν 3 στους 10 νοσηλευτές αναφέρουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι ικανοποιητική. Ποσοστό της τάξεως 61.8% θεωρεί ότι η αξιοπρέπεια τηρείται κατά τη νοσηλευτική φροντίδα σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ απεναντίας 23.5% θεωρεί την τήρηση ως μη ικανοποιητική. Το εναπομείναντα 14.7% χαρακτήρισε ως πολύ ικανοποιητική την τήρηση της αξιοπρέπειας κατά τη νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα που εργάζονται.

Σχεδόν 6 στους δέκα νοσηλευτές (58.8%) θεωρούν την επικοινωνία ασθενή-νοσηλευτή ως ικανοποιητική, ενώ αντίστοιχα το 20.6% ως μη ικανοποιητική και πολύ ικανοποιητική. Το 47.1% του δείγματος θεωρεί ότι γίνεται σωστή καταγραφή ζωτικών σημείων και λήψης και αποβολής υγρών στα δελτία παρακολούθησης του ασθενή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Το 41.2% το χαρακτήρισε ως ικανοποιητικό και το 11.8% ως μη ικανοποιητικό. Η χρήση άσηπτου τεχνικής έχει χαρακτηριστεί από τους μισούς νοσηλευτές (50%) ως ικανοποιητική, ενώ το 32.4% του δείγματος ως πολύ ικανοποιητική. Ένα ποσοστό της τάξεως 17.6% δεν θεωρεί ικανοποιητική την χρήση άσηπτου τεχνικής. 5 στους 10 νοσηλευτές (50%) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτικές διεργασίες γίνονται βάση πρωτοκόλλων σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ 29.4% σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Το υπόλοιπο 20.6% δήλωσαν ότι οι διεργασίες δεν γίνονται σε ικανοποιητικό βαθμό, βάση πρωτοκόλλων. Κανένας νοσηλευτής από το δείγμα δεν δήλωσε ότι η ορθή χορήγηση φαρμάκων γίνεται σε μη ικανοποιητικό βαθμό. Το 55.9% θεωρεί την χορήγηση ως πολύ ικανοποιητική, ενώ το 44.1% ως ικανοποιητική.

Κατά την πρωινή βάρδια η πλειοψηφία των νοσηλευτών (64.7%) δήλωσαν ότι ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας διαρκεί κάτω από μισή ώρα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (35.2%) δήλωσαν ότι διαρκεί περισσότερο. Η διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας σε πρωινή βάρδια όπως την έχουν αξιολογήσει οι νοσηλευτές διαρκεί το μέγιστο μία ώρα και το ελάχιστο 5 λεπτά. Ο μέσος όρος της διάρκειας, όπως έχουν δηλώσει οι νοσηλευτές, ήταν περίπου μισή ώρα ($M=30.88$). Όσο αφορά την απογευματινή βάρδια η πλειοψηφία των νοσηλευτών (70.5%) δήλωσε ότι η φροντίδα διαρκεί λιγότερο από 20 λεπτά, ενώ 10 νοσηλευτές (29.4%) δήλωσαν ότι διαρκεί περισσότερο από 20 λεπτά. Σε απογευματινή βάρδια ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας που θεωρούν ότι διαρκεί οι νοσηλευτές είναι το μέγιστο 1 ώρα και το ελάχιστο 3 λεπτά. Ο μέσος όρος της διάρκειας, βάση των απαντήσεων του δείγματος, ήταν σχεδόν 20 λεπτά ($M=19.68$).

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα ασθενών με άνοια, να διερευνηθούν οι συμπεριφορές φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς αυτούς και να εντοπιστούν τυχόν νοσηλευτικές παραλείψεις στη φροντίδα. Η μελέτη ολοκληρώθηκε με την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, το οποίο απευθύνεται σε νοσηλευτές και στοχεύει στην αύξηση του επιπέδου γνώσεων και τη βελτίωση των στάσεων τους απέναντι σε άτομα με άνοια.

Τα ευρήματα της μελέτης έχουν δείξει ότι το γνωσιολογικό υπόβαθρο των νοσηλευτών ως προς τη φροντίδα ασθενών με άνοια είναι ελλιπής και οι στάσεις τους αρνητικές. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση αυτών των δύο προβλημάτων. Επιπρόσθετα, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει συμβάλει και στην ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών, ώστε να παρέχουν φροντίδα επικεντρωμένη στις ανάγκες των ασθενών, ειδικά των ευάλωτων ομάδων, χωρίς να παραλείπουν σημαντικά στοιχεία της φροντίδας, τα οποία μπορούν να προσφέρουν ανακούφιση και στήριξη στους ασθενείς αυτούς. Έχουν εντοπιστεί αρκετές παραλείψεις φροντίδας, οι οποίες μπορούν να αιτιολογηθούν στη βάση της ανεπάρκειας γνώσης, των περιβαλλοντικών και οργανωτικών παραγόντων και την ύπαρξη αρνητικής στάσης απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα στα άτομα με νοητική ανεπάρκεια. Σημαντικές επιπτώσεις αυτών των παραλείψεων ήταν η μη ικανοποίηση βασικών αναγκών των ασθενών, η ελλιπής επικοινωνία, η μη τήρηση σωστών τεχνικών φροντίδας και η καταπάτηση ηθικών αρχών, που διέπουν τη νοσηλευτική επιστήμη.

5.1. Οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών με άνοια

Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων που εντοπίστηκε στη μελέτη ($M=12.08/21$) ενδεχομένως να οφείλεται στην ανεπαρκή εκπαίδευση των νοσηλευτών όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες φροντίδας για ασθενείς με άνοια. Στα προγράμματα νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η φροντίδα ασθενών με άνοια διδάσκεται στο μάθημα της παθολογικής, γεροντολογικής και ψυχιατρικής νοσηλευτικής, αλλά φαίνεται ότι οι ελάχιστες ώρες που αφιερώνονται στο θέμα δεν είναι αρκετές για να εφοδιάσουν το φοιτητή με την απαραίτητη γνώση και να τον ευαισθητοποιήσουν για τους ασθενείς αυτούς. Κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι νοσηλευτές, δεν λαμβάνουν εκπαίδευση για τη διαχείριση των πολλαπλών νοητικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, την επιδημιολογία και την αναγνώριση της άνοιας, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν τεχνικές διαχείρισης, κατά την κλινική τους πρακτική. Άλλες έρευνες που αφορούσαν το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών αναφορικά με την άνοια, οι μέσοι όροι ήταν ψηλότεροι από την παρούσα μελέτη, κατά 4 μονάδες. Η πρώτη μελέτη των Toye et al, 2014, με μέσο όρο 16/20, ενώ η δεύτερη των Robisson et al, 2014, με 16,5/20 σε σύγκριση με το 12.08/20 που έδειξε η παρούσα μελέτη παρουσίασε το χαμηλότερο σκορ στην βιβλιογραφία μέχρι σήμερα. Το δείγμα των προαναφερόμενων ερευνών ήταν επίσης κλινικοί νοσηλευτές, χωρίς κάποια εξειδίκευση στον τομέα της άνοιας. Μέσα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Eniriidou et al, 2018) φάνηκε ότι οι νοσηλευτές υστερούν σημαντικά στο γνωσιολογικό κομμάτι που σχετίζεται με την φροντίδα της άνοιας και τα ευρήματα αυτά παραμένουν σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Οι μελέτες φανέρωσαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών (Barett et al, 1997, Robinson et al, 2014, Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014, Bryans et al, 2003, Elvish et al, 2014), αποτέλεσμα το οποίο συνάδει με την παρούσα μελέτη. Σύμφωνα με τους Barett et al, 1997, μόνο το 26% των νοσηλευτών γνώριζε τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου του Alzheimer. Οι νοσηλευτές κατείχαν βασικές γνώσεις σχετικά με την φροντίδα ασθενών με άνοια, αλλά ελάχιστες γνώσεις για συγκεκριμένες τεχνικές, όπως αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, συμμετοχή ατόμων με άνοια σε δραστηριότητες και διαχείριση συμπεριφορικών χαρακτηριστικών λόγω της νόσου (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014).

Οι ψηλοί μέσοι όροι που σημειώθηκαν στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων αφορούν την παθοφυσιολογία της νόσου, τις συμπεριφορικές αλλαγές των ατόμων με άνοια και τη σημαντικότητα που έχει η συμβολή της οικογένειας στην φροντίδα. Τα δεδομένα αυτά ενδεχομένως να αποτελούν μια βάση για έναρξη της ενίσχυσης των γνώσεων των νοσηλευτών, καθώς φαίνεται να κατέχουν βασικές γνώσεις για την άνοια, αλλά με σοβαρές ελλείψεις στο επικοινωνιακό κομμάτι και της αναγνώρισης, γεγονός που συνάδει με τις υπόλοιπες έρευνες στη βιβλιογραφία (Josefsson et al, 2008, Galvin et al, 2010, Marx et al, 2014). Επιβεβαιωτικά στοιχεία στα πιο πάνω αποτελούν και οι χαμηλότεροι μέσοι όροι, οι οποίοι εντοπίστηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν τα χαρακτηριστικά και τη διαχείριση της νόσου. Το χαμηλό σκορ σε αυτές τις ερωτήσεις δικαιολογεί εν μέρει την ανεπαρκή προσφορά φροντίδας εκ μέρους των νοσηλευτών, αφού αν δεν γνωρίζουν τεχνικές διαχείρισης και τα χαρακτηριστικά της άνοιας, κάποιες βασικές ανάγκες των ασθενών, ίσως να μένουν ανεκπλήρωτες. Ποσοστό της τάξεως 35% απάντησε σωστά πάνω από 15 ερωτήσεις, εύρημα το οποίο τονίζει την ανάγκη εκπαίδευσης, καθώς οι νοσηλευτές αποτελούν την ομάδα επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε συνεχή επαφή με ασθενείς με άνοια και το επίπεδο γνώσεων τους φαίνεται να είναι ελλιπές.

Τα στοιχεία αυτά μας υποδηλώνουν την άμεση ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την προαγωγή των γνώσεων των Κυπρίων νοσηλευτών. Η ενίσχυση του υφιστάμενου προγράμματος σπουδών ή η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων απευθυνόμενα σε κλινικούς νοσηλευτές, αποτελούν λύση για την αύξηση γνώσεων και την εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης, όπου αφενός θα βελτιώνεται η ποιότητα φροντίδας και αφετέρου θα ενισχύσει το αίσθημα αυτοπεποίθησης μεταξύ των νοσηλευτών. Λαμβάνοντας υπόψη τη ραγδαία επιδημιολογική αύξηση της νόσου σε συνάρτηση με το αυξημένο ποσοστό νοσοκομειακών κλινών, που καταλαμβάνουν οι ασθενείς με άνοια, οι νοσηλευτές χρήζουν εκπαίδευσης, προκειμένου να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στο πολυδιάστατο φάσμα αναγκών αυτών των ασθενών. Ήδη των 1/3 των νοσοκομειακών κλινών φιλοξενεί περιστατικά με άνοια (Alzheimer Society, 2012), οπότε με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ο αριθμός αυτός αναμένεται να τριπλασιαστεί (Alzheimer Disease International, 2015). Άρα η προαγωγή του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών χρήζει της δέουσας σημασίας, από τους εκάστοτε υπεύθυνους χάραξης πολιτικών. Εξάλλου η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην

πολυδιάστατη φύση της άνοιας, έχει εντοπισθεί ως σημαντική ανάγκη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο οποίος δημοσιεύει συστάσεις για την έναρξη προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών ως προς την άνοια, μέσα από τη μελέτη φάνηκε να είναι μέτριες προς θετικές ($M=99.06$, 70%). Το γεγονός αυτό μπορεί να χαρακτηριστεί ως θετικό, καθώς είναι ένα στοιχείο το οποίο υποδηλώνει την ύπαρξη βάσεων εκ μέρους των νοσηλευτών για την ενίσχυση της συμπόνιας προς τα άτομα αυτά. Εάν ενδυναμωθούν οι υπάρχουσες στάσεις, εύλογα θα έχει ευεργετικό αντίκτυπο στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών αυτών, αφού οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση πλέον να αναγνωρίσουν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών. Με την ύπαρξη θετικών στάσεων, οι νοσηλευτές θα είναι ανοιχτοί πλέον σε εκπαιδευτικά ερεθίσματα προκειμένου να μπορούν να εφαρμόσουν τις δεξιότητες επικοινωνίας, κυρίως της μη λεκτικής μορφής και να ανταπεξέλθουν επαρκώς, μέσω της εκμάθησης τεχνικών διαχείρισης φροντίδας για τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Οι προηγούμενες έρευνες που αφορούσαν τις στάσεις έδειξαν επίσης μέτριες προς θετικές στάσεις (O'Connor & McFadden, 2010 $M=98.4/140$, Scerri et al, 2012, $M=103.5/140$, Kimzey et al, 2016, $M=110/140$). Οι μέσοι όροι όλων των ερευνών δείχνουν μέτριες προς θετικές στάσεις και ενδεχομένως το γεγονός αυτό να οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης, που τυγχάνουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ή εκπαιδευτικών σεμιναρίων, στην μεταγενέστερη κλινική πρακτική.

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της πιλοτικής μελέτης με τη μελέτη πεδίου, αναφορικά με τις συσχετίσεις. Στις συσχετίσεις της πιλοτικής μελέτης φάνηκε ότι υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, μέτριου βαθμού/έντασης ($r=0.44$, $p<0.01$). Η συσχέτιση αυτή δείχνει ότι αν αυξηθεί η γνώση αυξάνεται ελαφρώς και η θετική στάση. Στη μελέτη πεδίου η συσχέτιση στάσεων-γνώσεων έδειξε επίσης συσχέτιση των δύο μεταβλητών μέτριου βαθμού έντασης ($r=0.37$, $p<0.01$). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η απόκτηση γνώσης δεν είναι καίριας σημασίας για τη βελτίωση των στάσεων, καθώς οι συσχετίσεις ήταν αδύνατες, μεταξύ των δύο μεταβλητών. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία, αφού φάνηκε ότι βελτιώνεται ελαφρώς η στάση των νοσηλευτών όταν προάγεται το επίπεδο γνώσεων. Άλλες έρευνες στην βιβλιογραφία (Scerri et al, 2012, Kimzey et al, 2016), έδειξαν επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, χωρίς ωστόσο να δημοσιεύσουν τον συντελεστή συσχέτισης. Τα στοιχεία αυτά

διευρύνουν το πεδίο διερεύνησης, ως προς τον εντοπισμό άλλων μεταβλητών, που ενδεχομένως να επηρεάζουν σε πιο ισχυρό βαθμό τη διαμόρφωση μιας στάσης.

Οι σχετικά ψηλές μέσες τιμές που εντοπίστηκαν στο εργαλείο των στάσεων δείχνουν ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου και τη σημασία που έχει η γνώση του παρελθόντος του. Παρόλα αυτά δεν εξασκείται κάποια εξατομικευμένη φροντίδα στους ασθενείς με άνοια, εύρημα το οποίο εγείρει προβληματισμούς. Αφού είναι γνώστες οι νοσηλευτές για τις διαφορετικές ανάγκες των ασθενών εύλογα θα έπρεπε να διαμορφώνουν την φροντίδα γύρω από το άτομο, πρακτική που όμως δεν εντοπίστηκε να εφαρμόζεται ούτε στη βιβλιογραφία (Suhonen et al, 2010, 2012) αλλά ούτε και στη μελέτη παρατήρησης, της παρούσας έρευνας. Η χαμηλή μέση τιμή στην ερώτηση που διερευνούσε αν νιώθουν αυτοπεποίθηση οι νοσηλευτές όταν περιβάλλονται από άτομα άνοια, δείχνει ότι η έλλειψη γνώσεων τους οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα, καθώς αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τον ασθενή με άνοια και να ανταποκριθούν επαρκώς στην επαγγελματική τους ιδιότητα. Επιπλέον η δήλωση αυτή, ενδεχομένως να υποκρύπτει μian μάλλον αρνητική στάση, αφού εύλογα αν δεν νιώθουν άνετα κατά την αλληλεπίδραση τους με ασθενείς με άνοια, ίσως τους αποφύγουν ή να διαμορφώσουν αρνητική εικόνα για αυτούς, ένεκα του φόβου που του διακατέχει. Η δήλωση αυτή ενισχύεται με την επίσης χαμηλή μέση τιμή που παρατηρήθηκε στην ερώτηση που διερευνούσε κατά πόσο οι νοσηλευτές νιώθουν εξοικειωμένοι με την άνοια. Το γεγονός ότι δεν νιώθουν, πιθανόν να είναι ένδειξη για έλλειψη γνώσης, κυρίως ως προς τις τεχνικές διαχείρισης των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών αυτής της ομάδας ασθενών. Οι νοσηλευτές αν δεν μπορούν να χειριστούν επαρκώς τις συμπεριφορικές αλλαγές, που αποτελούν σύμπτωμα της νόσου, ίσως βιώνουν αισθήματα όπως η αμφισβήτηση του επαγγελματισμού τους ή ανεπάρκειας ανταπόκρισης τους στον νοσηλευτικό ρόλο, που καλούνται να εκτελέσουν.

Συνολικά, οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών αποτελούν έναν παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει τη φροντίδα του ασθενούς με άνοια. Υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες, όπως η επάρκεια του προσωπικού, η ικανότητα του υπεύθυνου τμήματος, η ηγεσία, το εργασιακό περιβάλλον (Aiken et al, 2012), οι νοσηλευτές που ασκούν μη νοσηλευτικές δραστηριότητες (Ausserhofer et al, 2013) ή οι στάσεις των νοσηλευτών προς τους ηλικιωμένους γενικότερα (Halvorsen et al, 2014), ασχέτως από την παρουσία της άνοιας. Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για το ρόλο τους στο πλαίσιο της άνοιας ενδέχεται να επηρεάσουν επιπρόσθετα τη στάση τους. Επιπλέον, η εκπαίδευση, η

ηλικία, το επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων, τα ηθικά διλήμματα και οι ψυχολογικοί παράγοντες στην παροχή φροντίδας (όπως ο φόβος ή η απογοήτευση) έχουν εντοπιστεί ως δυνητικές επιδράσεις στις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στα άτομα με άνοια (Fessey 2007, Kada et al, 2009, Elvish et al, 2014, Shinan-Altman et al, 2014).

Οι αναφερόμενες στάσεις μεταξύ των νοσηλευτών βρέθηκαν επίσης να αλλάζουν μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Davison et al 2007, Galvin et al, 2010, Palmer et al, 2013, Elvish et al, 2014, Surr et al, 2015). Η εκπαίδευση στην φροντίδα της άνοιας είναι απαραίτητη για τους νοσηλευτές προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα και κυμαίνεται από τη βασική κατάρτιση ευαισθητοποίησης έως τα πιο ολοκληρωμένα προγράμματα (Griffiths et al, 2016). Ένα σημαντικό πρόβλημα που σχετίζεται με τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών και ένας λόγος που κάνει τη φροντίδα του ατόμου με άνοια πιο περίπλοκη, είναι η προβληματική συμπεριφορά των ασθενών και οι δυσκολίες αντιμετώπισης τους. Επομένως, η κατάρτιση πρέπει να επικεντρωθεί στη διαχείριση συμπεριφοράς, καθώς και σε θέματα επικοινωνίας, καθώς υπάρχει μια τάση μεταξύ των νοσηλευτών να αποφεύγουν ασθενείς με άνοια, η οποία θα μπορούσε να μειωθεί σημαντικά, μετά την εφαρμογή της εκπαίδευσης. Ωστόσο, η αξία κάποιων μελετών παρέμβασης πρέπει να εξεταστεί με προσοχή, καθώς τα ευρήματα εφαρμόζονται σε μεμονωμένες μελέτες, που δεν μπορούν να γενικευθούν. Απαιτείται η περαιτέρω διερεύνηση για να επιβεβαιωθεί η σημαντικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κατά πόσο αλλάζουν τις στάσεις ή βελτιώνουν το επίπεδο γνώσεων, σε βάθος χρόνου.

5.2. Συζήτηση σε σχέση με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου των στάσεων

Προχωρώντας στην ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων, ανά παράγοντα, μπορούν να εξαχθούν αρκετά συμπεράσματα. Ο πρώτος παράγοντας η αυτοπεποίθηση σημείωσε πιο ψηλά ποσοστά απαντήσεων στην ουδετερότητα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές πιθανόν να μην νιώθουν αρκετή αυτοπεποίθηση ή την ύπαρξη αμφιβολίας για την καταλληλότητα τους, κατά την αλληλεπίδραση τους με άτομα με άνοια. Στον δεύτερο παράγοντα, τις γνώσεις, η πλειοψηφία επέλεξε «συμφωνώ», άρα ανάγεται το συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές ισχυρίζονται ότι κατέχουν το βασικό γνωσιολογικό υπόβαθρο αναφορικά με τη νόσο, παρόλο που στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων σημειωθήκαν χαμηλά σκορ. Σχετικά με τον παράγοντα αμηχανία η πλειοψηφία του δείγματος επέλεξε την ουδετερότητα. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ότι υπάρχει μια στοιχειώδης αμηχανία των νοσηλευτών κατά την επαφή τους με τα άτομα με άνοια, αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό που να μην μπορούν να φανταστούν να φροντίζουν κάποιον με άνοια. Σχετικά με τον παράγοντα «φόβος» οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν ως επί το πλείστο «διαφωνώ», οπότε αναδύεται το συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές δεν νιώθουν φόβο κατά την αλληλεπίδραση τους με τα άτομα με άνοια. Όσο αφορά τον τελευταίο παράγοντα (άνεση) οι περισσότερες απαντήσεις ήταν «συμφωνώ» ή ουδετερότητα, άρα υπάρχει άνεση μεταξύ των νοσηλευτών κατά την επαφή τους με άτομα με άνοια, με την ύπαρξη κάποιας επιφύλαξης όμως, ένεκα του ψηλού ποσοστού ουδετερότητας που εντοπίστηκε.

Κατά την παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου των στάσεων έχουν εντοπιστεί πέντε παράγοντες, όπου οι τρεις (αυτοπεποίθηση, αμηχανία, φόβος) αποτελούν νέες προσθήκες, καθώς δεν είχαν εντοπιστεί στην πρωτότυπη ανάλυση στην οποία φορτίστηκαν δύο παράγοντες (άνεση, γνώσεις). Η σύγκριση της παραγοντικής ανάλυσης του πρωτότυπου εργαλείου σε σχέση με την παρούσα μελέτη έφερε στην επιφάνεια αρκετές διαφορές, ως προς τους παράγοντες. Γενικότερα οι ερωτήσεις που στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνονταν στον παράγοντα άνεση, στην παρούσα ανάλυση κατανεμήθηκαν σε υπό-κατηγορίες της άνεσης και διαχωρίστηκαν σε τρεις παράγοντες. Οι αρνητικές φορτίσεις των ερωτήσεων κλιμακώνουν την άνεση στην παρούσα ανάλυση, η οποία περιλαμβάνει θετικές και αρνητικές ερωτήσεις. Οι αρνητικές ερωτήσεις διαχωρίστηκαν στην άνεση βάση του βαθμού έντασης της

ερώτησης (πχ. η αμηχανία είναι πιο αδύνατο συναίσθημα από το φόβο). Αυτή η κλιμάκωση της άνεσης (αυτοπεποίθηση, αμηχανία, φόβος) εννοιολογικά συνάδει περισσότερο με τις ερωτήσεις και ξεκαθαρίζει τις υπό-διαστάσεις της ευρύτερης έννοιας της άνεσης. Για παράδειγμα δεν μπορεί κάποιος να νιώσει άνετα με ένα άτομο με άνοια αν δεν νιώθει αυτοπεποίθηση να διαχειριστεί τα συμπεριφορικά προβλήματα που επιφέρει η νόσος. Οι ερωτήσεις που είχαν αρνητική χροιά (2,6,8,9,16,17) διαχωρίστηκαν πιο έντονα από τη διάσταση της άνεσης στις διαστάσεις του φόβου, της αυτοπεποίθησης και της αμηχανίας (πχ ερώτηση 6 που αναφέρεται στην αμηχανία έναντι της ερώτησης 5 που αναφέρεται ξεκάθαρα σε άνεση). Η άνεση που εντοπίστηκε στο πρωτότυπο, μπορεί να ερμηνευτεί καλύτερα με αρνητικά και θετικά στοιχεία όπως είναι για παράδειγμα ο φόβος έναντι της απόλαυσης της αλληλεπίδρασης με άτομα με άνοια. Ο φόβος αποτελεί μέρος της διάστασης της άνεσης, καθώς εάν κάποιος φοβάται ένα άτομο με άνοια, εύλογα θα επηρεαστεί και ο βαθμός που νιώθει άνετα κοντά του. Η αυτοπεποίθηση από την άλλη δεν συγκαταλέγεται ξεκάθαρα στις γνώσεις ή την άνεση, οπότε δεν μπορεί να κατανεμηθεί σε κάποιον από τους 2 παράγοντες, που εντοπίστηκαν στο πρωτότυπο. Μπορεί να θεωρηθεί ότι δρα ως διαμεσολαβητικός παράγοντας, αφού αν προαχθεί η γνώση, αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και ακολούθως η άνεση.

Όσο αφορά τη δεύτερη διάσταση της παραγοντικής ανάλυσης του πρωτότυπου ερωτηματολογίου, τις γνώσεις, το αρχικό ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κάποιες ερωτήσεις, που χαρακτηρίζουν τη νόσο (7,10,11), ενώ εννοιολογικά κάποιες ερωτήσεις δεν ήταν τόσο διακριτές (3,12,15), αφού αφορούσαν κυρίως την αλληλεπίδραση με τη νόσο, ενδεχομένως από την κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις αυτές (3,12,15) δεν αποτελούν ευρέως αποδεκτά γεγονότα για τη νόσο, όπως τις τρεις (7,10,11) ερωτήσεις που συμπεριλήφθησαν και στις δύο αναλύσεις στον παράγοντα γνώσεις (πχ ερ. 7 «το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες»), αλλά αφορούν μια διάδραση του συμμετέχοντα προς τα άτομα με άνοια (λ.γ ερ. 12 «είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια») και δεν καλύπτονται απαραίτητως με τον παράγοντα γνώσεις.

5.3. Συζήτηση σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και τις παραλείψεις

Αν και ένας από τους στόχους αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, τα ευρήματα δημιουργούν ανησυχίες ως προς την ποιότητα φροντίδας που δέχεται αυτή η ευάλωτη ομάδα ασθενών, δεδομένου της αδυναμίας έκφρασης των αναγκών με προφορικό λόγο και την αδυναμία διεκδίκησης καλύτερης φροντίδας (Galvin et al, 2010).

Η ενδεικνυόμενη φροντίδα που συστήνεται τόσο από τους διεθνείς (Alzheimer International, 2019) και εθνικούς οργανισμούς της νόσου Alzheimer (Alzheimer Society, 2014, Dementia Action Allowance, 2018) όσο και από τη βιβλιογραφία (McCormack and McCance, 2006, Greene et al, 2012), είναι η πρόσωπο-κεντρική φροντίδα. Η πρόσωπο-κεντρική φροντίδα είναι *"μια προσέγγιση που αντί να αντιμετωπίζει ένα άτομο ως μια συλλογή συμπτωμάτων και συμπεριφορών που πρέπει να ελέγχονται, θεωρεί το σύνολο του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τις μοναδικές ιδιότητες, τις ικανότητες, τα ενδιαφέροντα, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες κάθε ατόμου"* (Alzheimer Society, 2014). Ουσιαστικά παρά να αντιμετωπίζεται το άτομο ως σύνολο συμπτωμάτων και συμπεριφορών που πρέπει να ελεγχθούν, η πρόσωπο-κεντρική φροντίδα εστιάζει στις μοναδικές για το κάθε άτομο ιδιότητες, δεξιότητες, ενδιαφέροντα, προτιμήσεις και ανάγκες (McCormack and McCance, 2006). Έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας (Greene et al, 2012), ιδιαίτερα για τους ασθενείς με άνοια, οι οποίοι μπορεί να μην είναι σε θέση να εκφράσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες τους και είναι πιο εξαρτημένοι και ευάλωτοι από άλλες ομάδες ασθενών. Για παράδειγμα, η Fessey, 2007, στη μελέτη της διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές δεν επιλέγουν την πρόσωπο-κεντρική φροντίδα όταν ένας ασθενής ζητάει ένα φλιτζάνι τσάι, αλλά επιλέγουν την προσέγγιση αυτή αν ο ασθενής δεν είναι πρόθυμος να κάνει μπάνιο. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι οι νοσηλευτές επιλέγουν την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση ανάλογα με την περίσταση και ότι δεν υποστηρίζουν αυτή την προσέγγιση για όλες τις ανάγκες φροντίδας. Σε γενικότερο πλαίσιο οι Gibbon & Crane, 2018, αναφέρουν σε άρθρο τους ότι η φροντίδα «ρουτίνας» συμβάλει αρνητικά στην υιοθέτηση μιας πρόσωπο-κεντρικής φροντίδας και αυτή η

ρουτίνα αναπτύσσει στους επαγγελματίες υγείας μια ποικιλία πολιτιστικών κανόνων, την οποία υιοθετούν στα πλαίσια της επαγγελματικής τους κοινωνικοποίησης.

Η ευάλωτη ομάδα ασθενών με γνωστική έκπτωση είναι το καλύτερο παράδειγμα πολυπλοκότητας στους ηλικιωμένους, αλλά με τα υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Οι ασθενείς με άνοια δεν πρέπει να παραβλέπονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, καθώς είναι ευάλωτοι όχι μόνο σε σωματικά προβλήματα όπως η ουρολοίμωξη, το θωρακικό άλγος, το παραλήρημα, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και τα έλκη πίεσης (Bail et al, 2013), αλλά και σε ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά προβλήματα. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και οι αρνητικές στάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενή με άνοια, μεταξύ των νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσουν σε μη σωστή αξιολόγηση των ασθενών για πτώσεις και σε παρατεταμένες ημέρες νοσηλείας (Fogg et al, 2017). Επιπλέον, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας (CHKS, 2012). Συνεπώς, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε καθοδηγούμενες και τεκμηριωμένες πρακτικές με σκοπό τη διόρθωσή τους. Αυτά τα αρνητικά αποτελέσματα μπορούν να αποφευχθούν εάν οι νοσηλευτές εκπαιδευτούν σε επικοινωνιακές δεξιότητες ως μέρος της νοσηλευτικής τους κατάρτισης. Επίσης, το συνολικό επίπεδο αυτοπεποίθησης τους θα αυξηθεί, δεδομένου ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών έχει σημειωθεί ως απαραίτητη για την αποτελεσματική θεραπεία (Martin et al, 2005). Τα άτομα με άνοια αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ενός νοσοκομείου (Sampson et al, 2006, 2009), ως εκ τούτου, η ανάγκη για εκπαίδευση είναι σημαντική, αφού αν εφαρμόζεται η εκπαίδευση στα αρχικά στάδια της νοσηλευτικής κατάρτισης, οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να εφαρμόσουν αυτή την προηγμένη γνώση σε μεταγενέστερα στάδια, συμπεριλαμβανομένης της ρουτίνας φροντίδας.

Παρόλο που υπήρξαν πολύ σπάνιες περιπτώσεις νοσηλείας βάση των αναγκών του ασθενή, τα αποτελέσματα της μελέτης μας αποκάλυψαν ότι οι θεμελιώδεις ανάγκες παραμένουν ανικανοποίητες. Επιπλέον, η μελέτη έδειξε ότι συχνά κατά την νοσηλευτική φροντίδα, παραβιάζεται μια βασική αρχή της ηθικής, η αξιοπρέπεια. Η επικοινωνία φαίνεται να νοσεί μεταξύ ασθενών-νοσηλευτών και μεταξύ συναδέλφων που εργάζονται στο ίδιο τμήμα. Οι τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας στερούν επίσης, καθώς εντοπίστηκαν πολλαπλές νοσηλευτικές παραλείψεις.

Οι ανάγκες των ασθενών παρέμεναν ανικανοποίητες, όπως για παράδειγμα η ασθενής που ζητούσε νερό, αλλά κανείς δεν την έδωσε, μέχρι να το κάνει ο φροντιστής άλλου

ασθενή. Αυτή η μορφή παραμέλησης μπορεί να ερμηνευτεί στη βάση της διαδικασίας ιεράρχησης που κάνουν οι νοσηλευτές, στην οποία κατατάσσουν στις υψηλές θέσεις τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και τις σημαντικές παρεμβάσεις και στις τελευταίες θέσεις τους χρόνιους ασθενείς με λιγότερο έντονες ανάγκες (Skirbekk & Nortvedt 2011). Ιδιαίτερα, οι καθημερινές ανάγκες περιθωριοποιούνται, καθώς οι νοσηλευτές προτιμούν να προχωρήσουν σε περισσότερο επείγον ανάγκες, όπου τα οφέλη θα είναι άμεσα προφανή (Nortvedt et al, 2008, Pedersen et al, 2008, Arvidsson et al, 2010). Η αποτυχία ικανοποίησης όλων των βασικών αναγκών ενός ηλικιωμένου ασθενή, περιγράφεται από τους Bonnie & Wallace, 2003, σαν είδος κακομεταχείρισης.

Σε πολλές περιπτώσεις η δουλειά των νοσηλευτών έγινε από φροντιστές είτε του ασθενή είτε άλλου ασθενή π.χ. σίτιση. Επιπλέον, η χρήση άσηπτου τεχνικής δεν έγινε σύμφωνα με τα πρωτόκολλα, καθώς οι αλλαγές πληγών δεν έγιναν ή έγιναν με τα ίδια γάντια που φορούσαν κατά το λουτρό κλίνης και χωρίς την χρήση καροτσιού. Όσον αφορά τη συμπλήρωση των διαγραμμάτων σε αρκετές περιπτώσεις, οι νοσηλευτές έγραψαν ψευδή ζωτικά σημεία ή ενδοφλέβια υγρά χωρίς να ελέγξουν κανένα από τα παραπάνω. Ο μέσος χρόνος για τις νοσηλευτικές διαδικασίες διαρκούσε 5-7 λεπτά ανά ασθενή, κάτι που δεν είναι αρκετό και αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στον αυξημένο αριθμό ασθενών που καλούνται οι νοσηλευτές να φροντίσουν. Η διανομή φαρμάκων δεν έγινε σωστά, αφού τα φάρμακα παρέμειναν στο κομοδίνο ή στη στοματική κοιλότητα των ασθενών. Οι τεχνικές φροντίδας ήταν ελλιπείς, πολλές διαδικασίες δεν έγιναν σύμφωνα με τα πρωτόκολλα και αυτό απαιτεί μελλοντικές μελέτες για να διερευνηθούν οι λόγοι. Η χρήση αγγίγματος και η οπτική επαφή έγινε από την πλειοψηφία των νοσηλευτών, γεγονός που δείχνει ότι η συμπόνια καλλιεργείται στη νοσηλευτική. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποκαλύψει ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τη σημασία της επικοινωνίας, λεκτικής ή μη, αλλά στην πράξη δυσκολεύονται τόσο να εκφραστούν οι ίδιοι στη σχέση τους με τον ασθενή ή και ακόμα να κατανοήσουν τα επικοινωνιακά σχήματα του ασθενή. Οι νοσηλευτές έχουν τη βάση να προσφέρουν αξιοπρεπή φροντίδα στους ασθενείς με άνοια, αλλά η έλλειψη κατάρτισης, εμπιστοσύνης, χρόνου ή ειδικών δεξιοτήτων μπορεί να είναι οι λόγοι για την χαμηλή ποιότητα φροντίδας.

Υπάρχει πληθώρα αποδεικτικών στοιχείων ότι οι παραλείψεις βασικής φροντίδας των ασθενών μπορούν να εξηγηθούν εν μέρει από την έλλειψη πόρων, ανθρώπινων ή υλικών καθώς και από οργανωτικούς παράγοντες (Papastavrou et al, 2014, Jones et al,

2015, Suhonen et al, 2018). Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών, αφού αν οι νοσηλευτές δεν έχουν τα απαραίτητα να προχωρήσουν με την κατάλληλη διεργασία, την καθιστούν ανέφικτη. Για παράδειγμα, σε μία περίπτωση η νοσηλεύτρια ήταν υπεύθυνη για 6 ασθενείς και όταν ένας από αυτούς παρουσίασε μια οξεία μεταβολή στην κλινική του εικόνα, οι υπόλοιποι παρέμεναν χωρίς φροντίδα. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι επιλεκτικοί και να διατηρούν ηγετικές ικανότητες, προκειμένου να προχωρήσουν στις καθημερινές τους διεργασίες, αν και σε αυτή την περίπτωση κανείς δεν προσφέρθηκε να αναλάβει την ευθύνη των άλλων ασθενών και παρέμειναν «αόρατοι» δηλαδή δεν έλαβαν καθόλου φροντίδα, σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της βάρδιας

Ο εντοπισμός νοσηλευτικών παραλείψεων σε σχέση με τις βασικές ανάγκες των ασθενών είναι ένα μείζον θέμα. Αρκετές ζωτικές ανάγκες παραμένουν ανικανοποίητες, επιτρέποντας την εξαγωγή συμπερασμάτων, όπως το χαμηλό επίπεδο ποιότητας φροντίδας. Εντούτοις, αυτό το ατυχές γεγονός θα μπορούσε να αιτιολογηθεί στην ανεπάρκεια προσωπικού και το "χαοτικό", πολύπλοκο περιβάλλον που καλούνται να εργαστούν οι νοσηλευτές. Οι ανεπάρκειες φαίνεται να έχουν αρκετή συσχέτιση με το φαινόμενο των παραλείψεων, καθώς σε πολλές περιπτώσεις οι νοσηλευτές προσπαθούσαν να ολοκληρώσουν το έργο τους, χωρίς να διαθέτουν τα απαραίτητα για να το πράξουν, για παράδειγμα σεντόνια. Οπότε οι τεχνικές φροντίδας επηρεάζονται άμεσα, από αυτόν τον παράγοντα. Η παρούσα μελέτη βρίσκεται σε συνοχή με προηγούμενες μελέτες (Schubert et al, 2007, Kalisch et al, 2009, Jones et al, 2015) οι οποίες έδειξαν ότι οι ελλείψεις αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το φαινόμενο των παραλείψεων. Τα ευρήματα συνάδουν επίσης και με άλλες μελέτες σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που συχνά παραλείπεται (Schubert et al, 2007, Papastavrou et al, 2014) και ότι οι ζωτικές ανάγκες είχαν τεθεί κατά μέρος (Williams, 2011, Skirbekk & Nortvedt, 2011).

Το μοντέλο των Kalisch et al, 2009, που αποτελεί βασικό στοιχείο του θεωρητικού υπόβαθρου της μελέτης, έχει επιβεβαιωθεί από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με το μοντέλο οι επικοινωνιακοί παράγοντες ασθενή-νοσηλευτή επηρεάζουν το φαινόμενο των νοσηλευτικών παραλείψεων, στοιχείο που υπογραμμίστηκε στην τρίτη θεματική ενότητα, από τη μελέτη παρατήρησης. Η ανεπάρκεια της επικοινωνίας φαίνεται να επηρέασε ποια φροντίδα θα παρείχαν στους ασθενείς με άνοια, ενώ οι ελλείψεις επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών δεν τους επέτρεπαν να

ερμηνεύσουν ή να αντιληφθούν τα μη λεκτικά μηνύματα των ασθενών. Το μοντέλο αναφέρεται επίσης και στην επάρκεια των υλικών πόρων, σαν παράγοντα που επηρεάζει το φαινόμενο των παραλείψεων. Όπως διαφάνηκε από την έρευνα παρατήρησης, οι ελλείψεις κατά τη διάρκεια της φροντίδας, έφεραν με τη σειρά τους ανεπαρκή φροντίδα στους ασθενείς με άνοια. Το μοντέλο επιβεβαιώνεται μέσα από τη μελέτη και από τον παράγοντα της γνώσης, καθώς όπως ανέφεραν οι συγγραφείς (Kalisch et al, 2009) η ολοκληρωμένη νοσηλευτική διαδικασία προαπαιτεί γνώση από τον νοσηλευτή. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων που εντοπίστηκε στην έρευνα πεδίου, όσο αφορά τη φροντίδα ασθενών με άνοια, ενδεχομένως να επηρέασε τη συχνότητα ή το είδος παράλειψης, που φάνηκε ότι προβαίνουν οι νοσηλευτές σε αυτή την ομάδα ασθενών. Η έλλειψη των γνώσεων πέραν των επικοινωνιακών φραγμών που έθεσε, είχε σαν αποτέλεσμα και την μη ικανοποίηση βασικών αναγκών των ασθενών με άνοια, καθώς οι νοσηλευτές δεν γνώριζαν τεχνικές πρόσωπο-κεντρικής φροντίδας ή τις ιδιαιτερότητες της νόσου, έτσι δεν προχωρούσαν στις ανάλογες παρεμβάσεις. Το μοντέλο των Kalisch et al, 2009, έδειξε ότι οι νοσηλευτικές παραλήψεις επηρεάζονται στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας, κυρίως στους τομείς της αξιολόγησης και της τεκμηρίωσης. Ο δεύτερος πυλώνας του μοντέλου αναφέρετε στην προσανατολισμένη πέλατο-κεντρική φροντίδα, την οποία ο νοσηλευτής εφαρμόζει σε 5 φάσεις: την αξιολόγηση, τη διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Koizer, 2004). Όπως έχει διαφανεί η νοσηλευτική φροντίδα στα τμήματα που παρατηρήθηκαν ήταν προκαθορισμένη και βασισμένη σε διαδικασίες ρουτίνας, οι οποίες παρεκκλίνουν από τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα αρκετές ανάγκες των ασθενών να έμειναν ανικανοποίητες και αρκετές παραλείψεις να λάβουν χώρα, αφού δεν ακολουθήθηκαν σωστά τα στάδια.

Επιπλέον, το μοντέλο υπογραμμίζει τη σημαντική επιρροή που έχουν οι εσωτερικές πεποιθήσεις και αξίες του νοσηλευτή ως προς το είδος της παράλειψης, που θα προβεί. Η έρευνα πεδίου έδειξε ότι οι στάσεις των νοσηλευτών είναι αρνητικές προς τα άτομα με άνοια, άρα τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με το μοντέλο, αφού φάνηκε ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών είναι δέκτης αρκετών παραλείψεων και αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ύπαρξη των αρνητικών στάσεων. Γενικότερα, μέσα από την μελέτη φάνηκε ότι όντως κατά τη νοσηλευτική διεργασία οι νοσηλευτές επηρεάζονταν άμεσα από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και από τη νοσηλευτική εσωτερική διαδικασία, στοιχειά τα οποία συμπεριλαμβάνονται στο μοντέλο των Kalisch et al, 2009. Οι

συγγραφείς στη θεωρητική εννοιολογική ανάλυση του φαινομένου των νοσηλευτικών παραλείψεων, έθιξαν αυτά τα σημεία ως κρίσιμα ως προς την επίδραση που έχουν για την αύξηση του φαινομένου. Βέβαια, αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλα σαφή εμπειρικά στοιχεία, στις μελέτες που ακολούθησαν (Papastavrou et al, 2012, 2014, Schubert et al, 2011, Ausserhofer et al, 2013) και απέδειξαν ότι οι παράγοντες του μοντέλου υφίστανται και πράγματι έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην συχνότητα των παραλείψεων.

5.3.1. Επικοινωνία

Ιδιαίτερα στον τομέα της επικοινωνίας οι νοσηλευτές φάνηκε να στερούν σημαντικά. Πολλοί δεν καταλάβαιναν τα μη λεκτικά μηνύματα και έτσι αρκετές ανάγκες των ασθενών έμειναν ανικανοποίητες. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ασθενών με νοητική έκπτωση, είναι ο λόγος, οι γλωσσικές δυσκολίες και η επανάληψη, μειώνοντας την ικανότητά τους να εκφράζονται προφορικά και καθιστώντας την επικοινωνία πολύ δύσκολη για όσους εμπλέκονται στη φροντίδα. Ο προφορικός λόγος επηρεάζεται σε τόσο βαθμό στο τελικό στάδιο της νόσου που ο ασθενής, δεν είναι σε θέση να συντάξει λέξεις, αλλά μόνο επιφωνήματα (Bayles et al, 2000).

Ειδικότερα όσο αφορά την επικοινωνία, οι ελλειπείς δεξιότητες που έδειξαν οι νοσηλευτές, συνηγορούν στην κλιμάκωση του μείζονος θέματος του πόνου κατά τη νοσηλεία. Γενικότερα το προσωπικό βασίζεται στην αυτό-αναφορά των ασθενών για τον πόνο και αναλόγως χορηγούν την ενδεικνύομενη αναλγησία (Lichtner et al, 2016). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπό όψιν τις μεγάλες επικοινωνιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια, λόγω της κατάστασής τους, του οργανωτικού και χρονικού πλαισίου για αλληλεπίδραση με το προσωπικό, παρεμποδίζεται η ικανότητα των ασθενών να παρέχουν στο προσωπικό πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία του πόνου. Το κοινωνικό πλαίσιο του περιβάλλοντος φροντίδας επηρεάζει την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται κατάλληλα στην επικοινωνία με τον ασθενή. Το περιορισμένο χρονικό περιθώριο, ο αριθμός των ασθενών ανά τμήμα και οι προσδοκίες που τίθενται από την ρουτίνα του τμήματος, επηρεάζουν και αυτές με τη σειρά τους την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας για επικοινωνιακή επικοινωνία (Lichtner et al, 2016). Η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου

στο πλαίσιο του περιβάλλοντος έχει συσχετιστεί με νεύρο-ψυχιατρικά συμπτώματα, ειδικότερα την αναταραχή και το άγχος (Samson et al, 2015).

Κατά την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου η κύρια αρχή που λαμβάνεται, είναι ο ασθενής ως η κύρια πηγή πληροφοριών. Δυστυχώς, όμως στην περίπτωση της άνοιας τα επικοινωνιακά εμπόδια διαταράσσουν την ικανότητα του ασθενή να παρέχει πληροφορίες που αφορούν την εμπειρία του με τον πόνο. Κάποια επικρατούντα εμπόδια είναι η γλωσσική και νοητική βλάβη, η επίδραση των πρότυπων εργασίας σχετικά με την ικανότητα επικοινωνίας των ασθενών και θέματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Lichtner et al, 2016). Οι ασθενείς με άνοια χρησιμοποιούν κυρίως μη λεκτική επικοινωνία για να δείξουν τον πόνο όπως χειρονομίες, η στάση του σώματος, κινήσεις, μεταφορικές εκφράσεις ή συμπεριφορικές παρακινήσεις ή και έναν συνδυασμό αυτών, τα οποία ερμηνεύονται σαν έκφραση ή επικοινωνία για κατευνασμό του πόνου (Lichtner et al, 2016).

Οι μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι η περισσότερη εκπαίδευση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και τη μείωση ανεπιθύμητων συμβάντων (Bownie et al, 2013, Poh et al, 2013). Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με άνοια λαμβάνουν λιγότερη ποιότητα φροντίδας στο τέλος της ζωής, από ότι οι καρκινοπαθείς ασθενείς και ενδεχόμενος να υποφέρουν πιο πολύ από τον πόνο, καθώς δεν χορηγούνται στους ασθενείς με άνοια η ίδια ποσότητα και συχνότητα αναλγητικών (Martinsson et al, 2018). Οπότε, τονίζεται η σημαντικότητα που έχει να κατέχουν οι νοσηλευτές ένα ψηλό επίπεδο γνώσεων, προκειμένου να μπορούν να κατανοήσουν τα φυσικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας, καθώς επίσης και τα μη λεκτικά σημάδια επικοινωνίας, που ενδεχομένως υποκρύπτουν τη βίωση πόνου εκ μέρους του ασθενή.

Μαρτυρίες φροντιστών σε ποιοτική μελέτη, μέσω συνεντεύξεων, επιβεβαιώνουν τα πιο πάνω στοιχεία, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις εξέφρασαν την απογοήτευση και το θυμό τους, όταν δεν μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να επικοινωνήσουν με τον ασθενή (Jurgens et al, 2012). Το γεγονός αυτό επιβαρύνει περεταίρω τους φροντιστές καθώς νιώθουν αβεβαιότητα να φύγουν από το πλευρό του ασθενή τους, καθώς διακατέχονται από φόβο, ότι αν έχει κάποια ανάγκη ο συγγενής τους, δεν θα ικανοποιηθεί, δεδομένης της επικοινωνιακής δυσκολίας που έχουν και την δυσκολία αναγνώρισης των αναγκών τους εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας (Jurgens et al, 2012). Οι φροντιστές στην έρευνα των Jurgens et al, 2012 ήταν κατηγορητικοί προς στο προσωπικό για την

έλλειψη τεχνικών διαχείρισης αλλαγών της συμπεριφοράς και στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής ήταν αναστατωμένος. Επίσης εξέφρασαν την απογοήτευση τους για το χαμηλό επίπεδο ευαισθητοποίησης και την ύπαρξη αρνητικών στάσεων εκ μέρους του προσωπικού, απέναντι στο παραλήρημα και την άνοια, αλλά κυρίως στις ελλείψεις επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η πορεία της άνοιας παρουσιάζει εξαιρετική μεταβλητότητα και η επιδείνωση της επικοινωνιακής ικανότητας, λόγω της γνωστικής έκπτωσης παρουσιάζεται ως μία από τις πιο δυσάρεστες πτυχές για τις οικογένειες, δηλώνοντας μια βαθμιαία απώλεια του «προσώπου» που ήταν κάποτε (Jenkins & Price, 1996).

Υπάρχουν άλλωστε αρκετές αναφορές φροντιστών που επιδεικνύουν την αγωνία που τους προκαλείται από αποτυχίες των επαγγελματιών υγείας στην επικοινωνία, στην κατανόηση της άνοιας (Alzheimer Society, 2009, Thune-Boyle et al, 2010), στην έλλειψη ευκαιρίας να μοιραστούν τις γνώσεις τους σχετικά με το άτομο με άνοια και τις διαφορετικές αντιλήψεις που έχουν σχετικά με την ποιότητα φροντίδας που προσφέρουν οι επαγγελματίες υγείας, σε αντίθεση με τους φροντιστές (Tolson et al, 1999, Bridge et al, 2010). Οι φροντιστές άσκησαν κριτική εκτός από την ποιότητα φροντίδας (Donnelly et al, 2010) και σχετικά με την ικανότητα και την καταλληλότητα των μεμονωμένων μελών του προσωπικού (Verhaeghe et al, 2010), ενώ κάποιες φορές ανησυχούσαν για το τι μπορεί να συμβεί όταν αυτοί απουσιάζουν από το νοσοκομείο (Higgins et al, 2007). Οι συγγενείς, οι επισκέπτες και οι φροντιστές αντιπροσώπευαν μία σημαντική πηγή πληροφοριών στην αναγνώριση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των ασθενών με άνοια. Αυτά τα άτομα έχουν περιγραφεί ως «κρυμμένο εργατικό δυναμικό» (Fry et al, 2005) και δεν πρέπει να περιθωριοποιούνται κατά τη διαμονή τους στο νοσοκομείο. Εναλλακτικά μοντέλα έχουν αναπτύξει «πρόσωπο-κεντρικές» έννοιες στο άτομο ή «εστιασμένες στις σχέσεις», στο πλαίσιο της τριάδας ασθενής-φροντιστής-προσωπικό (Adams et al, 2005, Brooker, 2006). Η προσαρμογή αυτών των μοντέλων στις ανάγκες της οξείας περίθαλψης είναι δύσκολη και χρειάζεται περαιτέρω ανάπτυξη. Η έρευνα είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό των πτυχών της φροντίδας που βελτιώνουν την ικανοποίηση των φροντιστών από τη νοσοκομειακή περίθαλψη και τις παρεμβάσεις που προσπαθούν συστηματικά να βελτιώσουν τη φροντίδα, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους (Harwood et al, 2010, 2011).

Στην περίπτωση ασθενών με νοητική έκπτωση, η αδυναμία αναγνώρισης της αμφίδρομης επικοινωνιακής ικανότητας οδηγεί συχνά σε αρνητικά συμπεράσματα και

συμπεριφορές (Kourkouta, 2011). Ιδιαίτερα επηρεάζονται τα άτομα με γνωστική έκπτωση, όπου οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τις ανάγκες τους λεκτικά και καλείται ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα μη λεκτικά σημεία, προκειμένου να μπορέσει να ανταποκριθεί επαρκώς στη διαδικασία φροντίδας. Η επικοινωνία με αυτά τα άτομα είναι ιδιαίτερα προκλητική, αφού απαιτεί από τον επαγγελματία να γνωρίζει και να ανταποκρίνεται στις μη λεκτικές μεθόδους, ενώ μέσω της έρευνας παρατήρησης φάνηκε η ανεπάρκεια των νοσηλευτών σε αυτή την μέθοδο.

Άλλα πλαίσια φροντίδας (Jones, 2013), δείχνουν ότι οι δυσκολίες επικοινωνίας από τους ασθενείς με άνοια είναι αλληλεπιδραστικές υπό την έννοια ότι προκύπτουν, εν μέρει, από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με άνοια από τα γνωστικά τους ελλείμματα, αλλά επίσης προκαλούνται ή εξαρτώνται από τη συμβολή του άλλου κατά την αλληλεπίδραση (Lichtner et al, 2016). Άρα, καταλήγουμε ότι η ανάπτυξη επικοινωνιακών λεκτικών και κυρίως μη λεκτικών δεξιοτήτων από τους νοσηλευτές, χρήζει της δέουσας σημασίας, για να μπορούν να ικανοποιηθούν βασικές ανάγκες των ασθενών με άνοια, κατά τη νοσηλεία τους. Ιδιαίτερα κατά τα τελικά στάδια της νόσου η μη λεκτική επικοινωνία κρίνεται ως ζωτικής σημασίας, καθώς αφενός αποτελεί τον μόνο τρόπο επικοινωνίας των ασθενών και από την άλλη εάν οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσουν σωστά τα μη λεκτικά μηνύματα που εκπέμπουν οι ασθενείς, δεν θα μπορούν να προβούν στις κατάλληλες παρεμβάσεις.

Ενδιαφέρουσα είναι η μελέτη των Bourbonnais et al, 2008 η οποία εντόπισε ότι μεταξύ των ηλικιωμένων ποσοστά 48%-55% που εμπλέκονται σε μη λεκτικές μεθόδους επικοινωνίας, έχουν άνοια τύπου Αλτσχάιμερ και 30% έχουν διαγνωστεί με αγγειακή άνοια. Οι ερευνητές (Bourbonnais et al, 2008) απέδειξαν επίσης ότι οι πιο πολλές προσπάθειες μη λεκτικής επικοινωνίας λάμβαναν χώρα τις απογευματινές ώρες, όταν ο ασθενής ήταν μόνος, περιορισμένος ή ακόμη και κατά τη διάρκεια φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη, κατά την έρευνα παρατήρησης, οι ασθενείς προσπάθησαν αρκετές φορές να αναπτύξουν μη λεκτική μορφή επικοινωνίας είτε μέσω της βλεμματικής επαφής, είτε μέσω της επανάληψης, είτε ακόμη και από τη στάση του σώματος τους, στοιχεία τα οποία όμως παραβλέφθηκαν από τους νοσηλευτές.

Οι άνθρωποι που ζουν με άνοια ενδέχεται να επιχειρούν να επικοινωνήσουν με τους φροντιστές υγείας, αλλά αυτές οι προσπάθειες τυπικά αγνοούνται (Kitwood et al, 1997), παρερμηνεύονται (Strokes et al, 2000) ή κρίνονται ως ακατανόητες (Kimona et al, 2016). Αυτές οι επικοινωνιακές δυσκολίες δεν παρερμηνεύονται μόνο ως μη έχοντας

κάτι ουσιαστικό να συνεισφέρουν, αλλά και σαν να έχουν χάσει οι ασθενείς την επιθυμία για συμμετοχή στον κοινωνικό κόσμο (Sweeting et al, 1997). Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει ήχους, κινήσεις, χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου και το βλέμμα. Ο νοσηλευτής καλείται να προσαρμόζεται εύκολα κατά την επικοινωνία του με ασθενή με άνοια προφορική ή μη, καθώς λόγω των συχνών διαλείψεων μνήμης θα πρέπει να ανανεώνει συχνά τη συζήτηση επαναλαμβάνοντας το ίδιο σημείο αρκετές φορές ή ξεκινώντας τη συζήτηση από την αρχή, προκειμένου να κατανοήσει ο ασθενής με άνοια το νόημα. Στην μελέτη δεν παρατηρήθηκαν συχνές περιπτώσεις προσπάθειας των νοσηλευτών για μη λεκτική επικοινωνία με ασθενείς με άνοια. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και σε προηγούμενη ποιοτική μελέτη (Torabizadeh et al, 2014) όπου οι ασθενείς δήλωσαν ότι η επικοινωνία είναι καίριας σημασίας, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η μη λεκτική επικοινωνία. Οι ασθενείς στις συνεντεύξεις τους δήλωσαν ότι πολλές φορές εκλάμβαναν τις χειρονομίες και τις εκφράσεις προσώπου των επαγγελματιών υγείας ως προσβλητικές (Torabizadeh et al, 2014). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση μεταξύ αρνητικών στάσεων προς τα άτομα με άνοια και ψηλά επίπεδα συνδρόμου εξουθένωσης, μεταξύ επαγγελματιών υγείας (Constable et al, 1986, Chappel et al, 1992, Berg et al 1994, Arstrom et al, 1999, Okwaraji et al, 2014, Harrad et al, 2018). Η έλλειψη κινήτρου και επιμόρφωσης οδηγεί αναπόφευκτα σε μειωμένη αλληλεπίδραση μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, καθώς οι νοσηλευτές νιώθουν αδύναμοι να επικοινωνήσουν με τα άτομα αυτά (Burgio et al, 1990, Carstensen et al, 1995), λόγω της έλλειψης τεχνικών. Ως εκ τούτου, η ανεύρεση εναλλακτικών μεθόδων επικοινωνίας στο περιβάλλον φροντίδας έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν όχι μόνο την ποιότητα ζωής των ατόμων με προχωρημένη άνοια αλλά και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Woods, 1999).

Στην παρούσα μελέτη υπήρξαν περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές έδειξαν «ευαισθησία» στη μη λεκτική επικοινωνία με τους ασθενείς με άνοια, αλλά εντοπίστηκαν αρκετές περιπτώσεις όπου φάνηκε η αδυναμία των νοσηλευτών για ερμηνεία των μη λεκτικών μηνυμάτων ή αποστολής κάποιου μηνύματος χρησιμοποιώντας μη λεκτικές μεθόδους. Η απομακρυσμένη στάση του σώματος των νοσηλευτών, η απουσία βλεμματικής επαφής και η έλλειψη παρατήρησης των εκφράσεων του προσώπου του ασθενή ήταν αρκετά συχνά συμβάντα, κατά την έρευνα παρατήρησης. Αρκετοί ασθενείς, προσπάθησαν να επιτύχουν βλεμματική επαφή με τους επαγγελματίες υγείας, βλέποντας τους παρατεταμένα στα μάτια ή ακόμη έδειχναν τον φόβο τους μέσω της

εμβρυικής στάσης σώματος που είχαν κατά την διαδικασία φροντίδας. Οι νοσηλευτές όμως, είτε δεν πρόσεχαν τα μάτια του ασθενή είτε συνέχιζαν την φροντίδα, ανεξάρτητα αν η στάση του σώματος του ασθενή έδειχνε ότι δεν το επιθυμεί. Επίσης, η έλλειψη επικοινωνιακών τεχνικών φανερώνει ότι η φροντίδα δεν ήταν εξατομικευμένη, αφού ακόμη και αν ο ασθενής παρουσίαζε απόσυρση από τους νοσηλευτές, αυτοί συνέχιζαν τη διαδικασία φροντίδας, χωρίς να κατευνάσουν το ψυχολογικό φορτίο του ασθενή. Στο σημείο αυτό υπογραμμίζεται ξανά η έλλειψη επικοινωνίας που βιώνουν οι ασθενείς με άνοια. Ο άνθρωπος αποτελεί κοινωνικό ον και ανεξάρτητα από το στάδιο της άνοιας, συνεχίζει να έχει ανάγκη για ανθρώπινη επαφή. Ακόμη και στο τελικό στάδιο της νόσου, όπου η λεκτική επικοινωνία καθίσταται αδύνατη, έρευνες έχουν δείξει ότι η ανάγκη για αλληλεπίδραση είναι απαραίτητη (Magai et al, 2002, Weert et al, 2005, 2006, vanVasse et al, 2010).

Τρεις μελέτες, (Magai et al, 2002, van Weert et al, 2005, 2006) που ερευνούσαν τις μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας μεταξύ ασθενών με άνοια και νοσηλευτών και έχουν χαρακτηριστεί ως από τις καλύτερες από μεθοδολογική σκοπιά (Vasse et al, 2010) έδειξαν ότι η καθημερινή επαφή κατά την διάρκεια φροντίδας προάγει σημαντικά την ποιότητα φροντίδας και επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ευημερία των ασθενών. Η μη λεκτική επικοινωνία σε νοσοκομειακές συνθήκες φροντίδας, θα έπρεπε να λαμβάνεται ως επικοινωνιακή συμβολή (Samuelsson and Hyde, 2011). Είναι αρκετά ενδιαφέρον ότι λίγες μελέτες (Cohen et al, 1997, Bourbonnais et al, 2011) έχουν δείξει ότι η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ των ατόμων με άνοια είναι μέρος μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή ότι έχουν μια ξεκάθαρη κοινωνική αξία, ενώ απεναντίας άλλες μελέτες δείχνουν τη σημαντικότητα της μη λεκτικής επικοινωνίας, σαν μορφή κάποιας στοιχειώδους ανθρώπινης αλληλεπίδρασης (McGilton et al, 2009, Vasse et al, 2010, Samuelson & Hyde, 2011). Η αποτελεσματικότητα της όποιας μορφής επικοινωνίας έχει θετική δράση στη διαχείριση αρνητικών συμπεριφορών των ατόμων με άνοια (McGilton et al, 2009, Vasse et al, 2010). Οπότε διαφαίνεται η ανάγκη για διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών προκειμένου να οριστικοποιηθεί η σημασία και η ερμηνεία της μη λεκτικής επικοινωνίας στα άτομα με άνοια.

Ειδικότερα αναλύοντας τη μη λεκτική επικοινωνία, το άγγιγμα θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα σημεία (Nesbitt et al, 1982), παρόλο όμως υπάρχουν αρκετές αμφισβητήσεις στη δήλωση αυτή (Tutton, 1998), ιδιαίτερα όσο αφορά τη δυναμικότητα του αγγίγματος που εκφράζουν οι νοσηλευτές και κατά πόσον όντως συνεισφέρει στην

ποιοτικότερη φροντίδα. Ο Tutton, 1998, υποστήριξε ότι το άγγιγμα στη νοσηλευτική συχνά σχετίζεται με τις διαδικασίες και όχι με την συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών. Ο DeVos, 1989, τονίζει ότι η μη-λεκτική επικοινωνία είναι κρίσιμο σημείο για τους ασθενείς με άνοια και προτείνει την χρήση αγγίγματος σαν παρέμβαση, όταν ο ασθενής φαίνεται να χάνει τον έλεγχο.

Το άγγιγμα θεωρείται σαν βασική πτυχή στην φροντίδα ασθενή με άνοια και στην δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων (Doherty, 2014). Το άγγιγμα στη νοσηλευτική ορίζεται ως «η διαδικασία όπου ο νοσηλευτής εστιάζει την προσοχή του στη χρήση των χεριών του για να επιτευχθεί ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα στον ασθενή» (Sayre-Adams et al, 1995, 2001). Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας διευκολύνει τους νοσηλευτές να θεραπεύσουν και να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, προκειμένου να αναγνωρίσουν και να βελτιώσουν την προσφερόμενη ποιότητα φροντίδας. Επιπλέον, δημιουργεί «κανάλια» επικοινωνίας (Nesbitt et al, 1982, Northouse, 1998, Gleeson et al, 2005, O'Lynn et al, 2011) για προαγωγή της εμπιστοσύνης και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενών με γνωστική έκπτωση (Norberg et al 1986, Kim&Buschmann 1999, Gleeson, 2004, Doherty et al, 2006), όπου οι ασθενείς δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με προφορικό λόγο, αυτή η μέθοδος επιτρέπει στους νοσηλευτές την αποτελεσματική ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών του εκάστοτε ασθενή. Η σημαντικότητα του αγγίγματος κατά τη νοσηλευτική φροντίδα έχει καθιερωθεί σαν θεμελιώδης αρχή της νοσηλευτικής από τις αρχές τις δεκαετίας του 1990 (Autton 1989, Estabrooks et al, 1992). Οπότε ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύτιμος, καθώς δια μέσου της φροντίδας που παρέχει διευκολύνει τη διαδικασία ίασης και συμβάλει στη συμπονετική φροντίδα, η οποία όπως έχει αποδεδειχθεί προάγει όλες τις διαστάσεις φροντίδας (Chang et al, 2005).

Σε ασθενείς με άνοια η συμπονετική φροντίδα έχει συσχετιστεί με την ευημερία και την εξωτερική ευεξία των συναισθημάτων τους (Lillekroken, 2015). Έχουν υπάρξει μαρτυρίες ασθενών σε ποιοτική μελέτη, με ομάδες εστίασης όπου έδειξαν την αύξηση της ικανοποίησης, της ευημερίας και της στήριξης μέσω της άσκησης συμπονετικής φροντίδας (Curtis, 2015). Οι ασθενείς διέκριναν τη συμπόνια στις πράξεις των νοσηλευτών για ανθρώπινη επαφή, πίστευαν ότι μπορούσαν οι νοσηλευτές να δουν τα δεδομένα από την οπτική πλευρά του ασθενή και ότι η συμπόνια ήταν η ουσία της νοσηλευτικής και της απαιτούμενης επικοινωνίας, παράλληλα με την έμφυτη φροντίδα με βάση τις αξίες. Άρα, φαίνεται η σημασία της συμπονετικής φροντίδας για τους

ασθενείς, πόσο μάλλον αν αναλογιστούμε ασθενείς με γνωστικές ελλείψεις, όπως η άνοια, που μπορούν να αντιληφθούν την έννοια της συμπόνιας, μόνο μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας, ιδιαίτερα με τη μορφή του αγγίγματος.

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής γίνεται διάκριση μεταξύ σωματικού αγγίγματος και θεραπευτικού. Και τα δύο είδη μπορούν να θεωρηθούν σαν θεραπευτικά, αλλά διαφέρουν σημαντικά ως προς το σκοπό τους. Ο στόχος του θεραπευτικού αγγίγματος είναι να θεραπεύσει τους ασθενείς με την χρήση των χεριών, επηρεάζοντας τα ενεργειακά πεδία του δέκτη (Meehan 1998). Η χρήση του σωματικού αγγίγματος ποικιλομορφεί στην κλινική πρακτική και ορίζεται με πληθώρα εναλλάξιμων ορολογιών (Gleeson and Timmins, 2004). Ο Routasalo, 1996 διακρίνει δύο τύπους αγγίγματος στη νοσηλευτική: απαραίτητο και μη απαραίτητο. Το απαραίτητο άγγιγμα είναι όταν ο νοσηλευτής εφαρμόζει μια φυσική διεργασία στον ασθενή, ενώ το μη απαραίτητο γίνεται ακούσια και περιλαμβάνει συναίσθημα, όπως όταν ένας νοσηλευτής κρατά το χέρι ενός ασθενούς. Οι McCann & McKenna, 1993, περιέγραψαν την αφή σαν όργανο ή εκφραστικό μέσο, ενώ ο Estabrooks, 1989, αναφέρθηκε στο άγγιγμα διεργασίας, το συμπονετικό άγγιγμα και το προστατευτικό άγγιγμα.

Σε ποιοτική μελέτη η Doherty, 2014, διερεύνησε τις στάσεις των νοσηλευτών όσο αφορά τη χρήση αγγίγματος σε ασθενείς με άνοια. Κάποιες από τις ανησυχίες των νοσηλευτών φάνηκαν να είναι το πώς λαμβάνεται η σωματική επαφή (κυρίως το άγγιγμα) από τους ασθενείς, κατά πόσο οι ασθενείς με άνοια μπορούν να κατανοήσουν τη σκοπιμότητα του αγγίγματος και αν όντως συμβάλει στην ευημερία των ασθενών. Το προσωπικό έκφρασε όμως ενδιαφέρον για επιμόρφωση στην χρήση του αγγίγματος, καθώς θεωρούσαν ότι θα βελτιώνει την αλληλεπίδραση τους με τους ασθενείς αυτούς και θα ήταν πολύτιμη τεχνική για προαγωγή επικοινωνίας και συναισθηματικής προσέγγισης. Προχωρώντας τη μελέτη της, με τη διεξαγωγή έρευνας παρατήρησης, με δείγμα ασθενείς με άνοια, επισήμανε την ευεργετική διαφορά που εντόπισε στους ασθενείς με άνοια, μετά την χρήση του αγγίγματος (πχ αναστατωμένος ασθενής που ηρεμούσε μετά την χρήση του αγγίγματος ή ασθενής που έβγαζε συνέχεια ακατανόητες κραυγές, όταν το προσωπικό τον ακουμπούσε ησύχαζε). Παράλληλα μια άλλη έρευνα έδειξε ότι στους ασθενείς με άνοια που παρέχεται ένα απαλό άγγιγμα κατά τη διάρκεια του γεύματος τους, συνοδευόμενο με διάλογο είχαν αυξημένη πρόσληψη θερμίδων (Gleeson et al, 2004). Οι Kim & Buschmann, 1999, σε μελέτη τους εντόπισαν μειωμένα επεισόδια άγχους και συμπεριφορικών δυσλειτουργιών σε ασθενείς με άνοια, μετά την

χρήση του αγγίγματος. Οπότε, φαίνεται η σημαντικότητα της χρήσης του αγγίγματος στην ευημερία των ασθενών με άνοια κατά τη νοσηλεία τους.

Στην παρούσα μελέτη το άγγιγμα χρησιμοποιήθηκε από την πλειοψηφία των νοσηλευτών, γεγονός που φανερώνει αφενός τη γνώση της σημαντικότητας του αγγίγματος και αφετέρου την ένδειξη συμπόνιας εκ μέρους των νοσηλευτών. Δεν είναι ξεκάθαρο βεβαίως, ο σκοπός του αγγίγματος εκ μέρους των νοσηλευτών, εάν χρησιμοποιήθηκε ως μέρος της καθημερινής φροντίδας ή αν δόθηκε ως θεραπευτικό μέτρο. Όπως και στις προαναφερόμενες έρευνες, δεν παρατηρήθηκε κάποιο άγγιγμα εκτός του πλαισίου της φροντίδας, παρά μόνο όταν οι νοσηλευτές έρχονταν σε επαφή με τον ασθενή για κάποια διεργασία. Άρα, τα συμπεράσματα των μελετών συνάδουν, ότι πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν για την χρήση του αγγίγματος ως μέσο επικοινωνίας και όχι να χρησιμοποιείται, μόνο στα πλαίσια της διαδικασίας φροντίδας.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που αναδύθηκε κατά την έρευνα παρατήρησης ήταν η ανεπαρκής ενδομηματική ή επαγγελματική επικοινωνία. Σε αρκετές περιπτώσεις η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών, γιατρών ή βοηθών θαλάμου είχε σοβαρές επιπλοκές ή περαιτέρω ταλαιπωρία για τον ασθενή. Είναι ευρέως διαδομένο πλέον ότι η επαγγελματική επικοινωνία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην προσφερόμενη ποιότητα φροντίδας που δέχονται οι ασθενείς (Watson et al, 2012).

Έρευνες έδειξαν ότι η μη-αποτελεσματική ενδομηματική επικοινωνία οδηγεί σε λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, φτωχή κλινική διαχείριση, αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και αριθμό επανεισαγωγών ή εξιτήριο χωρίς να έχει αποκατασταθεί το πρόβλημα (Bartlett et al, 2008), θέματα ασφάλειας των ασθενών (Baker et al, 2004), αυξημένη θνησιμότητα (Baker et al, 2004, Bartlett et al, 2008), τραυματισμούς, επιπλοκές ή αναπηρίες που δεν συνδέονται με το λόγο εισαγωγής (Baker et al, 2004). Σε αναφορά του ο διεθνής οργανισμός ασφάλειας CRICO, 2015, εντόπισε 7149 περιπτώσεις μη αποτελεσματικής επικοινωνίας σχετιζόμενη με λάθη για την υγεία του ασθενή. Οι πληγές, που προκλήθηκαν από νοσηλευτές μη σκόπιμα, χαρακτηρίστηκαν από μέτριες έως σοβαρές, το ¼ των περιπτώσεων αφορούσε χειρουργικά λάθη, ενώ 32% λάθη εκ μέρους των νοσηλευτών. Οι επιπτώσεις παρατηρήθηκαν 3 φορές περισσότερο συχνές σε ασθενείς με προβλήματα επικοινωνίας η ψυχιατρικά περιστατικά (Bartlett et al, 2008). Αρκετά ενδιαφέρον ευρήματα είχαν σε περιγραφική μελέτη συσχέτισης οι Moreno et al, 2015, όπου αναγνώρισαν την μη αποτελεσματική επαγγελματική επικοινωνία σαν ένα σημαντικό παράγοντα για παραλείψεις φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα η μελέτη έδειξε ότι η συχνή αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ τμημάτων και μεταξύ γιατρού-νοσηλεύτη, επιφέρει δυσάρεστες επιπλοκές στην φροντίδα υγείας του ασθενή, καθώς παραλείπονται σημαντικές διεργασίες. Αξίζει να αναφερθεί ότι τόσο οι νοσηλευτές, όσο και οι ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη αναγνώρισαν τη μη αποτελεσματική επικοινωνία σαν ένα από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τις παραλείψεις φροντίδας.

Στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκε σε διάφορες περιπτώσεις να μην υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας σε σοβαρές επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του ασθενή, λόγω χάριν ένα περιστατικό που είχε μεταφερθεί για χειρουργείο, αλλά οι νοσηλευτές και ο γιατρός που παρακολουθούσε τον ασθενή δεν ενημέρωσαν τον χειρουργό ότι ο ασθενής είχε άνοια και δεν θα συνεργαστεί με τοπική αναισθησία, οπότε ακυρώθηκε το χειρουργείο. Τα ευρήματα της μελέτης συνάδουν με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας (Baker et al, 2004, Bartlett et al, 2008), ότι η μη-αποτελεσματική επαγγελματική επικοινωνία έχει σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία του ασθενή.

5.3.2. Η ηθική πτυχή της φροντίδας ασθενών με άνοια

Πέρα από τη φυσιολογική ευαλωτότητα της ανθρώπινης ύπαρξης, τα άτομα με νοητική έκπτωση γενικότερα βιώνουν επιπλέον ευαλωτότητα σε ολόκληρο το φάσμα τους. Η άνοια επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ύπαρξής τους, καθιστώντας τους ευάλωτους όχι μόνο στη σωματική, αλλά και στην ψυχοκοινωνική και πνευματική. Η νοσηλευτική φροντίδα περικλείει μια ηθική προσέγγιση ως απάντηση στην ευαλωτότητα του ανθρώπου, προκειμένου να προωθήσει την αξιοπρέπεια του (Gastmans, 2013). Αυτή η ευαλωτότητα μπορεί να τους θέσει σε ομάδα "υψηλού κινδύνου" για παραμέληση ή κακοποίηση, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Dong, 2015). Η κακοποίηση μπορεί να μεταφραστεί ως η μείωση των ασθενών σε απλούς παθητικούς δέκτες της νοσηλευτικής φροντίδας, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν πώς αυτό βιώνεται από το ευάλωτο άτομο που φροντίζουν (Gastmans, 2013). Η μελέτη μας έδειξε ότι σε πολλές περιπτώσεις κατά την επικοινωνία, το άτομο αυτό δεν υπήρχε ως οντότητα και δεν ήταν «ορατό» από τους νοσηλευτές και αυτό το γεγονός μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή κακοποίησης. Οι Stevens et al, 2013, υπογραμμίζουν σε μελέτη τους ότι η λεκτική κακοποίηση ήταν η πιο συχνή μορφή κακομεταχείρισης σε ιδρύματα μακροχρόνιας

φροντίδας, ενώ τονίζουν ιδιαίτερα την απουσία της μη-λεκτικής επικοινωνίας και τις επιπτώσεις της στη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή.

Παρά το γεγονός ότι η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα γνωστό θέμα μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας, φαίνεται ότι στην κλινική πρακτική υποτιμάται. Στη μελέτη μας επιβεβαιώσαμε τον ορισμό της αξιοπρέπειας (Jacelon et al, 2004), καθώς ήταν σαφές ότι ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή δεν τηρήθηκε στη φροντίδα που λάμβανε, από τους νοσηλευτές. Η αξιοπρέπεια παραβιάστηκε αρκετά συχνά στην καθημερινή ρουτίνα με διάφορους τρόπους είτε εκούσια είτε ακούσια από τους νοσηλευτές, με αποτέλεσμα τη μη ηθική φροντίδα των ασθενών. Στην παρούσα μελέτη η αξιοπρέπεια της ταυτότητας εξαλείφθηκε καθώς οι νοσηλευτές απευθύνονταν στους ασθενείς με λέξεις όπως "γιαγιά, θείος" κ.λπ. γεγονός που δείχνει ότι η ταυτότητα του ασθενούς ήταν συχνά αόρατη. Σύμφωνα με τους Stevens et al, 2013, η απαξίωση της προσωπικής ταυτότητας του ασθενή, οδηγεί στη δημιουργία ενός κλίματος, που επιτρέπει την κακομεταχείριση. Τα ευρήματα μιας προηγούμενης μελέτης (Williams, 201) είναι σύμφωνα με τα ευρήματά της παρούσας μελέτης, σχετικά με τις παραβιάσεις της αξιοπρέπειας σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Θέματα ιδιωτικότητας, όπως η χρήση κουρτινών, ελλείψεις επικοινωνίας, πατερναλιστικές συμπεριφορές και η έλλειψη χρόνου για επαφή με τον ασθενή, εντοπίστηκαν και στις δύο μελέτες. Η ερμηνεία της αξιοπρέπειας στην νοσηλευτική πρακτική απαιτεί την αναγνώριση της αξίας των ασθενών ως ανθρώπων και συνεπώς να αντιμετωπίζονται με σεβασμό προς αυτήν την αξία (Gallagher et al, 2008). Επιπλέον, η διατήρηση της αξιοπρέπειας θεωρείται το αντίστροφο της κακομεταχείρισης (Stevens et al, 2013), καθώς εάν δεν υπάρχει σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να λάβει χώρα κάποια μορφή κακομεταχείρισης. Η μεταρρύθμιση της κουλτούρας και του περιβάλλοντος φροντίδας θα προωθούσε την αξιοπρέπεια στην κλινική πρακτική.

Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει τις θετικές στάσεις με την διατήρηση αξιοπρέπειας των ασθενών (Gallagher et al, 2008, Crumb, 2019, Gurdogan et al, 2017). Η ύπαρξη θετικών στάσεων προϋποθέτει για μια αξιοπρεπή φροντίδα, αφού ο νοσηλευτής είναι πρόθυμος και ανοιχτός στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή του. Επιπλέον, με την ύπαρξη της θετικής στάσης η επικοινωνία καθίσταται πιο εύκολη, αφού ο νοσηλευτής γνωρίζει τις όποιες επικοινωνιακές δυσκολίες του ασθενή και είναι προετοιμασμένος και γνωστικά εφοδιασμένος για την ανάπτυξη της (Avestan et al,

2019). Με αυτό τον τρόπο η φροντίδα προάγεται αφού εισακούεται πλέον η φωνή του ασθενή. Η στάση επηρεάζει την συμπεριφορά και την προσέγγιση φροντίδας (Baillie and Gallagher, 2012). Οι Naden et al, 2004, βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που παρείχαν αξιοπρεπή φροντίδα, η στάση τους επηρεαζόταν από ηθικές αξίες όπως ο σεβασμός, η τιμιότητα και η ευθύνη. Η «κατάλληλη στάση» πηγάζει από τον σεβασμό και έχει συσχετιστεί με την αξιοπρέπεια (Keymer et al, 2017). Παράλληλα οι Bayer et al, 2005, διερεύνησαν την αξιοπρεπή φροντίδα σε ηλικιωμένους και αυτοί περιέγραψαν την μεταχείριση τους σαν ανθρώπινο ον, ως το κυρίαρχο στοιχείο της φροντίδας, για προαγωγή της αξιοπρέπειας τους. Η Crumb, 2019, αναγνώρισε κάποιες υπό-κατηγορίες που επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών, οι οποίες με τη σειρά τους συσχετίστηκαν με την προαγωγή της αξιοπρέπειας των ασθενών. Η εκπαίδευση, η εμπειρία, το πρόγραμμα σπουδών, οι υπηρεσίες, η υπεράσπιση, η ακρόαση, η παρουσία, οι σωματικές ανάγκες, η συναισθηματική υποστήριξη, η συμπόνια, ο σεβασμός και η μεταχείριση ως ανθρώπινο ον ήταν αυτές που καθόριζαν κατά πόσο οι νοσηλευτές θα ασκήσουν αξιοπρεπή φροντίδα και αν είχαν θετική στάση απέναντι στους ασθενείς.

Η αξιοπρέπεια είναι θεμελιώδης για την ευημερία κάθε ατόμου σε όλες τις κοινωνίες (Adib et al, 2015). Είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα για όλους και οι οργανώσεις υγείας πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε αυτή την καθολική ανάγκη. Ορισμένες μελέτες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών δείχνουν ότι οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι από τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, γιατί δεν τηρούν τα δικαιώματά τους σχετικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής, την εμπιστευτικότητα, την επιλογή και τον έλεγχο (Kinneer et al, 2014, Nayeri et al, 2015). Οι ασθενείς πίστευαν ότι συνήθως δεν συμμετέχουν σε αποφάσεις για την υγεία τους. Επίσης, ήταν δυσαρεστημένοι σε θέματα τήρησης του σεβασμού και της αξιοπρέπειας, των μορφών αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή (Baille et al, 2009, Nayeri et al, 2015). Οι Kinneer et al, 2014, διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 48 επαγγελματίες υγείας και στα ευρήματα τους φάνηκε η έλλειψη της γνώσης και της σημασίας που έχει η αξιοπρέπεια στην φροντίδα.

Σε αυτή τη μελέτη εντοπίστηκε μια σχετική παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για τα άτομα με άνοια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι νοσηλευτές ενδέχεται να μην γνωρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών με άνοια, τα οποία είναι σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες (Sevick et al,

2003, Fillakovic et al, 2011). Επιπλέον, οι Kelly & Iness, το 2012, σε συστηματική ανασκόπηση τους αποκάλυψαν ότι η αρχή της ισότητας, των πολιτικών, νομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων είναι αυτά που παραβιάζονται πιο συχνά, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ευρήματα τα οποία επίσης συνάδουν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Αυτή η μορφή παραβίασης της αξιοπρέπειας έχει περιγραφεί και σε ποιοτική μελέτη μεταξύ φροντιστών (Kari & Heggstad, 2015). Οι φροντιστές περιέγραψαν ότι η παραμέληση βασικών αναγκών, αλλά κυρίως η μεταχείριση του ατόμου σαν κοινωνικό ανθρώπινο ον, αποτελεί βάση για διατήρηση τη αξιοπρέπειας τους και διατήρησης των δικαιωμάτων τους.

Στην παρούσα μελέτη οι ανάγκες των ασθενών παρέμειναν ανικανοποίητες και αυτή η μορφή αμέλειας θα μπορούσε να ερμηνευτεί στη βάση της διαδικασίας ιεράρχησης. Αυτοί οι παράγοντες, σε συνδυασμό με τον αυξημένο αριθμό ασθενών που καλούνται να φροντίσουν οι νοσηλευτές, μπορεί να είναι λόγοι για τον περιορισμένο χρόνο που αφιερώνεται σε κάθε ασθενή. Η ενίσχυση του υφιστάμενου προγράμματος σπουδών νοσηλευτικής ή η εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος απευθυνόμενο σε κλινικούς νοσηλευτές, με επίκεντρο την προαγωγή της συμπόνιας και της αξιοπρεπούς φροντίδας, μπορεί να ενισχύσει την ηθική των νοσηλευτών και να τονίσει τη σημασία της σωστής εφαρμογής τεχνικών φροντίδας, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα (Enripidou et al, 2018). Ιδιαίτερα εάν υιοθετηθούν θετικές στάσεις, οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σημασία της πρόωξης της αυτονομίας και της συμμετοχής των ασθενών στη διαδικασία φροντίδας. Μέσω εμπειρικών δεδομένων που παρέχονται ήδη από τη βιβλιογραφία, αλλά και με την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος, μπορούμε να αναβαθμίσουμε τη διαδικασία φροντίδας και να επιτύχουμε μια αξιοπρεπή φροντίδα, ειδικά για τα άτομα με άνοια.

5.4. Συζήτηση σε σχέση με την εκπαιδευτική παρέμβαση

Γενικότερα τα εκπαιδευτικά παρεμβατικά προγράμματα σε νοσηλευτές φάνηκαν να είχαν αρκετά καλή ανταπόκριση (Galvin et al, 2010, McCaffrey et al, 2013, Elvish et al, 2014, Palmer et al, 2013, Surr et al, 2015, Kang et al, 2016), βελτιώνοντας τόσο τις στάσεις όσο και τις γνώσεις των νοσηλευτών. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, που εφαρμόστηκε κατά το τελευταίο στάδιο της μελέτης φάνηκε να είχε επίσης αρκετά καλά αποτελέσματα, καθώς αυξήθηκαν οι γνώσεις των νοσηλευτών κατά 4 μονάδες, ενώ βελτιώθηκαν οι στάσεις κατά 5 μονάδες, αμέσως μετά την παρέμβαση. Άρα η παρέμβαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποτελεσματική αφού κατάφερε να ασκήσει θετική δράση στις στάσεις των νοσηλευτών, αποτέλεσμα το οποίο συνάδει με τις υπόλοιπες έρευνες στη βιβλιογραφία (Galvin et al, 2010, Kang et al, 2016). Σχετικά με τις γνώσεις ο μέσος όρος των Κυπρίων νοσηλευτών ανήλθε στα 15/21 από το αρχικό 11/21, στο δείγμα παρέμβασης. Αυτή η αύξηση δείχνει την ευεργετικότητα του προγράμματος, αφού οι νοσηλευτές πέτυχαν αύξηση του επιπέδου γνώσεων, άρα εύλογα μπορεί να υποθέσει κάποιος ότι θα είναι σε καλύτερη θέση πλέον να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται καλύτερα τους ασθενείς με άνοια. Η βελτίωση του επιπέδου γνώσεων, μετά την εφαρμογή της παρέμβασης συνάδει επίσης με τις υπόλοιπες μελέτες (Manthorpe et al, 2010, Einang et al, 2011, Kang et al, 2016). Το ερωτηματολόγιο διερευνούσε τις γνώσεις των νοσηλευτών προς τη διαχείριση, τη αξιολόγηση, τη συμπτωματολογία και την φροντίδα ασθενών με άνοια, στοιχεία που προφανώς επηρεάστηκαν θετικά μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Ως εκ τούτου η φροντίδα προάχθηκε βελτιώνοντας ενδεχομένως, αφενός την ικανοποίηση των ασθενών και αφετέρου αύξησε την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών κατά την αλληλεπίδραση τους με τα άτομα αυτά, καθώς πλέον είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται επαρκώς τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της νόσου. Σε ποιοτική μελέτη οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι όταν αλληλεπιδρούν με άτομα με άνοια είναι σε θέση να αντιληφθούν τη δική τους γλώσσα του σώματος και συμπεριφορές (Lillekroken, 2015).

Αρκετά ενδιαφέρον βέβαια, φαίνεται να είναι η σύγκριση των μέσων όρων με τις υπόλοιπες περιγραφικές έρευνες στη βιβλιογραφία, από τις οποίες εντοπίστηκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο γνώσεων των Κυπρίων νοσηλευτών. Οι έρευνες έδειξαν μέσους όρους της τάξεως 16/21 (Toye et al, 2014) και 16.5/21 (Robisson et al, 2014) χωρίς κάποια παρέμβαση εκ μέρους των ερευνητών, ενώ στην παρούσα έρευνα ο

μέσος όρος ήταν χαμηλότερος, ακόμη και μετά την εκπαίδευση των νοσηλευτών. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη που υπάρχει για αναδιαμόρφωση του εκπαιδευτικού υλικού κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών σπουδών και την ένταξη μαθήματος σχετικά με την άνοια. Ο χαμηλός μέσος όρος, τόσο στο περιγραφικό στάδιο, όσο και στην ομάδα παρέμβασης δείχνει την μειονεκτική θέση στην οποία βρίσκονται οι νοσηλευτές της Κύπρου σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες χώρες, αφού ακόμη και μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος ο μέσος όρος γνώσεων υστερούσε σημαντικά από τις υπόλοιπες έρευνες. Τόσο η ένταξη μαθήματος, όσο και η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών αναφορικά με την άνοια κρίνεται ως αναγκαία, αν αναλογιστούμε την ραγδαία επιδημιολογική αύξηση της νόσου. Παρόλο που οι ασθενείς με άνοια αποτελούν ένα αρκετά σεβαστό ποσοστό των νοσοκομειακών κλινών, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν και να φροντίσουν αυτή την ευάλωτη ομάδα ασθενών, λόγω της έλλειψης γνώσεων. Ειδικότερα συγκρίνοντας με τους υπόλοιπους νοσηλευτές, φαίνεται να στερούν σημαντικά σε μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για άμεση δραστηριοποίηση των φορέων, όσο αφορά την εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του περιγραφικού σταδίου ($M=12.08/21$) με την ομάδα παρέμβασης ($M=11.64/21$) παρατηρήθηκε μια μικρή διαφορά των μέσων όρων της τάξεως της 1 μονάδας. Αυτό μπορεί να οφείλεται φυσικά στο μικρό αριθμό δείγματος του τρίτου σταδίου, αν και ερμηνεύονται το ίδιο ως «χαμηλό» επίπεδο γνώσεων. Προχωρώντας σε εσωτερικές συγκρίσεις παρατηρήθηκαν παρόμοια ευρήματα της περιγραφικής μελέτης με την πιλοτική μελέτη με μέσο όρο γνώσεων ($M=12.07/21$) και στάσεων ($M=97.03/140$). Η μικρή απόκλιση από την περιγραφική μελέτη επιβεβαιώνει τα ευρήματα ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών είναι χαμηλό και οι στάσεις τους όχι και τόσο θετικές προς τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Οι στάσεις των νοσηλευτών στην πιλοτική μελέτη ήταν κατά 2 μονάδες λιγότερο θετικές, από το δείγμα της περιγραφικής μελέτης, ενώ οι γνώσεις φαίνονται το ίδιο.

Κατά την δεύτερη μέτρηση, αμέσως μετά την παρέμβαση οι γνώσεις σημείωσαν σημαντική αύξηση, αφού σημειώθηκε άνοδος κατά 4 μονάδες ($M=15.38/21$). Αυτό δείχνει την επιτυχία του εκπαιδευτικού προγράμματος, αφού κατάφερε να βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, πιθανόν και τον τρόπο διαχείρισης της φροντίδας αυτής της ευάλωτης ομάδας ασθενών. Γνωρίζοντας οι νοσηλευτές ότι πίσω από μια ιδιαίτερη συμπεριφορά ενός ασθενή με άνοια κρύβεται μια ανάγκη, εύλογα θα

μπορέσουν να την αναγνωρίσουν έγκαιρα και να προσφέρουν ποιοτικότερη φροντίδα στους ασθενείς αυτούς (Bahrat et al, 2017). Επιπλέον, μαθαίνοντας τις επικοινωνιακές δυσκολίες των ασθενών αυτών οι νοσηλευτές διδάχτηκαν την κατανόηση και τη σημαντικότητα της μη λεκτικής επικοινωνίας, προκειμένου να μπορούν να προχωρήσουν στις κατάλληλες νοσηλευτικές διεργασίες και να ανταποκρίνονται επαρκώς στις απαιτήσεις φροντίδας των ασθενών με άνοια. Ενώ στην πρώτη μέτρηση της ομάδας παρέμβασης (πριν την εφαρμογή του προγράμματος) το επίπεδο γνώσεων ήταν χαμηλό ($M=11.64$), όταν υλοποιήθηκε η παρέμβαση το επίπεδο γνώσεων τους ήταν ψηλότερο ($M=15.38/21$) και πλέον, μπορεί να χαρακτηριστεί ως μέτριο προς καλό.

Μέσω την αναβάθμισης των γνώσεων των νοσηλευτών, συνειρμικά επηρεάζεται και η ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας (Karami et al, 2017, Bahrat et al, 2017), οπότε φαίνεται η χρησιμότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι Bahrat et al, 2017 μελέτησαν τις στάσεις, τις συμπεριφορές, την ευαισθητοποίηση και τα εμπόδια στην φροντίδα σε ποιοτική μελέτη μέσω συνεντεύξεων με γιατρούς και νοσηλευτές. Στα ευρήματα τους φάνηκε ότι παρόλη την ευαισθητοποίηση και την προθυμία των επαγγελματιών υγείας η κλινική πρακτική υστερούσε, καθώς έθεταν λάθος προτεραιότητες, λόγω της έλλειψης γνώσεων, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα φροντίδας (Bharat et al, 2017). Άλλη έρευνα που επιβεβαιώνει την υψηλή συσχέτιση της γνώσης με την ποιότητα φροντίδας έχει διεξαχθεί από τους Kilpi et al, 2014, στην Φιλανδία. Οι ερευνητές μέσω ερωτηματολογίων διερεύνησαν κατά πόσο σχετίζεται η εμπειρική και η βιο-φυσιολογική γνώση με την ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς, μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονταν σε 5 παθολογικά τμήματα. Στα ευρήματα τους φάνηκε ότι η ποιότητα φροντίδας έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p \leq 0.01$, $r = 0.71$) με το επίπεδο γνώσεων και ότι η μεγαλύτερη ηλικία, οι επαρκείς πληροφορίες εκ των προτέρων και η καλύτερη κατανόηση της κατάστασης υγείας συσχετίστηκαν τόσο με το επίπεδο της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας όσο και με το επίπεδο των γνώσεων που ελήφθησαν (Kilpi et al, 2014).

Στις στάσεις παρατηρήθηκε εξίσου σημαντική βελτίωση, μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Ο μέσος όρος της ομάδας παρέμβασης πριν την εκπαίδευση ήταν 105/140, ενώ μετά την παρέμβαση αυξήθηκε κατά 5 μονάδες στα 110/140. Η σημαντική αυτή διαφορά δείχνει την χρησιμότητα του προγράμματος, καθώς κατάφερε να επηρεάσει θετικά τις στάσεις των νοσηλευτών και να βελτιώσει τις πεποιθήσεις τους

σχετικά με την φροντίδα ασθενών με άνοια. Εύλογα αναμένεται να επηρεαστεί θετικά και η προσφερόμενη φροντίδα προς τους ασθενείς, καθώς με θετικές στάσεις, οι νοσηλευτές ενδεχομένως να είναι περισσότερο πρόθυμοι και υπομονετικοί, αφού πλέον γνωρίζουν τις επικοινωνιακές δυσκολίες των ασθενών με άνοια. Επίσης, αναμένεται να βελτιωθεί και η συμπόνια που δείχνουν προς τους ασθενείς με αυτούς, αφού για την ύπαρξη της προϋποθέτεται η επιθυμία για ανακούφιση (Smith, 2008, Curtis, 2014). Σύμφωνα με τους Gladman & Porock, 2012, η φροντίδα σε ασθενείς με άνοια επηρεάζεται από την εκπαίδευση του προσωπικού, το περιβάλλον, τις οργανωτικές πολιτικές και κυβερνητικές αποφάσεις και από την άσκηση πρόσωπο-κεντρικής φροντίδας. Με τη επίτευξη λοιπόν, προαγωγής του επιπέδου γνώσεων και στάσεων αναμένεται να προαχθεί και η συνολική ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς αυτούς, αφού όπως φάνηκε είναι ο κύριος παράγοντας που την επηρεάζει.

Όσο αφορά τις υπόλοιπες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, οι μέσοι όροι που εντοπίστηκαν στις στάσεις ήταν 98/140 (O' Connor & Mcfadden, 2010), 103/140 (Scerri&Scerri, 2012), 110/140 (Kimzey et al, 2016). Στο περιγραφικό στάδιο τα αποτελέσματα συνάδουν με την πρώτη μελέτη (O' Connor &Mcfadden, 2010) όπου κυμαίνονται στο 99/140 και 98/140 αντίστοιχα. Στην παρεμβατική μελέτη όπου βρέθηκε M=105/140, πριν την εφαρμογή της εκπαίδευσης, τα αποτελέσματα συνάδουν με τη δεύτερη μελέτη των Scerri& Scerri, 2012 (M=103/140). Αξιοσημείωτο όμως είναι το γεγονός ότι η μελέτη των Scerri& Scerri, 2012 απευθυνόταν σε φοιτητές νοσηλευτικής, αντί για κλινικούς νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ενώ σε άλλες χώρες όπου οι φοιτητές νοσηλευτικής δεν έχουν ακόμη τον ίδιο βαθμό τριβής με ασθενείς με άνοια όπως τους νοσηλευτές, έχουν παρόμοια στάση με τους Κύπριους κλινικούς νοσηλευτές, παρόλο που οι δεύτεροι έχουν ήδη αρκετή επαφή με ασθενείς με άνοια, υποδηλώνει ίσως κάποιες ελλείψεις των νοσηλευτών και ότι οι στάσεις τους παραμένουν στάσιμες ή εδραιωμένες από τα φοιτητικά χρόνια. Η πιο πρόσφατη έρευνα των Kimzey et al, 2016 συνάδει πλήρως με τα αποτελέσματα που βρέθηκαν μετά την παρέμβαση (110/140). Αν και οι Κύπριοι κλινικοί νοσηλευτές έδειξαν αρκετά βελτιωμένη στάση μετά την εφαρμογή του προγράμματος, στην έρευνα των Kimzey et al, 2016 είχαν σημειωθεί τα ίδια επίπεδα, χωρίς να προηγηθεί κάποια εκπαίδευση στους νοσηλευτές. Αυτή η σύγκριση υποδεικνύει την άμεση ανάγκη για ενίσχυση των στάσεων των νοσηλευτών, αφού ακόμη και μετά την εφαρμογή εκπαίδευσης οι στάσεις τους δεν φάνηκαν να υπερτερούν, αλλά να βρίσκονται ακριβώς στα ίδια επίπεδα με

νοσηλευτές που δεν έτυχαν εκπαίδευσης. Για ακόμη μία φορά δίνεται έμφαση στην άμεση αναθεώρηση του εκπαιδευτικού υλικού κατά τις νοσηλευτικές σπουδές και η ανάγκη για ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης, προκειμένου να μπορούν οι νοσηλευτές της Κύπρου να θεωρούνται ισάξιοι με τους νοσηλευτές στο εξωτερικό.

Οι στάσεις της ομάδας παρέμβασης, πριν την εκπαίδευση, μπορούν να χαρακτηριστούν ως μέτριες ($M=105.97$). Κατά την τελευταία μέτρηση, 3 μήνες μετά την παρέμβαση οι στάσεις της ομάδας παρέμβασης φάνηκαν να είναι σαφώς βελτιωμένες ($M=110.79/140$). Σημειώθηκε η αύξηση 5 μονάδων ($M=110.79/140$) σε σύγκριση με την μέτρηση πριν την εφαρμογή της παρέμβασης ($M=105.97/140$). Τα δεδομένα αυτά μας δείχνουν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος, αφού κατάφερε να βελτιώσει τις στάσεις των νοσηλευτών σε σημαντικό βαθμό. Πλέον οι στάσεις των συμμετεχόντων μπορούν να χαρακτηριστούν ως θετικές, εν αντιθέσει με τις προϋπάρχουσες. Με αυτόν τον τρόπο οι νοσηλευτές θα ανταποκρίνονται ποιοτικότερα στις ανάγκες των ασθενών με άνοια, αφού δεν θα είναι προκατειλημμένοι αρνητικά και θα νιώθουν αυτοπεποίθηση κατά τις δυσκολίες διαχείρισης φροντίδας των ασθενών αυτών.

Το ερωτηματολόγιο διερευνούσε τις γνώσεις και την άνεση που νοιώθουν οι νοσηλευτές κατά την επαφή τους με ασθενείς με άνοια, στοιχεία τα οποία υπήρξε σαφέστατη βελτίωση, βελτιώνοντας έτσι το περιβάλλον φροντίδας (Galvin et al, 2010). Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο τριμερές μοντέλο στάσης (Breckler, 1984), το οποίο θεωρεί ότι η στάση διαμορφώνεται βάση της συμπεριφοράς, της γνώσης και της επίδρασης. Η βελτίωση των στάσεων των νοσηλευτών υποδηλώνει ότι οι τρεις αυτές συνιστώσες έχουν βελτιωθεί, άρα εύλογα θα προαχθεί και η αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους ασθενείς με άνοια. Μέσω της αύξησης των γνώσεων και τη βελτίωση της συμπεριφοράς περισσότερες ανάγκες των ασθενών αυτών αναμένεται να ικανοποιούνται, ενώ οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση πλέον να ερμηνεύουν τις ακατανόητες συμπεριφορές των ασθενών, βελτιώνοντας έτσι την φροντίδα ενώ παράλληλα θα διευκολυνθούν κατά την διαδικασία αξιολόγησης. Επιπλέον, με την θετική επίδραση που απέκτησαν, μέσω της βελτίωσης των στάσεων τους, αναμένεται να παρατηρηθεί ένα θετικό αντίκτυπο στην φροντίδα των ασθενών.

Έχοντας θετικότερες στάσεις οι νοσηλευτές θα αναπτύξουν πιο εύκολα την ενσυναίσθηση κατά την νοσηλευτική φροντίδα για τους ασθενείς με άνοια και θα εφαρμόσουν ποιοτικότερη φροντίδα (Jahanshahi et al, 2017), προκειμένου να προάγουν

την αξιοπρέπεια στους ασθενείς αυτούς (Weiner et al, 2007). Τόσο η ποιότητα φροντίδας, όσο και η αξιοπρεπής φροντίδα έχουν συσχετιστεί με την ενσυναίσθηση (Kyle et al, 2017, Jahanshahi et al, 2017). Οι Jahanshahi et al, 2017, διεξήγαγαν περιγραφική μελέτη μεταξύ 231 κλινικών νοσηλευτών και απέδειξαν ότι η ψηλότερη ενσυναίσθηση σχετίζεται με ψηλότερη κλινική επάρκεια η οποία περιλάμβανε τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική ευθύνη που έχουν οι νοσηλευτές απέναντι στους ασθενείς τους. Η ενσυναίσθηση θεωρείται συμπληρωματική των δεξιοτήτων και των γνώσεων που απαιτούνται από τους νοσηλευτές για την αποτελεσματική θεραπεία ενός ασθενή. Η κλινική ικανότητα και η ενσυναίσθηση συνδράμουν στην αποτελεσματική φροντίδα υγείας (Jahanshahi et al, 2017) και παρόλο που η χρήση του όρου ποικίλλει, ο όρος αναφέρεται στην κατανομή των συναισθημάτων ενός άλλου ως μέσου να έρχεται σε άμεση εκτίμηση του άλλου. Θεωρείται ότι η ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας τον καθιστά ικανό να εκτιμήσει τα συναισθήματα, την κατάσταση και τις σκέψεις του ασθενή προκειμένου να διερευνήσει ταχέως τα θέματα που τον απασχολούν άμεσα. Η φροντίδα αναφέρεται τόσο σε μια συναισθηματική αντίδραση σε μια άλλη όσο και στην έκφραση αυτής της αντίδρασης στη δράση, ανεξάρτητα από την κατανομή του συναισθήματος ή της εμπειρίας του άλλου. Η έκφραση της φροντίδας στο κλινικό πλαίσιο είναι η προσεκτική παρατήρηση, η ακριβής ακρόαση και η ανταπόκριση, σε συνεννόηση με τη δέσμευση και τις δράσεις που απευθύνονται άμεσα στο πρόβλημα του ασθενούς, απαλλαγμένες από τυχόν υποθέσεις σχετικά με το τι μπορεί να βιώνει ή όχι (Weiner et al, 2007).

Η πλειοψηφία των ερευνών στη βιβλιογραφία σχετικά με την ενσυναίσθηση βρίσκει θετικές συσχετίσεις (Weiner et al, 2007, Konrath et al, 2016) με αρκετές μεταβλητές. Η υψηλή ενσυναίσθηση σχετίζεται με πιο επαγγελματικές συμπεριφορές και ισχυρότερες σχέσεις (Konrath et al, 2016). Οι Astrom et al, 1990, έχουν διεξάγει μια περιγραφική μελέτη μεταξύ νοσηλευτών και φροντιστών υγείας στη Σουηδία, με αρκετά ενδιαφέροντα ευρήματα. Οι ερευνητές επιχείρησαν να συσχετίσουν τα ψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης με το σύνδρομο εξουθένωσης ή τις θετικότερες στάσεις σε ασθενείς με άνοια. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές έχουν ψηλότερη ενσυναίσθηση από τους φροντιστές υγείας και όσο ψηλότερη η ενσυναίσθηση τόσο πιο θετική είναι η στάση απέναντι στα άτομα με άνοια. Οι νοσηλευτές βίωναν λιγότερη εξουθένωση από ότι οι φροντιστές υγείας, στοιχείο το οποίο υποδηλώνει ότι το σύνδρομο εξουθένωσης οδηγεί στην λιγότερη ενσυναίσθηση. Οι στάσεις

χαρακτηρίστηκαν από μέτριες έως θετικές, με τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές να δηλώνουν περισσότερο θετική στάση, από τους φροντιστές υγείας. Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δήλωσαν λιγότερη εξουθένωση, ίσως εξηγεί και την ύπαρξη θετικότερων στάσεων (Astrom et al, 1990). Γενικότερα όμως η θετική στάση έχει συσχετιστεί με την ύπαρξη ενσυναίσθησης και σε άλλες μελέτες (Yu et al, 2008, Venodova et al, 2016, Aarn et al, 2016).

Η ίδια ερευνητική ομάδα (Astrom et al, 1991) προχώρησε σε ποιοτική μελέτη μεταξύ του δείγματος και διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 16 νοσηλευτές και φροντιστές υγείας, διερευνώντας τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου εξουθένωσης ή στάσεων. Η πρώτη συνέντευξη έγινε το 1990 και με την πάροδο ενός χρόνου έγιναν ξανά συνεντεύξεις στα ίδια άτομα. Στην δεύτερη συνέντευξη οι συμμετέχοντες είχαν δηλώσει λιγότερη εξουθένωση και την ενσυναίσθηση να φαίνεται πιο ανεπτυγμένη. Οι στάσεις είχαν παραμείνει μέτριες προς θετικές, χωρίς να επηρεάζονται από δημογραφικούς παράγοντες, όπως ακριβώς εντοπίστηκε και στα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Όπως και στην προηγούμενη τους μελέτη έτσι και σε αυτήν είχαν εντοπιστεί θετικότερες στάσεις από τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές προς τα άτομα με άνοια, από τους φροντιστές υγείας και η εξουθένωση έχει επιβεβαιωθεί ότι σχετίζονταν με λιγότερη ενσυναίσθηση και πιο αρνητικές στάσεις. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που εξηγούσαν την εξουθένωση του προσωπικού ήταν «η ανατροφοδότηση της δουλειάς» και ο «χρόνος διάρκειας φροντίδας». Το προσωπικό με ψηλούς δείκτες ενσυναίσθησης αναγνώρισε ότι «η στενή επαφή με τους ασθενείς» είναι ο πιο διεγερτικός παράγοντας κατά τη διάρκεια εργασίας τους, ενώ το προσωπικό με χαμηλή ενσυναίσθηση δήλωσε ότι «η βελτίωση των ασθενών» και η «επαφή με τους συναδέλφους» ως τους πιο διεγερτικούς παράγοντες. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης του συνδρόμου εξουθένωσης κατά την φροντίδα ασθενών με άνοια, καθώς εάν βιώνει το προσωπικό εξουθένωση δεν είναι σε θέση να παρέχει ποιοτική φροντίδα στην ευάλωτη αυτή ομάδα ασθενών (Astrom et al, 1991).

5.5. Σύγκριση αποτελεσμάτων παρεμβατικής μελέτης με τη μελέτη παρατήρησης

Μετά το πέρας της εκπαιδευτικής ημερίδας μαζί με τα ερωτηματολόγια προστέθηκαν και πέντε ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν τις νοσηλευτικές παραλείψεις, που είχαν εντοπιστεί στη μελέτη παρατήρησης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τριτοβάθμια κλίμακα Likert (μη ικανοποιητικό, ικανοποιητικό, πολύ ικανοποιητικό) πως αξιολογούν οι ίδιοι τις νοσηλευτικές παραλείψεις στο τμήμα που εργάζονται. Οι ερωτήσεις είχαν διαμορφωθεί, βάση των αποτελεσμάτων της μελέτης παρατήρησης, ενώ η ημερίδα περιλάμβανε μία διάλεξη αναφορικά με τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν συμμετείχε σε άλλη εκπαιδευτική παρέμβαση, μετά το πέρας 3 μηνών από την ημερίδα.

Το πρώτο εύρημα της έρευνας παρατήρησης, έδειξε ότι αρκετές βασικές ανάγκες των ασθενών (οξυγόνο, σίτιση, νερό, ασφάλεια), μένουν ανικανοποίητες, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχολογικών (φόβος, άγχος, κοινωνική αλληλεπίδραση, αίσθημα του ανήκειν, στήριξη). Όταν ρωτήθηκαν οι νοσηλευτές φάνηκε ότι οι μισοί θεωρούσαν ότι η φροντίδα που παρέχεται είναι ικανοποιητική, ενώ 15 δήλωσαν πολύ ικανοποιητική. Μόνο το 1/3 των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η φροντίδα δεν είναι ικανοποιητική. Αυτή η αντίθεση στις πεποιθήσεις των νοσηλευτών με το τι πραγματικά γίνεται, ίσως δικαιολογείται στην ημιμάθεια ή την έλλειψη ενσυναίσθησης που είναι καίριας σημασίας, όπως προαναφέρθηκε. Οι νοσηλευτές μπορεί από την μία να θεωρούν ότι η φροντίδα είναι ικανοποιητική, αλλά δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι η βάση της φροντίδας είναι η ικανοποίηση όλων των αναγκών του ασθενή. Οι νοσηλευτές εν μέρει μπορεί να νομίζουν ότι προσφέροντας λουτρό κλίνης ή αξιολογώντας τον ασθενή με κλινικές μετρήσεις είναι αρκετό, αλλά αυτό δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στην ολιστική φροντίδα.

Η ολιστική φροντίδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένου του φαρμάκου, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας, της αυτοβοήθειας και της συμπληρωματικής θεραπείας (Morgan et al, 2012). Στην ολιστική φροντίδα, εξετάζονται όλες οι πτυχές των ασθενών και οι επιπτώσεις τους στη θεραπευτική διαδικασία, οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι πολιτισμοί, οι απόψεις και οι στάσεις των ασθενών συμπεριλαμβάνονται ως συμβάλλοντες στην ανάκαμψη, την ευτυχία και την ικανοποίηση (Selimen et al, 2011).

Η ολιστική φροντίδα κυρίως σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Davis, 2001). Η σχέση μεταξύ των παροχών νοσηλευτικής φροντίδας και των ασθενών βασίζεται στο σεβασμό, την ισότητα και την αμοιβαιότητα (Tjalt et al, 2007, Davis, 2001), έτσι οι ασθενείς συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σε αυτό το είδος φροντίδας (Olive, 2003). Παρόλα αυτά πιο πρόσφατες μελέτες (Suhonen et al, 2018, Papastavrou et al, 2019) μας δείχνουν ότι η ολιστική φροντίδα θεωρείται από τους νοσηλευτές σαν μη ρεαλιστική και τείνουν να διαμορφώνουν την φροντίδα τους βάση των αναδυόμενων αναγκών του ασθενή και να μην τον αντιμετωπίζουν σαν σύνολο. Σε ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις σε 14 νοσηλευτές φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την παροχή ολιστικής φροντίδας ήταν η δομή του εκπαιδευτικού συστήματος, το εργασιακό περιβάλλον και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Zamanzadeh et al, 2015). Οπότε με την αναδιάρθρωση του εργασιακού περιβάλλοντος και τη διεξαγωγή εννοιολογικής ανάλυσης της ολιστικής φροντίδας, μπορεί να αποσαφηνιστεί το νόημά της, το οποίο θα ενθαρρύνει τους εκπαιδευτικούς νοσηλευτών να συμπεριλάβουν την ολιστική φροντίδα στα προγράμματα σπουδών/εκπαίδευσης νοσηλευτικής και κατά συνέπεια, θα διευκολύνει την παροχή της.

Όσο αφορά την αξιοπρέπεια κατά την έρευνα παρατήρησης είχαν εντοπιστεί πολλές περιπτώσεις καταπάτησης της αξιοπρέπειας των ασθενών, ενώ στο τρίτο στάδιο έξι στους δέκα νοσηλευτές δήλωσαν ότι τηρούνται τα στοιχεία της αξιοπρέπειας στο τμήμα τους σε ικανοποιητικό βαθμό. Αυτό το γεγονός μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη επίγνωσης που έχουν οι νοσηλευτές για το τι πραγματικά εστί αξιοπρέπεια στην φροντίδα (Kinnear et al, 2014) ή σε στρεβλώσεις της έννοιας, του περιεχομένου και της έκφρασης της. Η τήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών αποτελεί σημαντική πτυχή της δεοντολογίας και της ηθικής φροντίδας (Zehtab et al, 2014).

Προχωρώντας στην επικοινωνία από την έρευνα παρατήρησης φάνηκε ότι οι νοσηλευτές δεν αναπτύσσουν οποιαδήποτε μορφή επικοινωνίας, αλλά γίνεται χρήση του αγγίγματος. Στη μελέτη παρατήρησης τα αποτελέσματα αυτά δεν συνάδουν με τα ευρήματα της παρεμβατικής μελέτης, καθώς 60% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η επικοινωνία στο τμήμα τους είναι ικανοποιητική και 21% πολύ ικανοποιητική. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν επίγνωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, της έλλειψης ενσυναίσθησης ή έλλειψης γνώσεων (Kourkouta et al, 2014). Η νοσηλευτική ως ανθρωπιστική επιστήμη επικεντρώνεται

στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου ως βιο-ψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Η πρακτική της απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Αυτό σημαίνει μια σύνθεση της γνώσης, της κλινικής πρακτικής και της διαπροσωπικής επικοινωνίας (Raya et al, 2006). Επιπλέον, η νοσηλευτική διαδικασία ως επιστημονική μέθοδος άσκησης και εφαρμογής επιτυγχάνεται μέσω του διαλόγου, μέσω του διαπροσωπικού περιβάλλοντος και με συγκεκριμένες δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας (Fakhr et al, 2011). Εάν ο έκαστος νοσηλευτής δεν είναι σε θέση να εξασκήσει αυτές τις ικανότητες, τότε αναπόφευκτα ο ασθενής θα μείνει ανικανοποίητος και θα επηρεαστεί η ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας.

Στην τελευταία θεματική του δεύτερου σταδίου βρίσκονται οι τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας. Ξεκινώντας με την κατηγορία «συμπλήρωση δελτίων παρακολούθησης» στην έρευνα παρατήρησης εντοπίστηκε η μη ορθή καταγραφή, καθώς αρκετές φορές οι νοσηλευτές κατέγραφαν ζωτικά σημεία χωρίς να τα αξιολογήσουν ή αλλαγή ενδοφλέβιων υγρών, χωρίς να έχει γίνει. Στο τρίτο στάδιο της έρευνας 88% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι η καταγραφή γίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ 12% δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιητική. Το εύρημα αυτό στην μελέτη παρατήρησης συνάδει με την υπόλοιπη βιβλιογραφία (Spencer et al 2004, Berg et al, 2013, Walter et al, 2014, Yen et al, 2018). Οι λόγοι (όπως αναφέρεται από τους νοσηλευτές) για τους οποίους δεν γίνεται σωστή καταγραφή βάση των μελετών είναι ο περιορισμένος χρόνος και οι πολλαπλές νοσηλευτικές διεργασίες (Yen et al, 2018), οι συχνές διακοπές (Spencer et al 2004, Berg et al, 2013) και ότι είναι πολύ απασχολημένοι οι νοσηλευτές με διεργασίες που φέρουν άμεσο όφελος στον ασθενή και δεν δίνουν τη δέουσα σημασία στην καταγραφή (Walter et al, 2014). Η προτίμηση σε διεργασία στη βάση της αμεσότητας του οφέλους έχει επιβεβαιωθεί σε ποιοτική μελέτη, μέσω συνεντεύξεων σε νοσηλευτές (Kalisch et al, 2016). Η απουσία μιας άμεσης και ορατής βελτίωσης υγείας του ασθενή, είναι ένας μείζον παράγοντας για την ανάπτυξη πρακτικών όσο αφορά τις νοσηλευτικές παραλείψεις (Jones, 2016). Επιβεβαιώνοντας τα πιο πάνω ευρήματα, σε έρευνα τους οι Albert&Westin, 2008, διερεύνησαν το κύρος των ασθενειών μεταξύ γιατρών στην Νορβηγία. Στα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι οι ασθένειες με άμεσες, και παρεμβατικές διαδικασίες ήταν υψηλής προτεραιότητας εν αντιθέσει με τις χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων, όπου τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν ήταν τόσο εμφανή.

Προχωρώντας στην κατηγορία «χρήση άσηπτου τεχνικής» κατά την έρευνα παρατήρησης εντοπίστηκε ότι δεν τηρούνται οι αρχές της ασηψίας, ενώ στο τελικό στάδιο οι μισοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τηρείται σε ικανοποιητικό βαθμό και 29% σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Προηγούμενες μελέτες έχουν αποδώσει την μη τήρηση αντισηψίας από τους νοσηλευτές στην έλλειψη γνώσεων για τις επιπλοκές, που ενδέχεται να υποστεί ο ασθενής (Bree-Williams et al, 1996, Michalopoulos & Sparos, 2003, Melo et al, 2006, Luo et al, 2010), ενώ παράλληλα συσχέτισαν την κλινική εμπειρία με την περισσότερη τήρηση ασηψίας. Βέβαια νεότερες μελέτες, ακύρωσαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ κλινικής εμπειρίας και πιο ορθής αντισηψίας (Labrague et al, 2012, Taifoori et al, 2015) και υπογραμμίζουν την ανάγκη για βελτίωση της γνώσης των νοσηλευτών. Άλλωστε με την βελτιωμένη γνώση, επέρχεται και η βελτιωμένη πρακτική (Labrague et al, 2012).

Όσο αφορά τις διεργασίες βάση πρωτοκόλλων στο δεύτερο στάδιο της έρευνας εντοπίστηκε η μη τήρηση των πρωτοκόλλων για τις νοσηλευτικές διεργασίες. Όταν ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες 79% δήλωσαν ότι τηρούνται σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ μόνο ένα ποσοστό της τάξεως 21% δήλωσε μη ικανοποιητικό. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι νοσηλευτές νιώθουν άβολα να δηλώσουν τι πραγματικά γίνεται, ενδεχομένως λόγω ύπαρξης φόβου για αμφισβήτηση του επαγγελματισμού τους. Ποιοτική μελέτη, με συνεντεύξεις σε επαγγελματίες υγείας, κατέληξε ότι τα πρωτόκολλα δεν τηρούνται, λόγω έλλειψης κατανόησης τους από το προσωπικό (Shearer et al, 2012). Οι Manias et al, 2005, σε μελέτη τους βρήκαν ότι εάν οι διαδικασίες που περιγράφονται σε ένα νοσηλευτικό πρωτόκολλο είναι ξεκάθαρες και δεν αλληλεπιδρούν με άλλες νοσηλευτικές διεργασίες, είναι πιο πιθανό να ακολουθηθεί το πρωτόκολλο. Οι λόγοι αυτοί αναφέρθηκαν και σε άλλη μελέτη (Dawn et al, 2014), που περιέγραψε επίσης και άλλους λόγους όπως τις μαθησιακές ελλείψεις, το «δέσιμο» των νοσηλευτών σε ένα σενάριο, τις επικοινωνιακές δυσκολίες με τους ασθενείς, την έλλειψη ηλεκτρονικής χαρτογράφησης και την ασαφή κατεύθυνση για τη χρήση των πρωτοκόλλων.

Συνεχίζοντας στο επόμενο εύρημα της έρευνας παρατήρησης εντοπίστηκε η μη ορθή χορήγηση φαρμάκων, ενώ στο τελικό στάδιο 56% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι γίνεται σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό και 44% σε ικανοποιητικό. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν δήλωσε ότι η χορήγηση φαρμάκων γίνεται σε μη ικανοποιητικό βαθμό, ενώ μελέτες έχουν δείξει ότι συχνά η χορήγηση φαρμάκων είναι λανθασμένη

(van den Bemt et al, 2009, Cheragi et al, 2013). Οι Cheragi et al, 2013, εντόπισαν λάθη στην χορήγηση φαρμάκων σε 64% των περιπτώσεων που παρατήρησαν, που αφορούσαν λάθος δόση ή ροή χορήγησης. Οι πιο συνηθισμένες αιτίες ήταν η χρήση συντομογραφιών αντί για πλήρη ονόματα φαρμάκων και παρόμοιων ονομασιών φαρμάκων. Ως εκ τούτου, η σημαντικότερη αιτία των σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής ήταν η έλλειψη φαρμακευτικής γνώσης εκ μέρους των νοσηλευτών. Τα λάθη της φαρμακευτικής αγωγής αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην φροντίδα. Δεδομένου ότι οι περισσότερες περιπτώσεις σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής δεν αναφέρονται από νοσηλευτές, το νοσηλευτικό διοικητικό προσωπικό πρέπει να επιδείξει θετική ανταπόκριση σε νοσηλευτές που αναφέρουν σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Άλλη έρευνα εντόπισε φαρμακευτικά λάθη σε 22% των περιπτώσεων που παρατήρησε (van den Bemt et al, 2009). Οι πιο συχνοί τύποι λαθών ήταν η λανθασμένη τεχνική χορήγησης φαρμάκων και οι λανθασμένες ώρες. Οι ερευνητές εισηγούνται την εκπαίδευση των νοσηλευτών, την αυτοματοποιημένη υποστήριξη κλινικών αποφάσεων και μέτρα για τη μείωση του φόρτου εργασίας, ως μεθόδους για ασφαλέστερη διανομή φαρμάκων.

Η τελευταία ερώτηση στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στο παρεμβατικό στάδιο αφορούσε τον χρόνο νοσηλευτικής φροντίδας. Στο δεύτερο στάδιο ο παρατηρητής χρονομετρούσε πόση ώρα διαρκεί η νοσηλευτική φροντίδα και φάνηκε ότι η μέγιστη διάρκεια ήταν 10 λεπτά, ενώ ο μέσος όρος διαρκούσε από 5-7 λεπτά, ανεξαρτήτου βάρδιας. Από τις απαντήσεις των νοσηλευτών στο τελευταίο στάδιο φάνηκε ότι ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας σε πρωινή βάρδια είναι μισή ώρα και για απογευματινή βάρδια 20 λεπτά. Η διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας που εντοπίστηκε στην έρευνα παρατήρησης συνάδει με άλλες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου εντόπισαν αντίστοιχα διάρκεια 10 λεπτών (Westbrook et al, 2011) και 12 λεπτών (Wright et al, 2013). Αυτή η αντίθεση στις πεποιθήσεις των νοσηλευτών για τον χρόνο που αφιερώνεται σε κάθε ασθενή, με τον πραγματικό χρόνο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, ιδιαίτερα όσο αφορά του λόγους. Οι Westbrook et al, 2011 αιτιολόγησαν τον μειωμένο χρόνο στις πολλαπλές διεργασίες που οφείλει να διεκπεραιώσει ένας νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της βάρδιας του, στις συχνές διακοπές και στο φόρτο εργασίας.

Οι έντονες διαφορές στα αποτελέσματα της έρευνας παρατήρησης με τα αποτελέσματα του τελικού σταδίου, δείχνει την άμεση ανάγκη για τη διεξαγωγή μιας ποιοτικής μελέτης. Αφού οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η ποιότητα φροντίδας στο τμήμα τους γενικά

είναι ικανοποιητική, μέσω της ποιοτικής μελέτης με συνεντεύξεις θα καταστεί δυνατό να διερευνηθούν οι λόγοι που έχουν αυτή την πεποίθηση, αφού παρουσιαστούν σε αυτούς τα δεδομένα από την έρευνα παρατήρησης. Έτσι θα αναδυθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντιλήψεις των νοσηλευτών για να μπορέσουν να εξαλείφουν και να προαχθεί η ποιότητα φροντίδας.

5.6. Συζήτηση τελικής μέτρησης παρεμβατικής μελέτης (3 μήνες μετά)

Η τελευταία μέτρηση διερευνούσε κατά πόσο παρέμειναν στο ίδιο επίπεδο οι 2 μεταβλητές (στάσεις-γνώσεις) μεταξύ των νοσηλευτών, τρεις μήνες μετά το πέρας της εκπαιδευτικής ημερίδας. Τα αποτελέσματα μπορούν να χαρακτηριστούν ως θετικά αφού, όπως φάνηκε οι γνώσεις όχι μόνο δεν είχαν παραμείνει στο ίδιο επίπεδο (T2 M=15.31/21), αλλά αυξήθηκαν κατά μία μονάδα (T3 M=16.25/21). Το γεγονός αυτό ενδεχόμενος να οφείλεται στη διέγερση του ενδιαφέροντος, που επέδειξαν οι νοσηλευτές κατά την διεκπεραίωση της ημερίδας και να συνέτεινε στη περισσότερο διερεύνηση του θέματος από μέρους τους. Επίσης το γεγονός ότι πλέον εκπαιδεύτηκαν για τη διαχείριση των ασθενών με άνοια να ήταν το έναυσμα για να δώσουν περισσότερο έμφαση στην φροντίδα των ασθενών αυτών, αφού πλέον ήταν σε θέση να καταλάβουν τη σημαντικότητα της αλληλεπίδρασης τους με τα άτομα αυτά. Η αρχική μέτρηση των γνώσεων φανέρωσε χαμηλό προς μέτριο επίπεδο γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών (T1 M=12.08/21), ενώ μετά την παρέμβαση είχε αυξηθεί κατά 4 μονάδες και μπορούσε πλέον να χαρακτηριστεί μέτριο προς καλό. Το γεγονός ότι αυξήθηκε περαιτέρω μετά το πέρας 3 μηνών δείχνει ότι το πρόγραμμα ήταν εποικοδομητικό και τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν σε βάθος χρόνου. Όσο αφορά τις στάσεις τα αποτελέσματα ήταν επίσης ευεργετικά. Ενώ αρχικά οι στάσεις ήταν μέτριες προς θετικές (T1 M=99.06/140), μετά την εφαρμογή του προγράμματος έγιναν θετικές (T2 M=110.72/140) και διατηρήθηκαν θετικές μέχρι και τρεις μήνες μετά (T3 M=110.47/140). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος, ενώ παράλληλα τονίζεται η ανάγκη και η σημαντικότητα ύπαρξης της δια βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Η νοοτροπία των νοσηλευτών, δηλαδή κατά πόσο θεωρούν οι νοσηλευτές ότι επωφελούνται στην κλινική πράξη, μέσω των σεμιναρίων και βρίσκουν χρήσιμα εργαλεία αυτά τα οποία διδάσκονται κατά την άσκηση μιας νοσηλευτικής διεργασίας, φάνηκε να επηρεάζει την εκπαιδευτική τους δραστηριότητα. Ίσως το γεγονός αυτό να αποτελεί και ένα από τους λόγους που το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών φάνηκε να αυξήθηκε 3 μήνες μετά την παρέμβαση, καθώς το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της παρούσας μελέτης, συσχετίστηκε αρκετά με τις πραγματικές συνθήκες στον κλινικό χώρο και παρείχε χρήσιμα στοιχεία για διευκόλυνση της νοσηλευτικής πράξης. Η παροχή εκπαίδευσης βασισμένης σε δεξιότητες μπορεί να αναπτύξει επικοινωνιακές ικανότητες, τεχνικές για επίλυση προβλημάτων και αυτό-κατευθυνόμενες μαθησιακές δεξιότητες, που θα είναι επωφελής για το προσωπικό όσον αφορά την αύξηση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της αυτοπεποίθησης. Ωστόσο, κάποια προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν τη απόδοση και τη διατήρηση της στον κλινικό τομέα είναι η έλλειψη χρόνου, οργάνωσης και το φυσικό περιβάλλον (Smythe et al, 2014).

Το γεγονός ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα του προγράμματος είχαν διάρκεια μέχρι και 3 μήνες μετά συνάδει και με άλλες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία (Åstrom et al, 1991, Coates 1997, Surr et al, 2015), οι οποίες εντόπισαν επίσης την θετική επίδραση που είχε η εκπαιδευτική τους παρέμβαση σε βάθος χρόνου (3-4 μήνες). Οι έρευνες αυτές υποστηρίζουν ότι η βαθύτερη γνώση προετοιμάζει το προσωπικό να νιώθει επαρκής για παροχή φροντίδας (Åstrom et al, 1991, Surr et al, 2015). Οι Åstrom et al, 1991 μέτρησαν την ικανοποίηση που νιώθουν οι νοσηλευτές κατά την αλληλεπίδραση τους με άτομα με άνοια, μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος και εντόπισαν ότι 3 μήνες μετά είχε αυξηθεί. Η πιο πρόσφατη μελέτη των Surr et al, 2015, επιβεβαίωσε τα ευρήματα των Åstrom et al, 1991 προσθέτοντας ότι με την παροχή περισσότερης γνώσης σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα επηρεάζονται οι στάσεις, η ικανοποίηση και η νοσηλευτική επάρκεια. Οι συγγραφείς (Surr et al, 2015) υποστήριξαν επίσης ότι η διάρκεια και το βάθος της εκπαίδευσης σε συνοχή με την ενσωμάτωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων που αποκτούνται μέσα από την κλινική άσκηση των νοσηλευτών, συμβάλλουν θετικά στη διατήρηση των αποτελεσμάτων, προάγοντας παράλληλα και το αίσθημα της φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Όπως έχουν εντοπίσει άλλες έρευνες (Skovdahl et al, 2004, Einang et al, 2011) η παρακολούθηση βίντεο προάγει το αίσθημα φροντίδας και τις τεχνικές επικοινωνίας

μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ουσιαστικά αυτές οι τεχνικές, αναπτύσσονται στη βάση των ήδη κεκτημένων γνώσεων που αποκτήθηκαν μέσω της εκπαίδευσης και της κλινικής εμπειρίας (Skondahl et al, 2004). Το γεγονός αυτό ενδεχόμενος να συνέτεινε στη διατήρηση των αποτελεσμάτων, καθώς η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στο τελικό στάδιο της παρούσας μελέτης, συμπεριλάμβανε την προβολή αρκετών βίντεο με συνεντεύξεις από ασθενείς με άνοια. Παρακολουθώντας τα βίντεο με συνεντεύξεις ασθενών με άνοια, οι νοσηλευτές ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν τις επικοινωνιακές δυσκολίες, καθώς επίσης και τους τρόπους διαχείρισης αυτών των δυσκολιών, αυξάνοντας παράλληλα την ευαισθητοποίηση και τις ικανότητες τους.

Οι νοσηλευτές όταν νιώθουν ότι αποκτούν νέες γνώσεις βελτιώνεται η ικανότητα για ερμηνευση των μη λεκτικών σημείων των ασθενών με άνοια, ενώ παράλληλα αυξάνεται η ευαισθητοποίησή τους για την επάρκεια των ασθενών (Einang et al, 2011). Η μελέτη κατέληξε ότι οι νοσηλευτές μέσω της εκπαίδευσης συνειδητοποιούν τη σημασία της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, την χρησιμότητα του να αφιερώνουν χρόνο στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, της διατήρησης οπτικής επαφής και την χρήση απλού λεξιλογίου, προκειμένου να αναβαθμίσουν το αίσθημα επάρκειας στους ασθενείς με άνοια (Einang et al, 2011). Τα ευρήματα της μελέτης αυτής συνάδουν με την παρούσα καθώς, οι νεοαποκτηθείσες πεποιθήσεις και των δύο μελετών διατηρήθηκαν σε βάθος χρόνου.

Μία άλλη παρεμβατική μελέτη (O'Brien et al, 2018), διερευνούσε μεταξύ νοσηλευτών την αυτοπεποίθηση, τις γνώσεις, τις επικοινωνιακές δεξιότητες και τις τεχνικές διαχείρισης συμπεριφορικών διαταραχών σε ασθενείς με άνοια. Η μελέτη αυτή (O'Brien et al, 2018) σημείωσε επίσης ευεργετικά αποτελέσματα και εντόπισε ότι η θετική αλλαγή συμπεριφοράς και η αύξηση του επιπέδου γνώσεων παρέμεινε σε ψηλά επίπεδα ένα μήνα μετά την εφαρμογή της παρέμβασης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης συνάδουν επίσης με την παρούσα, καθώς τα αποτελέσματα και των δύο μελετών παρέμειναν ψηλά σε βάθος χρόνου. Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι η διατήρηση του ψηλού επιπέδου γνώσεων και της θετικής στάσης δεν μπορεί να είναι μακροχρόνια, χωρίς της συνεχή επιμόρφωση και ανατροφοδότηση του προσωπικού.

Προχωρώντας σε σύγκριση της παρούσας μελέτης με τις παρεμβατικές μελέτες που εντοπίστηκαν κατά την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Engridou et al, 2018), φαίνεται η ταύτιση των αποτελεσμάτων. Το επίπεδο γνώσεων έχει προαχθεί και στις υπόλοιπες μελέτες (Galvin et al, 2010), ενώ οι στάσεις σημείωσαν θετική αλλαγή μέχρι και 3 μήνες μετά (Davison et al, 2007, Surr et al, 2015, Kang et al, 2016). Πιο

συγκεκριμένα, οι Surr et al, 2015, από την άλλη εντόπισαν ότι μέσω της θετικής στάσης αυξάνεται η ελπίδα και το αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών αναφορικά με τους ασθενείς με άνοια. Συνολικά οι συγγραφείς τονίζουν ότι με την επίτευξη βαθύτερης γνώσης έρχεται και η θετικότερη στάση (Surr et al, 2015). Οι Davison et al, 2007, εντόπισαν επίσης την αύξηση του αισθήματος της επάρκειας, αλλά πρόσθεσαν και την βελτίωση των τεχνικών και των γνώσεων μέχρι και 6 μήνες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης τους. Οι Kang et al, 2016, αναφέρουν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα βοηθούν τους συμμετέχοντες να διευκρινίζουν πιθανές παρερμηνείες σχετικά με την γνωστική έκπτωση και τις συμπεριφορικές διαταραχές των ασθενών με άνοια και αυτό οδηγεί στη διαμόρφωση μιας πιο θετικής στάσης.

Αναφορικά με τα εργαστήρια (Manthorpe et al, 2003, Kang et al, 2015, Kimzey et al, 2016) που εντοπίστηκαν στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Engravidou et al, 2017) έγινε προσπάθεια σύγκρισης των αποτελεσμάτων τους με την παρούσα μελέτη. Στην έρευνα των Kang et al, 2015, είχαν εξίσου καλά αποτελέσματα, όπως στην παρούσα μελέτη. Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι αναβαθμίστηκαν οι γνώσεις τους σε σχέση με την γνωστική έκπτωση και αυξήθηκε η ευαισθητοποίηση τους (Kang et al, 2015). Όσο αφορά τις στάσεις, μέρος των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι το πρόγραμμα τους βοήθησε να διορθώσουν παρερμηνείες σχετικά με την γνωστική έκπτωση, οι οποίες επηρέαζαν αρνητικά την φροντίδα που παρείχαν και πλέον ένιωθαν αυτοπεποίθηση κατά την επαφή τους με τα άτομα αυτά (Kang et al, 2015). Στην έρευνα των Manthorpe et al, 2003, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι κατάλαβαν τη σημασία της χρήσης εργαλείων αξιολόγησης, σχετικά με την άνοια και του έγκαιρου εντοπισμού των συμπτωμάτων. Επιπλέον, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν αύξηση της αυτοπεποίθησης τους, όταν έρχονται σε επαφή με άτομα με άνοια, αλλά παρόλα αυτά η πλειοψηφία των νοσηλευτών ανέφερε δυσκολίες στην διάγνωση και τη μεταχείριση των ατόμων αυτών (Manthorpe et al, 2003).

Όσο αφορά την έρευνα των Kimzey et al, 2016, όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο αξιολόγησης στάσεων, η παρούσα μελέτη εντόπισε περισσότερες μονάδες στη διαφορά του πριν και μετά της παρέμβασης. Αν και οι στάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα των Kimzey et al, 2016, ήταν περισσότερο θετικές από την πρώτη μέτρηση, σημειώθηκε διαφορά 4 μονάδων μετά την παρέμβαση, ενώ στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκε διαφορά 5 μονάδων. Ωστόσο οι στάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα των Kimzey et al, 2016, παρουσιάζονται πιο θετικές κατά 2 μονάδες, ακόμη και μετά τη

αύξηση που σημειώθηκε, στην παρούσα μελέτη. Αναφορικά με τις γνώσεις η έρευνα των Kimzey et al, 2016, εντόπισε διαφορά 1 μονάδας στην αύξηση τους, ενώ η παρούσα μελέτη εντόπισε 4 μονάδες στην δεύτερη μέτρηση και 5 μονάδες στην τρίτη μέτρηση. Το γεγονός αυτό δείχνει την επιτυχία του εκπαιδευτικού προγράμματος, καθώς κατάφερε να αυξήσει τις γνώσεις σε σημαντικό βαθμό και να διατηρήσει τα θετικά αποτελέσματα, μέχρι και 3 μήνες μετά. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τη σύγκριση των δύο μελετών ως προς του μέσους όρους. Οι υπόλοιπες δύο μελέτες με μορφή εργαστηρίων (Manthorpe et al, 2003, Kang et al, 2015) χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους αξιολόγησης, οπότε δεν κατέστη δυνατή η σύγκριση των μέσων τιμών.

Πίνακας 27. Σύγκριση μέσων όρων παρούσας μελέτης με προηγούμενη παρεμβατική μελέτη (Kimzey et al, 2016)

Συγγραφείς	Στάσεις Mean- pretest	Στάσεις Mean- posttest	Γνώσεις Mean- pretest	Γνώσεις Mean- posttest
Kimzey et al, 2016	108.15/140	112.73/140	23.76/30	24.59/30
Enripidou et al, 2019	105.90/140	110.72/140	11.65/21	15.3/21

Άρα τονίζεται η ανάγκη εγκαθίδρυσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους νοσηλευτές, αφού όπως φάνηκε τα αποτελέσματα διατηρούνται σε βάθος χρόνου και συνειρμικά θα οδηγήσουν σε προαγωγή της προσφερόμενης φροντίδας, ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες ασθενών, όπως η άνοια.

Συνοψίζοντας, μέσα από τη μελέτη εντοπίστηκε το χαμηλό γνωσιολογικό υπόβαθρο των νοσηλευτών και η ύπαρξη μη θετικών στάσεων, προς τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Η εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος έχει συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή των δύο αυτών μεταβλητών, αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση και τις δεξιότητες διαχείρισης των νοσηλευτών, προς τα άτομα αυτά. Μέσα από τη μελέτη παρατήρησης έχουν εντοπιστεί αρκετές παραλείψεις φροντίδας, οι οποίες έχουν χωριστεί σε τέσσερις θεματικές ενότητες: τις ανικανοποίητες βασικές ανάγκες, την ελλιπή επικοινωνία τόσο μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή όσο και μεταξύ συναδέλφων, τη μη τήρηση σωστών τεχνικών φροντίδας και την καταπάτηση ηθικών αρχών, που

διέπουν τη νοσηλευτική επιστήμη. Οι αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την έρευνα παρατήρησης και το τι δήλωσαν οι νοσηλευτές χρήζουν περεταίρω διερεύνησης. Όσο αφορά την παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου των στάσεων, αναδείχθηκαν περισσότεροι παράγοντες από ότι στο πρωτότυπο, οι οποίοι όμως ερμηνεύουν καλύτερα τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου, καθώς διαβαθμίζουν τη διάσταση της άνεσης σε κλίμακες. Η παρούσα μελέτη είχε το χαμηλότερο σκορ γνώσεων σε σχέση με τις μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία και αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην ανεπαρκή εκπαίδευση των Κυπρίων νοσηλευτών, κατά την πανεπιστημιακή εκπαίδευση ή την έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης. Η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος, προς τη φροντίδα ασθενή με άνοια, δείχνει την σημαντικότητα της διαβίου μάθησης των επαγγελματιών υγείας, όπως άλλωστε τονίζει και στις εκθέσεις του ο ΠΟΥ, 2018. Βέβαια, αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην επικοινωνία και την ηθική προσέγγιση της φροντίδας, στοιχεία που φάνηκαν να νοσούν, κατά την κλινική πρακτική. Λαμβάνοντας υπό όψιν τη ραγδαία επιδημιολογική πορεία της νόσου και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οι νοσηλευτές θα καλεστούν να φροντίσουν ένα μεγάλο μέρος του νοσοκομειακού πληθυσμού με γνωστικές ελλείψεις, οπότε η άμεση εκπαίδευση θα τους προετοιμάσει με τα κατάλληλα γνωστικά εφόδια, προκειμένου να ανταποκριθούν επαρκώς στις ψηλές απαιτήσεις φροντίδας.

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Μέσα από την παρούσα μελέτη φάνηκε το χαμηλό προς μέτριο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών και η μη ύπαρξη θετικών στάσεων, προς τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Το γεγονός αυτό επηρεάζει αφενός την παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών αυτών, κατά τη νοσηλεία τους, με αποτέλεσμα τη μη ποιοτική παροχή φροντίδας και αφετέρου τους νοσηλευτές, καθώς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, κατά την αλληλεπίδραση τους με τα άτομα αυτά. Μέσα από τη μελέτη παρατήρησης εντοπίστηκαν ακριβώς οι νοσηλευτικές παραλείψεις φροντίδας που γίνονται σε αυτή την ευάλωτη ομάδα ασθενών, οι οποίες είναι η μη ικανοποίηση βασικών αναγκών, η μη τήρηση του σεβασμού προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια τους, οι ελλείψεις στις επικοινωνιακές δεξιότητες και οι ανεπαρκείς τεχνικές φροντίδας. Η εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος έφερε ευεργετικά αποτελέσματα, αφού όπως φάνηκε βελτιώθηκε το επίπεδο γνώσεων και οι στάσεις των νοσηλευτών.

Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη εκπαίδευσης του υφιστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού για την άνοια και αυτό έχει τονιστεί μέσω των παραλείψεων που εντοπίστηκαν, κατά τη μελέτη παρατήρησης. Η εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, θα είχε ευεργετική δράση τόσο στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών με άνοια, όσο και για τους νοσηλευτές, καθώς έχει αποδειχθεί ότι προάγει το αίσθημα αυτοπεποίθησης μεταξύ τους. Όσο αφορά τους νέους νοσηλευτές η ένταξη μαθήματος κατά την πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση, που να αναλύει την πολυδιάστατη φύση της άνοιας θα επέφερε θετικά αποτελέσματα και θα αποτρέψει μελλοντικές αρνητικές στάσεις προς τα άτομα αυτά. Γενικότερα, η εκπαίδευση φάνηκε να βελτιώνει τις δεξιότητες διαχείρισης, τις τεχνικές επικοινωνίας, ενώ παράλληλα βοηθά στην εξάλειψη αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν οι νοσηλευτές, όπως είναι ο εκνευρισμός και η ανασφάλεια, που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Enrripidou et al, 2018).

Εντούτοις, η εκπαίδευση δεν φάνηκε να επηρεάζει τις εδραιωμένες στάσεις των νοσηλευτών, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Η χαμηλή συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, που βρέθηκε στη μελέτη, υπογραμμίζει τον εντοπισμό άλλων παραγόντων που μπορεί να διαμορφώνουν μια στάση, προκειμένου να γίνει η απαραίτητη αναδιαμόρφωση. Η αλλαγή μιας βαθιάς εδραιωμένης στάσης αποτελεί πρόκληση, καθώς για τη διαμόρφωση της έχουν συνδράμει ψυχο-κοινωνικοί και

περιβαλλοντικοί παράγοντες, διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα και ερεθίσματα από το ευρύτερο σύστημα ηθικών πεποιθήσεων του κάθε ατόμου (American Psychological Association, 2020). Επιπλέον προηγούμενες εμπειρίες με το θέμα επηρεάζουν τη διαμόρφωση μιας στάσης (Eagly et al, 1993), άρα εάν οι νοσηλευτές έχουν δυσάρεστες εμπειρίες με τους ασθενείς με άνοια, εύλογα η αρνητική στάση θα υπερισχύει. Παρόλα αυτά η συναισθηματική ενίσχυση φάνηκε να έχει θετικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση μιας στάσης (Chaiklin, 2011), οπότε η εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος με υψηλή διαδραστικότητα και σαφή επίκληση στο συναίσθημα, ενδεχομένως να αποτελεί οινόν για θετική ανταπόκριση. Η συνεχής έκθεση προς το αντικείμενο φάνηκε να επηρεάζει θετικά τη στάση (Eagly et al, 1993). Το γεγονός αυτό ίσως δικαιολογεί την πιο θετική προσέγγιση που είχαν οι κοινοτικοί νοσηλευτές (Kada et al, 2009), καθώς έρχονται σε επαφή πιο συχνά με άτομα με άνοια, σε σύγκριση με τους νοσοκομειακούς νοσηλευτές.

Οι οργανωτικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν αποδειχτεί ότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την εκπαιδευτική δραστηριότητα των νοσηλευτών (Smythe et al, 2014, Surr & Gates, 2017). Η εστίαση στην αναδιάρθρωση αυτών των παραγόντων θα βελτίωνε ενδεχομένως τη διατήρηση των αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης και θα σημείωνε αύξηση των συμμετοχών στα εκπαιδευτικά προγράμματα. Όπως έχει διαφανεί μέσα από μελέτη (Ortega et al, 2015) η διοικητική υποστήριξη και η παροχή εκπαιδευτικών αδειών, έχει συσχετιστεί με τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα. Η υποστήριξη του υφιστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού εκ μέρους της νοσηλευτικής διοίκησης θα ήταν ευεργετική, τόσο για τους νοσηλευτές, μέσω της ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, όσο και για τους ασθενείς, μέσω της προαγωγής της προσφερόμενης ποιότητας φροντίδας. Επίσης, με την αναδιάρθρωση των περιβαλλοντικών παραγόντων οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να εξασκούν αυτά τα οποία διδάσκονται στα εκπαιδευτικά σεμινάρια, εντός του κλινικού χώρου και να εφαρμόζουν τη νεοαποκτηθείσα γνώση. Η παροχή πρακτικών λύσεων στον κλινικό χώρο έχει συσχετιστεί άμεσα με την αύξηση της διάρκειας των θετικών αποτελεσμάτων μελετών παρέμβασης (Surr et al, 2017). Ως εκ τούτου, για να γίνει εφικτή η ενίσχυση της κλινικής επάρκειας των νοσηλευτών, όσο αφορά τη φροντίδα ασθενών με άνοια, χρειάζεται η εστίαση στην ενδυνάμωση των τεχνικών διαχείρισης και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων (O'Brien et al, 2018). Παράλληλα η εκμάθηση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων θα βοηθούσε τους νοσηλευτές και θα αποφεύγονταν

πρακτικές όπως ο χημικός ή ο σωματικός περιορισμός των ασθενών, αφού θα ήταν σε θέση να διαχειριστούν τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της νόσου με άλλους τρόπους (Marx et al, 2014). Γενικότερα, η παροχή πρακτικών λύσεων στην καθημερινότητα των νοσηλευτών στον κλινικό χώρο θα ήταν επωφελής για τους ασθενείς και θα μείωνε τις όποιες ηθικές ανησυχίες έχουν δημιουργηθεί, ως προς την άσκηση της νοσηλευτικής πρακτικής. Άρα, καταλήγουμε ότι αφενός ο νοσηλευτικός διοικητικός ρόλος είναι ένας μείζων παράγοντας για την εκπαιδευτική δραστηριότητα των νοσηλευτών και αφετέρου η αναδιαμόρφωση του περιβάλλοντος, θα ωφελούσε την επιμόρφωση των νοσηλευτών, καθώς, εάν ένας νοσηλευτής, μπορεί να εφαρμόσει τη καινούργια γνώση στο περιβάλλον εργασίας του, εύλογα τα αποτελέσματα της παρέμβασης θα διατηρηθούν περισσότερο.

Η προώθηση μιας θετικής εικόνας για την άνοια και η εστίαση στον άνθρωπο που βρίσκεται πίσω από τη νόσο, θα βοηθούσε στην υιοθέτηση θετικότερων στάσεων απέναντι στα άτομα με άνοια. Η προβολή των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου (πχ. αποπροσανατολισμός, επιθετικότητα) που γίνεται μέχρι σήμερα έχει δημιουργήσει αρκετά ταμπού για τη νόσο, με αποτέλεσμα την αποφυγή των ατόμων αυτών. Ο καθορισμός ενός θετικού προτύπου για τα άτομα με άνοια θα επηρέαζε σημαντικά στη εξάλειψη του στίγματος, που βιώνουν τα άτομα αυτά και θα συνέβαλε σημαντικά σε μια πιο ηθική μεταχείριση. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν εκπαιδευτικό ρόλο προς την ευρύτερη κοινωνία, οπότε η υιοθέτηση μιας θετικής στάσης εκ μέρους τους θα ήταν το πρώτο βήμα για την προώθηση της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τα άτομα αυτά.

Η αρνητική εικόνα που έχει συσχετιστεί με την άνοια, προωθεί ουσιαστικά το στιγματισμό των ατόμων που νοσούν. Με την εξάλειψη λοιπόν, αυτής την εικόνας θα μπορούσε να υιοθετηθεί και η αλλαγή κουλτούρας, εκ μέρους των νοσηλευτών. Η αλλαγή κουλτούρας βέβαια αποτελεί πρόκληση τόσο στον τομέα της υγείας, όσο και για την ευρύτερη κοινωνία. Στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίστηκαν αρκετές μελέτες (Shier et al, 2014, Greevy, 2016, Alzheimer Society of Canada, 2018) που προσπάθησαν να εφαρμόσουν την αλλαγή κουλτούρας μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Όλες οι μελέτες συστήνουν την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση σαν την πιο αποτελεσματική με τα θετικά ευρήματα να διαρκούν σε βάθος χρόνου. Το Alzheimer Society of Canada, 2018, εφάρμοσε την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση σε 6 ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας και σημείωσε αρκετά ευεργετικά αποτελέσματα στη φροντίδα

που δεχόταν οι ασθενείς, ενώ οι επαγγελματίες υγείας, δήλωσαν ότι πλέον απολάμβαναν τη διαδικασία φροντίδας με τους ασθενείς με άνοια. Ο Greeve, 2016, κατέληξε ότι η ενδεικνυόμενη κουλτούρα φροντίδας είναι η πρόσωπο-κεντρική, καθώς μειώνονται αρκετά συμπεριφορικά συμπτώματα από του ασθενείς, καθιστώντας τη φροντίδας πιο εύκολη και διαδραστική. Οι Shier et al, 2014, μέσα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρήκαν ότι όσα μακροχρόνια ιδρύματα φροντίδας υιοθέτησαν την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση, οι ασθενείς είχαν καλύτερη ανταπόκριση στη διαδικασία φροντίδας και το προσωπικό τους αντιμετώπιζε με θετικισμό. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η αλλαγή κουλτούρας χρήζει περεταίρω εφαρμογής, καθώς τα οφέλη θα επηρεάζουν τόσο την ποιότητα φροντίδας που δέχεται αυτή η ευάλωτη ομάδα ασθενών, όσο και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς δεν θα βιώνουν αρνητικές εμπειρίες στο εργασιακό περιβάλλον. Επιπλέον, με την αλλαγή κουλτούρας θα εξαλειφθεί το στίγμα, που αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα για τα άτομα αυτά και τους φροντιστές τους.

7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την υποστήριξη της διατριβής έχουν χρησιμοποιηθεί μελέτες δημοσιευμένες σε αγγλική ή ελληνική γλώσσα, ωστόσο έρευνες σε άλλες γλώσσες ή από διαφορετικά συναφή υπόβαθρα μπορεί να διαφέρουν ή να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα. Επιπλέον, οι στάσεις των νοσηλευτών σε χώρες όπου δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη έρευνες ενδέχεται να είναι διαφορετικές από αυτές που παρουσιάστηκαν. Επίσης, η ποικιλία των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στις περιγραφικές μελέτες και η ετερογένεια των μέτρων έκβασης μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα. Η εστίαση των μελετών βασίστηκε σε ερωματολογία αυτό-αναφοράς, οπότε ένας πιο αντικειμενικός τρόπος συλλογής δεδομένων, πιθανόν να είχε διαφορετικά αποτελέσματα.

Κατά την έρευνα παρατήρησης η νυχτερινή βάρδια αποκλείστηκε για ευκολία του παρατηρητή, ωστόσο έχει αποδειχτεί ότι οι περισσότερες παραλείψεις γίνονται στη διάρκεια νυχτερινής βάρδιας (Ball et al, 2014, Moreno et al, 2015), έτσι ενδέχεται να μην εντοπίστηκε το ακριβές μέγεθος των νοσηλευτικών παραλείψεων. Η έρευνα έχει διεξαχθεί μόνο σε τρία τμήματα του νοσοκομείου, παρόλα αυτά η νοσηλεία σε άλλα τμήματα μπορεί να διαφέρει. Η έρευνα παρατήρησης είχε διάρκεια μήνα, ωστόσο δεν είναι γνωστό εάν σε αυτό το διάστημα ο αριθμός των νοσηλευτών ανά τμήμα είχε επηρεαστεί από άδειες, άδειες ασθενείας ή άδειες υπηρεσιακού σκοπού και το προσωπικό ήταν μειωμένο, οπότε το γεγονός αυτό μπορεί να επηρέασε την κανονική διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά το δεύτερο στάδιο το δείγμα αποτελείται από ασθενείς με άνοια στο τελικό στάδιο της νόσου, όμως η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με άνοια πρώιμου σταδίου μπορεί να διαφέρει. Θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τις παραλείψεις που εντοπίστηκαν και αυτό θα ήταν εφικτό μέσω ομάδας εστίασης σε μεταγενέστερο στάδιο. Η παρούσα μελέτη αποτελείται από τρεις μεθοδολογικές προσεγγίσεις, ωστόσο η αποκλειστική εφαρμογή της έρευνας παρατήρησης, ενδεχομένως να έφερε στην επιφάνεια περισσότερα ευρήματα. Αναγνωρίζουμε το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της μελέτης παρατήρησης, υπήρξαν περιπτώσεις που μπορεί να χαρακτηριστούν ως κακοποίηση, ωστόσο ο παρατηρητής δεν μπορούσε να επέμβει, καθώς θα επηρεαζόταν τα αποτελέσματα της έρευνας. Έτσι θα σταλεί σε όλους τους αρμόδιους φορείς (Νοσηλευτική Διοίκηση, Υπουργείο Υγείας) μια αναφορά, όπου θα διατίθενται τα ευρήματα της μελέτης. Η αναφορά αυτή θα γίνει προκειμένου να ενημερωθούν και να

προβούν στις κατάλληλες ενέργειες οι αρμόδιοι, ούτως ώστε να λυθεί το φαινόμενο των παραλείψεων σε ασθενείς με άνοια σε μακρο-επίπεδο.

Παρόλο που τα εκπαιδευτικά προγράμματα φαίνεται να είναι ευεργετικά, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι χρήζουν της δέουσας σημασίας. Αρχικά δεν μπορεί να γίνει η άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων, καθώς το κάθε πρόγραμμα χρησιμοποίησε διαφορετικά εργαλεία μέτρησης των γνώσεων και των στάσεων. Αυτό δείχνει την άμεση ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός εδραιωμένου εργαλείου, προκειμένου η σύγκριση να είναι ισότιμη. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εστιάσουν στη κατασκευή ενός τέτοιου εργαλείου αξιολόγησης, ούτως ώστε να βοηθηθεί η σύγκριση των μελετών. Αν και όλες οι μελέτες φανέρωσαν θετικό αντίκτυπο δεν δύναται να μην λαμβάνονται υπό όψιν οι διαφορές στην μεθοδολογικές προσεγγίσεις, τις πολιτισμικές αξίες, τα διαφορετικά συστήματα υγείας και το προϋπάρχον επίπεδο των νοσηλευτών έκαστου νοσοκομείου. Ένας άλλος περιορισμός των παρεμβατικών μελετών είναι ότι σε όλα τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος οι νοσηλευτές να απαντούν βάση αυτών που αναμένει από αυτούς η ευρύτερη κοινωνία (Kang et al, 2016) ή ο ερευνητής (Karaniola, 2019). Ωστόσο στις μελέτες που έχουν μετρήσεις σε βάθος χρόνου αυτός ο κίνδυνος μειώνεται. Οι νοσηλευτές αναμένεται να δώσουν αυτού του είδους απαντήσεις στην μέτρηση αμέσως μετά την παρέμβαση, καθώς θεωρούν ότι έτσι θα ήθελε ο ερευνητής να απαντήσουν (Norwood, 2010), αλλά αυτός ο κίνδυνος μειώνεται μετά το πέρας 3 μηνών αφού οι συμμετέχοντες δεν θα θυμούνται τις προηγούμενες τους απαντήσεις. Η διάρκεια των θετικών αποτελεσμάτων του παρεμβατικού σταδίου δεν μπορεί να εξακριβωθεί πέραν των τριών μηνών, εάν δεν επαναληφθεί άλλη μέτρηση. Όπως εύστοχα αναφέρουν σε ανασκόπηση τους οι Moyle et al, 2008, η διαχείριση της φροντίδας ασθενή με άνοια είναι καιρός να προχωρήσει από τις περιγραφικές μελέτες στις παρεμβατικές. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πρέπει να ερμηνεύονται στη βάση αυτών των περιορισμών.

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1 The Attitude toward Alzheimer’s disease and related dementia scale

Directions: Please rate each statement according to how much you agree or disagree with it. Circle 1, 2, 3, 4, 5, 6, or 7 according to how you feel in each case. *Please be honest. There are no right or wrong answers.* The acronym “ADRD” in each question stands for “Alzheimer’s disease and related dementias.”

Questions	1.Strongly disagree	2.Disagree	3.Slightly disagree	4.Neutral	5.Slightly agree	6.Agree	7.Strongly agree
1. It is rewarding to work with people who have ADRD.							
2. I am afraid of people with ADRD.							
3. People with ADRD can be creative.							
4. I feel confident around people with ADRD.							
5. I am comfortable touching people with ADRD.							
6. I feel uncomfortable being around people with ADRD.							
7. Every person with ADRD has different needs.							
8. I am not very familiar with ADRD.							
9. I would avoid an agitated person with ADRD							

Questions	1.Strongly disagree	2.Disagree	3.Slightly disagree	4.Neutral	5.Slightly agree	6.Agree	7.Strongly agree
10. People with ADRD like having familiar things nearby.							
11. It is important to know the past history of people with ADRD.							
12. It is possible to enjoy interacting with people with ADRD.							
13. I feel relaxed around people with ADRD.							
14. People with ADRD can enjoy life.							
15. People with ADRD can feel when others are kind to them.							
16. I feel frustrated because I do not know how to help people with ADRD.							
17. I cannot imagine taking care of someone with ADRD.							
18. I admire the coping skills of people with ADRD.							
19. We can do a lot now to improve the lives of people with ADRD.							
20. Difficult behaviors may be a form of communication for people with ADRD.							

Παράρτημα 2. Dementia Knowledge Assessment toll version II

Questions	Yes	No	Don't know
1. Dementia occurs because of changes in the brain.			
2. Brain changes causing dementia are often progressive.			
3. Alzheimer's disease is the main cause of dementia.			
4. Blood vessel disease can also cause dementia.			
5. Confusion in an older person is almost always due to dementia.			
6. Only older adults develop dementia.			
7. Knowing the likely cause of dementia can help to predict its progression.			
8. Incontinence always occurs in the early stages of dementia.			
9. Dementia is likely to limit life expectancy.			
10. When a person has late stage dementia, families can help others to understand that person's needs.			
11. People who have dementia may develop problems with visual perception (understanding or recognizing what they see).			
12. Sudden increases in confusion are characteristic of dementia.			
13. Uncharacteristic distressing behaviors may occur in people who have dementia (e.g. aggressive behavior in a gentle person).			
14. Difficulty swallowing occurs in late stage dementia.			
15. Movement (e.g., walking, moving in a bed or chair) is limited in late stage dementia.			
16. Changing the environment (e.g., putting on a CD, opening or closing the blinds) will make no difference to a person who has dementia.			
17. When a person who has dementia is distressed, it may help to talk to them about their feelings.			
18. It is important to always correct a person who has dementia when they are confused.			
19. A person who has dementia can often be supported to make choices (e.g., what clothes to wear).			
20. It is impossible to tell if a person who is in the later stages of dementia is in pain.			
21. Exercise can sometimes be of benefit to people who have dementia.			

Πίνακας 28. Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα της άνοιας

Author, year, country	Aim	Research design	Instruments	Sample and size (+characteristics)	Type and description of intervention	Analysis method	Outcomes
Robinson A, et al,2014, Australia	To assess the level of knowledge about dementia	Descriptive	Dementia Knowledge Assessment Tool	279 nurses and care workers in residential aged facilities 164 caregivers Convenience sample		ANOVA Chi-square Spearman's rank-order correlation	Dementia knowledge deficits among formal carers and family cohort. Findings also indicate problems among all level of aged care staff and resident's family members in dementia's life-limiting nature and the onset of physical symptoms associated with its progression.
Marx A, et al 2014, USA	To assess the level of knowledge, educational needs and the care environment.	Cross-sectional	1.A modification of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale 2. A questionnaire included 11 <i>yes/no</i> items on perceptions of educational needs. 3. Nurses were asked to rate their confidence in care provision.	39 nurses working in a chronic care hospital unit. Convenience sample		t-tests mean, standard deviation and range	Nurses indicated a need for more information and skills, specifically for managing behaviors non-pharmacologically, enhancing patient safety, coping with care challenges, and involving patients in activities. Although most staff believed their care contributed a great deal to patient well-being, approximately 75% reported frustration and being overwhelmed by dementia care. There is fundamental knowledge but lack on techniques.

Kang et al, 2011, Korea	To describe nurses' attitudes towards people with dementia in acute care settings	Descriptive	Attitudes toward the Elderly with Dementia (AED) Approaches to Dementia Questionnaire (ADQ)	100 registered nurses working in acute care settings of 2 hospitals		t-test, ANOVA, Levene's test	Moderately positive attitudes towards older people with dementia in the acute care setting were found. Two-thirds of the nurse participants (n = 65, 65.7%) working in medical wards demonstrated significantly more positive attitudes than those working in surgical wards (n = 34, 34.3%). Demographics including years of experience in the current unit and in the service, and nurses' position did not correlate significantly with their attitudes .The environment, work routine and technology may influence the likelihood of negative attitude towards people with dementia.
Kada S, 2009, Norway	To explore the attitudes of staff caring for institutionalized dementia residents	Descriptive	The Approach to Dementia Questionnaire	291 (a mixture of nurses), working in 14 nursing homes and 1 geriatric ward Convenience sample		ANOVA	Nursing assistants, staff over 50 years and staff who had less than 10 years of experience had lower hope attitude. Also staff over 50 years had lower person-centered attitude, compared with their counterparts under the age of 40. Nurses with specialized training in geriatrics, psychiatry or dementia care had significantly higher hope attitudes, compared with nurses without any special training. Education, age,

							experience and the size of the unit affect nurse's attitudes.
Fessey V, 2007, UK	To explore knowledge, understanding and implications for care of nurses working with demented patients	Descriptive	Kitwood's 'malignant social psychology' and 'person-centered approach'	87 nurses working in general hospitals wards Convenience sample		Descriptive Statistic	Nurses have some knowledge and ability in delivering person-centered care, but that this is usually only evident where person-centered care is a clear option. When it is a less obvious choice, some dilemmas are raised. Issues of trying to maintain independence, choice and dignity while attending to physical care needs and managing the care needs of others were highlighted by the nurses as effective standards to strive for, and these are aspects of person-centered dementia care.
Barett J, et al, 1997, USA	To investigate level of knowledge about Alzheimer disease (AD)	Descriptive	A 12-item scale with psychometric properties was developed- UAB Alzheimer's Disease Knowledge Test For Health Professionals	693 (experts in AD, nurses, primary care physicians, social workers, psychologists, nursing students) convenience sample		One way analysis Chi-square	Generalist health care professionals showed important deficits in fundamental knowledge about AD. Although knowledge about assessment and management of AD has increased and has been widely disseminated, many health care professionals remain uninformed

							about AD.
Shinan S, et al 2014, Israil	To examine and compare Alzheimer disease illness representations among 2 main professional groups involved in the care of Alzheimer patients.	Descriptive-comparative	The sample was asked to report their cognitive and emotional representations using the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	327 nurses and social workers (122 social workers and 205 nurses from 5 medical centers and nursing homes) Convenience sample		t-test chi-square means, SD, percentages	Nurses attributed psychological reasons to AD more than the social workers. Nevertheless, social workers perceived AD as more chronic with severe consequences compared with the nurses. Despite some resemblance, there were differences between the social workers and nurses regarding AD illness representations.
Jofesson K, et al, 2008, Sweden	To describe registered nurses perceptions of needs and possibilities for competence development.	Non-experimental, descriptive	A structured questionnaire that was specifically designed for this study.	213 nurses (95 worked in dementia care, 118 in general elder care)		Chi-square Man-Whitney U-test	Nurses were on average not lacking or were hardly lacking knowledge in examined domains. Nurses in geriatric care lacked knowledge of dementia, falls, and fall injures to a greater extent than registered nurses in dementia care. Most registered nurses requested a better organization for competence development, especially in geriatric care. The employers' financial contribution to registered nurse's continuing education was poor.
Kimzey M et al, 2016, USA	To determine the effect of different educational experiences and attitudes on nursing	A convergent mixed method design. A three group (pretest-posttest) design	1. Alzheimer's disease Knowledge Scale	Convenience sample of 94 senior level nursing students enrolled in the undergraduate nursing	-Alzheimer's disease clinical experience - Online	Mixed ANOVA Content	The Alzheimer's disease clinical group experienced increased knowledge and improved attitudes toward people with Alzheimer's

	students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's.	and a focus group.	2.Dementia Attitude Scale	program's Community Health course.	learning module	analysis	disease compared with students who completed the online module or had no dementia-specific intervention. Four themes emerged from focus group data: Basic Alzheimer's disease knowledge, need for Alzheimer's disease experiential learning, negative feelings related to behaviors, and appropriate responses to behavioral and psychological symptoms of dementia.
Kang M et al, 2016, Korea	To evaluate the effect of an educational program on nurses' knowledge and attitudes of older adults with cognitive impairment	Mixed-methods study that included a single group, pre-post design and interview	Knowledge of cognitive impairment was measured using five case vignettes. Each vignette has five multiple-choice questions and four open-ended questions.	Purposive sample of 12 registered nurses participated in interviews.	Workshops (patient scenarios, role-playing, discussion, lectures, self-directed study) and support sessions	Wilcoxon signed-rank tests and McNemar tests Content analysis	The educational programme had a positive impact on nurses' knowledge of cognitive impairment and attitudes towards older adults. The qualitative data indicated that the educational programme improved nurses' knowledge of cognitive impairment and their attitudes towards older adults with cognitive impairment. It also increased nurses' initial efforts to involve family caregivers in cognitive impairment care.
Surr A, et al, 2015, UK	To evaluate the efficacy of a training program for nurses regarding attitudes, satisfaction and feelings of caring efficacy, in dementia care.	Repeated measures design. Intervention.	1.Person-centered Care Training for Acute Hospitals (PCTAH) program 2.Approaches to	40 acute hospital staff Convenience sample	3.5 days training program, comprised of two levels, Foundation (0.5 day) and Intermediate (3 days),	ANOVA	The training program was effective in producing a significant positive change. Training acute hospital staff is effective in producing significant

			<p>Dementia Questionnaire (ADQ)</p> <p>3. Staff Experiences of Working with Demented Residents questionnaire (SEWDR)</p> <p>4. Caring Efficiency Scale (CES)</p>		delivered over a 3-4 months period.		improvements in attitudes towards and satisfaction in caring for people with dementia and feelings of caring efficacy.
Palmer J, et al, 2014, USA	To investigate level of knowledge about dementia.	Intervention study	<p>1. A 20 item 5-point Likert scale measuring attitudes, practices and confidence for care of patients with dementia</p> <p>3. A final set of 7 knowledge about AD and care issues</p> <p>4. Open-ended questions to explore further needs and challenges in working with these patients. A pre-test and a post-test were completed for the</p>	355 participants who 221 were nurses from 5 different hospitals Convenience sample	The all-day DFHI program consists of 5 modules of didactic content, slides, videos, learning activities, and handouts.	t-tests ANOVA	Changes in participant's attitudes and practices, confidence, and knowledge were evaluated. Scores indicated significant improvement on the posttest

			program.				
Elvish R, et al, 2014, UK	To report on the development and evaluation of the “Getting to Know Me” training program. Also, to measure knowledge and confidence in dementia care.	Intervention	1. Confidence in Dementia (COED) 2. Knowledge in Dementia (KIDE)	72 registered nurses, working in a general hospital	6-hour training program included 4 sessions each of 45-90 minutes duration.	t-tests mean, standard deviation and range, 95% confidence interval	The program was well received and had a significant impact on staff knowledge and confidence. Before the implementation of the program staff indicated low level of confidence, which eventually increased. Also, staff revealed that they had no prior training in dementia care and during the program they suggest that focusing on knowledge about communication and management of dementia is of great importance.
McCaffrey R, et al, 2013, USA	To create inter-professional group for the diagnosis and treatment of dementia	A two-group treatment/control pretest posttest design was used.	1. True-false, multiple choice tests and semantic differential scale. 2. Attitudes Toward Interdisciplinary Teams Scale and Attitudes Toward Collaboration Scale	162 (80 medical students in their second year, 82 nurse students) Convenience sample	A 15-week semester: Observation of: nurse practitioner-conducted memory oriented history, physical and neuropsychological examination. Participation in a diagnostic impression meeting with the patient and a family member, to a caregiver support group meeting and in the activities and care provided to participants	Descriptive Statistic	Findings from this Interprofessional program demonstrated that nurse practitioner students gained higher levels of knowledge regarding AD, and medical students gained more positive attitudes toward these patients and their caregivers. Comments from students indicated that both medical and nursing students found the experience valuable

					in the early-stage day center.		
Einang A, et al, 2011, Norway	To assess the level of knowledge after watching a training video	Descriptive-qualitative. interviews and focus group	Training video based on MarteMeo principles, in four dementia specific care units.	26 registered nurses, enrolled nurses and nurse aids	The staff received MMC from a trained therapist seven times (1.5-hour sessions each time) during a two months period. Each counseling session was based on a short videotape, lasting five to ten minutes.	Content analysis.	Nurses gained new knowledge, inform and enrich their nurse role and raise their abilities as their usefulness was determined and realized their interaction to patients.
Galvin J,et al, 2010, USA	To evaluate a training program about knowledge in dementia.	Intervention	1. 6 questions regarding current practices and attitudes 2. 5 questions about confidence in assessing, recognition, management, differentiating delirium from dementia 3. A 9-item multiple choice knowledge test.	540 individuals at 4 community hospitals Convenience sample	Program lasted 7 hours and consisted of 5 modules (Introduction, Medical Overview, Approaches to Communication and Behavior, Dementia Friendly Care, Connecting the Caregiver).Pretest and a 120-day posttest were performed.	Paired sample t-tests, Chi-square tests and one-way ANOVA	Significant gains in knowledge and confidence in recognizing, assessing, and managing dementia. Also attendees report gains in communication skills and strategies to improve the hospital environment, patient safety, and behavioral management. In the hospital that demonstrated lower knowledge and confidence scores, the sample was older and had more nurses and more years in practice.
Davison E, et al, 2007,	To evaluate the impact of a training program for aged care	Intervention	1.Maslach Burnout Inventory,	29 nurses and 35 residents received	1. Dementia training program that consisted	ANCOVA	Staff members in both dementia training groups reported improved

Australia	staff in managing dementia-related challenging behaviors.		2. Self-Efficacy of Dementia Care 3. The Scale of Nursing Performance 4. Cohen-Mansfield Agitation Inventory	training plus peer support, 35 nurses and 46 residents received training only, 26 nurses and 32 residents participated in the control group.	of eight sessions of 60–90 min duration, which was delivered using a combination of didactic and experiential learning. 2. Peer support Programme.		attitudes regarding their knowledge and skills in managing residents with challenging behaviors, immediately after the training and six months later. Facility supervisors rated the nursing performance of trained staff more positively, particularly those who participated in a peer support group. The dementia training programs, whether with or without the inclusion of peer support, did not impact on levels of staff burnout or substantially reduce the level of challenging behaviors among aged care residents.
Bryans M, et al, 2003, UK	To investigate knowledge, attitudes and confidence among nurses to the diagnosis and ongoing management of dementia	intervention	Baseline knowledge confidence and perceived difficulties in dementia care management and attitudes.	78 nurses (district nurses, health visitors, practice nurses and community staff nurses). Convenience sample		Means, percentages Correlation r	Low levels of knowledge about epidemiology and diagnosis, but slightly higher levels about management strategies. Self-reported ratings of confidence were also low and were directly related to ratings of difficulty in identifying dementia and dealing with coexisting behavioral and mental health problems. Lower scores on all domains were recorded for practice nurses than for district nurses or health visitors.
Manthorpe J,	To explore whether community	Intervention-	1. Questionnaire	268 nurses (79	1-day educational	Confidence	Differences in knowledge,

<p>et al, 2003, UK</p>	<p>mental health nurses (CMHNs), community nurses (CNs) and practice nurses (PNs) have different perspectives on early diagnosis of dementia</p>	<p>comparative</p>	<p>derived from Stirling Dementia Service Development Centre about clinical role, experience, knowledge, caseload, epidemiological and confidence in recognizing the dementias and perceived difficulties in providing care for people with dementia. 2. Confidence and difficulty were assessed using a 10-point scale</p>	<p>CMHNs), 153 (CNs), 35 PNs)</p>	<p>workshops on recognition of and response to dementia</p>	<p>intervals 95%</p>	<p>experience and confidence between the three nurse groups. Community mental health nurses (CMHNs) were more confident in their abilities to recognize dementia and found providing support less difficult than clinical nurses (CNs) and practical nurses (PNs). CMHNs considered that they were best placed to coordinate services for people with newly recognized dementia. CNs and PNs, however, reported experience of working with people with dementia and many appeared able to respond to early signs and to identify potential sources of support.</p>
----------------------------	--	--------------------	---	-----------------------------------	---	----------------------	--

Πίνακας 29. Εργαλεία Αξιολόγησης Γνώσεων και Στάσεων

Authors	Questionnaires	Cronbach's α	Στόχος	Δομή	Θετικά	Αρνητικά
Davisson et al, 2006	Self- efficacy of dementia care	0.84	Αντιλήψεις προσωπικού σχετικά με την επάρκεια δεξιοτήτων τους στην φροντίδα ασθενών με άνοια	4 δηλώσεις σε 11-βάθμια κλίμακα Likert (0=συμφωνώ απόλυτα, 11=διαφωνώ απόλυτα)	Καλύπτει τη μεταβλητή της παρούσας μελέτης (στάσεις)	Δεν έχει χρησιμοποιηθεί ξανά
	Staff nursing performance	0.92	Αξιολόγηση της επίδοσης των νοσηλευτών	10 δηλώσεις σε 4-βάθμια κλίμακα Likert	Πιο αντικειμενική μέτρηση από τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς	Συμπληρώνεται μόνο από διοικητικούς νοσηλευτικούς λειτουργούς. Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης
	Frequency of behaviors	0.90	Μέτρηση της συχνότητας επιθετικών συμπεριφορών μεταξύ των ασθενών	29 δηλώσεις σε 7βάθμια κλίμακα Likert	Αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών και διαμόρφωση φροντίδας για αποφυγή ερεθισμάτων	Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης
Kada et al, 2009, Surr et al, 2016	Approaches to dementia questionnaire (ADQ)	0.78	Αξιολόγηση των στάσεων και των πρόσωπο-κεντρικών συμπεριφορών προς τα άτομα με άνοια	19 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1= συμφωνώ απόλυτα, 5= διαφωνώ απόλυτα)	Καλύπτει τη μεταβλητή της μελέτης (στάσεων)	Η παρουσία των ερωτήσεων για την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση απέκλινε από τις εξεταζόμενες μεταβλητές και δημιουργούσε σύγχυση
	Staff experience of working with	0.80	Μέτρηση ικανοποίησης προσωπικού κατά τη	21 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (0= καθόλου, 5 = εξαιρετικά)	Σημαντικό στοιχείο για την ποιότητα φροντίδας	Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της

	demented residents scale (SEWDR)		φροντίδα ασθενή με άνοια				παρούσας μελέτης
	Caring efficacy Scale (CES)	0.86	Αυτό-αξιολόγηση πεποιθήσεων των νοσηλευτών όσο αφορά την επάρκεια στην φροντίδα	30 δηλώσεις σε 6-βάθμια κλίμακα Likert (0=διαφωνώ απόλυτα, 6= συμφωνώ απόλυτα)	Σημαντικό στοιχείο για διερεύνηση		Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης
Scerri et al, 2013, Kimzey et al, 2016, Marx et al, 2016	Alzheimer disease knowledge scale (ADKS)	0.81	Αξιολόγηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με την νόσο Alzheimer	30 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα με αξιολόγηση, διάγνωση, συμπτώματα, διαχείριση και φροντίδα ατόμων με άνοια	Διερεύνηση των γνώσεων που αποτελεί μέρος της μελέτης		Εστίαση μόνο στη νόσο Alzheimer.
	Dementia attitude scale	0.85	Διερεύνηση πεποιθήσεων σχετικά με τη νόσο Alzheimer και συναφών ανοιών.	20 δηλώσεις σε 7-βάθμια κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 7= συμφωνώ απόλυτα)	Ανταποκρίνεται απόλυτα στην υπό μελέτη μεταβλητή (στάσεις). Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες.		/
Galvin et al, 2010	6 ερωτήσεις σχετικά τις στάσεις	n/a	Αξιολόγηση στάσεων μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση	6 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1= συμφωνώ απόλυτα, 5= διαφωνώ απόλυτα)	Καλύπτει τις μεταβλητές που διερευνούσε η εν λόγω έρευνα		Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα.
	9 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις	n/a	Αξιολόγηση γνώσεων μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση	9 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής	Καλύπτει τις μεταβλητές που διερευνούσε η εν λόγω έρευνα		Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα.
Palmer et al,	Βασίστηκε στις	n/a	Αξιολόγηση γνώσεων μετά	9 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής	Καλύπτει τις μεταβλητές που		Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και

2014	ερωτήσεις του προγράμματος των Galvin et al, 2010.		από εκπαιδευτική παρέμβαση		διερευνούσε η εν λόγω έρευνα	εγκυρότητα.
	Πρόσθεση 7 ερωτήσεων σχετικά με τη αυτοπεποίθηση που έχουν οι νοσηλευτές κατά την φροντίδα ασθενών με άνοια.	n/a	Αξιολόγηση αυτοπεποίθησης νοσηλευτών κατά την φροντίδα ασθενών με άνοια	7 δηλώσεις σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1= καθόλου, 5=εξαιρετικά)	Καλύπτει τις μεταβλητές που διερευνούσε η εν λόγω έρευνα	Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες.
Manthorpe et al, 2003	Stirling Dementia Service Development	n/a	Διερεύνηση γνώσεων και αυτοπεποίθησης νοσηλευτών κατά την φροντίδα ασθενή με άνοια	21 δηλώσεις σε 10-βάθμια κλίμακα Likert (1= καθόλου, 10= εξαιρετικά)	Ανταποκρίνεται στα ερωτήματα της μελέτης που χρησιμοποιήθηκε.	Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες. Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.
Fessey, 2007	17 ερωτήσεις βασισμένες στο θεωρητικό μοντέλο των Kitwood et al, 1995	n/a	Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών, ειδικά προς την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση φροντίδας.	17 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής σχετικά με τις γνώσεις, την φροντίδα και την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση.	Καλύπτει επαρκώς την πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση, καθώς η ανάπτυξη του βασίστηκε στο θεωρητικό μοντέλο των Kitwood et al,	Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες. Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Δεν

						1995.	ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.
Shinan-Altman, 2014	Revised Illness perception questionnaire (IPQ-R)	0.90	Αξιολόγηση της νόσου από τον ασθενή ή από τον φροντιστή του	29 ερωτήσεις σε 5βάθμια κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα, 5= συμφωνώ απόλυτα) με το ψηλότερο σκορ να δείχνει ότι αναγνωρίζει τη νόσο.	Αναγνώριση προβλημάτων σε όλες τις διαστάσεις υγείας (σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική)	1995.	ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.
	30 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις (συμπτώματα, αιτιολογία, διάγνωση και θεραπεία)	0.60	Αξιολόγηση γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με την άνοια.	30 ερωτήσεις σωστό λάθος με το ψηλότερο σκορ να δείχνει περισσότερες γνώσεις.	Ανταποκρίθηκε στα ερωτήματα της μελέτης, για την οποία είχε δημιουργηθεί		Δεν ανταποκρίνεται στο πληθυσμό-στόχο της παρούσα μελέτης. Η αξιολόγηση της νόσου από ασθενείς με άνοια μπορεί να αμφισβητηθεί.
Josefsson et al, 2008	23 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις και τις ικανότητες των νοσηλευτών στην φροντίδα ασθενή με άνοια	n/a	Αξιολόγηση γνώσεων και της επάρκειας των νοσηλευτών	23 ερωτήσεις σε 4βάθμια κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα, 4= συμφωνώ απόλυτα)	Ανταποκρίθηκε στο σκοπό τη μελέτης.		Δεν ανταποκρίνεται στην φροντίδα ασθενών με άνοια, αλλά σε άλλα συναφή θέματα. Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες. Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της

							παρούσας μελέτης.
Barett et al, 1997	12 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη νόσο Alzheimer	0.72	Αξιολόγηση γνώσεων επαγγελματιών υγείας	12 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής	Καλύπτει τη μεταβλητή της μελέτης όσο αφορά τις γνώσεις.		Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες. Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.
Bryans et al, 2003	14 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις, την αυτοπεποίθηση και τις στάσεις των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα ασθενών με άνοια	n/a	Διερεύνηση των γνώσεων (επιδημιολογία, διάγνωση, διαχείριση), αυτοπεποίθησης και στάσεων των νοσηλευτών προς την φροντίδα σθενών με άνοια	14 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής	Ανταποκρίθηκε επαρκώς στα ερωτήματα της μελέτης.		Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες. Δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Δεν έχει ελέγξει αξιοπιστία και εγκυρότητα.
Toye et al, 2010, 2014, Robinson et al, 2014, Annear et al, 2017, Parra-Anguita et al, 2018	Dementia Knowledge assessment tool	0.79	Αξιολόγηση γνώσεων για επαγγελματίες υγείας και φροντιστές ατόμων με άνοια στην παθοφυσιολογία, αιτίες, επιδημιολογία, φροντίδα και διαχείριση της άνοιας.	21 δηλώσεις σωστό/λάθος/ δεν γνωρίζω. Το ψηλότερο σκορ δείχνει περισσότερες γνώσεις.	Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες. Έχει ελέγξει εγκυρότητα και αξιοπιστία. Ανταποκρίνεται στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.		/

Παράρτημα 3 Έντυπο ενημέρωσης των συμμετεχόντων για λήψη απόφασης

Η παρούσα έρευνα γίνεται για σκοπούς διδακτορικής διατριβής με τίτλο «**Εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για την αύξηση των γνώσεων και μείωση των παραλείψεων στη φροντίδα ασθενών με άνοια, σε νοσηλευτές**», στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και να διαπιστωθεί η φροντίδα, που λαμβάνουν. Η μελέτη θα ολοκληρωθεί με την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος το οποίο αναμένεται ότι θα αυξήσει τις γνώσεις και θα βελτιώσει τις στάσεις των νοσηλευτών με απώτερο στόχο τη βελτίωση της φροντίδας μέσα από τη μείωση των παραλείψεων.

Με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υποδηλώνετε την εθελοντική συμμετοχή σας στην έρευνα. Η διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είναι 10 λεπτά για το κάθε ένα, ενώ για να θεωρείται ολοκληρωμένη η συμμετοχή σας πρέπει να συμπληρωθούν **και τα δύο ερωτηματολόγια**. Έχετε κάθε δικαίωμα να μη συμμετάσχετε σε αυτή τη μελέτη, να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα, καθώς επίσης και δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των δεδομένων σας.

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα υποβληθούν σε επεξεργασία μετά το τέλος της μελέτης σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων, αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα συλλέγονται με ευθύνη του υπεύθυνου της μελέτης και θα αντιμετωπιστούν με εμπιστευτικότητα. Εκτός από τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο πληροφόρησης, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε πρόσθετες από την ερευνήτρια Μελίνα Ευριπίδου στο τηλέφωνο 99137406.

Η ερευνητική ομάδα που θα διαχειριστεί τα δεδομένα αποτελείται από την Μελίνα Ευριπίδου, υποψήφια διδάκτωρ, την Δρ Παπασταύρου Ευριδίκη, Αναπληρώτρια καθηγήτρια, τον Δρ Μερκούρη Αναστάσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή και τον Δρ Αντρέα Χαραλάμπους, Επίκουρο καθηγητή.

Παράρτημα 4 Ερωτηματολόγιο για Διερεύνηση των Στάσεων των Νοσηλευτών προς την Νόσο του Αλτσχάιμερ και συναφών Ανοιών

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία: 22-30

31-40

41-50

51-60

60+

Επίπεδο Σπουδών: Πτυχίο

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Τίτλος: Νοσηλευτικός Λειτουργός

Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός

Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός

Χρόνια Υπηρεσίας:

Έχετε ποτέ φροντίσει άτομο με άνοια στη οικογένεια σας; Ναι Όχι

Οδηγίες: Παρακαλώ βαθμολογείτε κάθε δήλωση σύμφωνα με το πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτή. **Σημειώστε με √ σε ένα τετράγωνο** 1,2,3,4,5,6 ή 7 (1 Διαφωνώ πλήρως-7 Συμφωνώ απόλυτα) σύμφωνα με τον τρόπο που αισθάνεστε σε κάθε περίπτωση. *Παρακαλώ να είστε ειλικρινής. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.*

Ερωτήσεις	1.Διαφωνώ πλήρως	2.Διαφωνώ	3.Διαφωνώ μερικώς	4.Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	5.Συμφωνώ μερικώς	6.Συμφωνώ	7. Συμφωνώ απόλυτα
1. Νιώθω να αμείβομαι όταν δουλεύω με άτομα με άνοια.							
2. Φοβάμαι τα άτομα με άνοια.							
3. Τα άτομα με άνοια μπορούν να είναι δημιουργικά.							
4. Νιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.							
5. Αισθάνομαι άνετα να αγγίζω άτομα με άνοια.							
6. Νιώθω αμήχανα όταν περιβάλλομαι από άτομα με άνοια.							
7. Το κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες.							
8. Δεν είμαι πολύ εξοικειωμένος με την άνοια.							
9. Θα απέφυγα ένα αναστατωμένο άτομο με άνοια.							
10. Στα άτομα με άνοια αρέσει να έχουν κοντά τους οικεία πράγματα.							
11.Είναι σημαντικό να γνωρίζεις το ιστορικό του παρελθόντος των ατόμων με άνοια.							
12. Είναι εφικτό για κάποιον να απολαμβάνει την							

αλληλεπίδραση με άτομα με άνοια.							
Ερωτήσεις	<u>1. Διαφωνώ πλήρως</u>	<u>2. Διαφωνώ</u>	<u>3. Διαφωνώ μερικώς</u>	<u>4.Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ</u>	<u>5.Συμφωνώ μερικώς</u>	<u>6.Συμφωνώ</u>	<u>7. Συμφωνώ απόλυτα</u>
13.Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα με άνοια.							
14. Τα άτομα με άνοια μπορούν να απολαμβάνουν τη ζωή.							
15. Τα άτομα με άνοια μπορούν να αισθανθούν τότε οι άλλοι είναι ευγενικοί μαζί τους.							
16. Νιώθω άσχημα γιατί δεν ξέρω πώς να βοηθήσω ένα άτομο με άνοια.							
17. Δεν μπορώ να φανταστώ να φροντίζω κάποιον με άνοια.							
18. Θαυμάζω τις δεξιότητες αντιμετώπισης που έχουν τα άτομα με άνοια.							
19. Μπορούμε να κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τις ζωές των ατόμων με άνοια.							
20. Οι προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια μπορούν να αποτελούν μια μορφή επικοινωνίας.							

Παράρτημα 5 Εργαλείο Αξιολόγησης Γνώσεων άνοιας έκδοση II

Ακολουθούν ορισμένες δηλώσεις σχετικά με την άνοια. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και **σημειώστε με √ σε ένα τετράγωνο** για να δείξετε εάν **συμφωνείτε ή διαφωνείτε** με τη δήλωση ή αν δεν γνωρίζετε. Είναι σημαντικό να σημειώσετε **μόνο ένα κουτάκι** (ναι, όχι, ή δεν γνωρίζω) για κάθε δήλωση.

Δηλώσεις	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
1. Η άνοια εμφανίζεται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο.			
2. Οι αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούν άνοια συχνά είναι προοδευτικές.			
3. Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι η κύρια αιτία της άνοιας.			
4. Οι αγγειακές παθήσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν άνοια.			
5. Η σύγχυση σε ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας οφείλεται σχεδόν πάντοτε στην άνοια.			
6. Μόνο ηλικιωμένα άτομα αναπτύσσουν άνοια.			
7. Γνωρίζοντας την πιθανή αιτία της άνοιας μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της εξέλιξής της.			
8. Η ακράτεια εμφανίζεται πάντα στα αρχικά στάδια της άνοιας.			
9. Η άνοια είναι πιθανό να μειώσει το προσδόκιμο ζωής.			
10. Όταν ένα άτομο είναι σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, η οικογένεια του μπορεί να βοηθήσει τους άλλους να κατανοήσουν τις ανάγκες του ατόμου.			
11. Τα άτομα με άνοια μπορεί να αναπτύξουν προβλήματα με την οπτική αντίληψη (κατανόηση ή αναγνώριση στο τι βλέπουν).			
12. Οι αιφνίδιες αυξήσεις της σύγχυσης είναι χαρακτηριστικό της άνοιας.			

Δηλώσεις	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
13. Στα άτομα με άνοια είναι δυνατό να εμφανιστούν προβληματικές συμπεριφορές, ενώ δεν τις εμφάνιζαν στο παρελθόν (πχ. επιθετική συμπεριφορά σε ένα ήπιο άτομο).			
14. Η δυσκολία στην κατάποση εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας.			
15. Η κίνηση (πχ. περπάτημα, κίνηση στο κρεβάτι ή καρέκλα) είναι περιορισμένη στην άνοια προχωρημένου σταδίου.			
16. Η αλλαγή στο περιβάλλον (πχ. έναρξη μουσικής, άνοιγμα ή κλείσιμο παράθυρων) δεν θα κάνει καμία διαφορά στο άτομο που έχει άνοια.			
17. Όταν ένα άτομο με άνοια είναι αγχωμένο μπορεί να βοηθηθεί εάν του μιλήσεις για τα συναισθήματα του.			
18. Είναι σημαντικό πάντα να διορθώνω ένα άτομο με άνοια, όταν είναι συγχυσμένο.			
19. Ένα άτομο που πάσχει από άνοια συχνά μπορεί να το υποστηρίξω για να κάνει κάποιες επιλογές (πχ. ποια ρούχα θα φορέσει).			
20. Είναι αδύνατο να αναγνωρίσουμε εάν ένα άτομο που είναι στο τελευταίο στάδιο άνοιας πονάει.			
21. Η άσκηση μπορεί μερικές φορές να ωφελήσει τα άτομα με άνοια.			

Παράρτημα 6 Κλίμακα προσώπου



BRIEF REPORTS

INSTRUCTIONS: The faces below go from very happy at the top to very sad at the bottom. Check the face which best shows the way you have felt inside today.

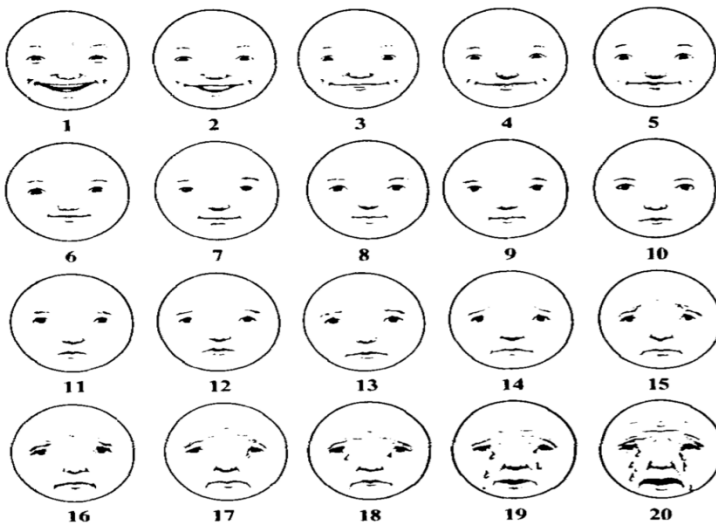


Figure 1. The Face Scale.

Διάγραμμα 12. The Face Scale (Lorish&Maisiak 1986)

Παράρτημα 7. Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων

Δεδομένα	Κωδικοί	Υπό-κατηγορίες	Θεματικές ενότητες
Υπάρχει πολύ θόρυβος στο τμήμα (A4) Η ασθενής φαίνεται να κρυώνει από το ανοιχτό παράθυρο. Πήρε εμβρυική στάση το σώματος. (N12)	Περιβάλλον Άνεση	Άνεση Άνεση	Βασικές ανάγκες
Η κλίμακα προσώπου του ασθενή άλλαξε από το 10 στο 14 κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας (A50-51) Όταν η ασθενής άκουσε τη φωνή της κόρης της η κλίμακα προσώπου άλλαξε από το 10 στο 4 (N220)	Διάθεση	Ψυχολογικές ανάγκες	Βασικές ανάγκες
Κανένας δεν σίτισε τον ασθενή και το πιάτο του, όταν το μάζεψε η βοηθός θαλάμου του θαλάμου ήταν ανέπαφο (B26) Η ασθενής είπε «νερό» με χαμηλόφωνη φωνή, αλλά η νοσηλεύτρια δεν έδειξε να την ακούει (I97)	Φαγητό Νερό	Σίτιση	Βασικές ανάγκες
Η ρινική μάσκα οξυγόνου ήταν στο πάτωμα για 2 ώρες (Γ86) Η ρινική μάσκα ήταν στο μαξιλάρι του ασθενή (E86)	Αναπνοή	Αναπνοή	Βασικές ανάγκες
Η σύριγγα και η βελόνα βρίσκονταν εκτεθειμένα στο τραπέζι του ασθενή (K66) Ο ασθενής αφαίρεσε τα ΕΦΥ και τον ρινογαστρικό σωλήνα. Το σημείο που βρισκόταν η ενδοφλέβια πράνουλα αιμορραγούσε για 1,5 ώρα, μέχρι που εισήλθε μια νοσηλεύτρια στο δωμάτιο και είδε τα σεντόνια καλυμμένα με αίμα (Θ229-230)	Ασφάλεια	Ασφάλεια	Βασικές ανάγκες

Παράρτημα 8. Δημοσιεύσεις.

Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic Literature Review

Dementia Knowledge Review

Melina EVRIPIDOU¹ *RN PhD(c)*, Andreas CHARALAMBOUS² *RN, PhD*, Nicos MIDDLETON³ *PhD*, Evridiki PAPASTAVROU⁴ *RN, PhD*

¹ *PhD (c) School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Cyprus*

² *Assistant Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Cyprus and Docent, University of Turku, Finland.*

³ *Associate Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Cyprus*

⁴ *Assistant Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Cyprus*

Corresponding author

Melina Evripidou

melinaevripidou@outlook.com

+35799137406

Acknowledgement

No conflict of interest has been declared by the authors. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Keywords: *dementia, nurses, knowledge, attitudes*

Abstract

Purpose: To explore nurse's knowledge and attitudes towards the care of people with dementia.

Design and Methods: A systematic review informed by the PRISMA – P guidelines in four databases (CINAHL, PsycINFO, Pubmed, Cochrane, EMBASE) using keywords “attitudes”, “behaviors”, “dementia”, “knowledge” and “nurses”. Pre-determined inclusion criteria were selected. The review was conducted between 1st of January and 30th of December 2017.

Findings: Sixteen quantitative studies, one qualitative and two mixed methods studies were included. Nurses lack knowledge, communication skills, management strategies and confidence in the provision of dementia care. Interventional studies suggested that knowledge and attitudes improved after training programs were implemented.

Practice Implication: This review contributes to care advancement and practice development through the reinforcement of organizational support and educational opportunities for nurses.

INTRODUCTION

Across the globe, populations are aging rapidly. Considering that the percentage of people over 60 with dementia ranges between 5% and 8% (WHO 2015), caring for people with dementia is a topic that merits increased attention. Dementia has emerged as an important challenge and key priority for health systems globally, as people with dementia (PwD) can be intensive users of health services (Alzheimer's Society 2014). Almost 25% of acute hospital beds are occupied by PwD (Dementia Action Alliance 2012), and data reveals that PwD are hospitalized for more days than other patients without dementia but with similar health issues, resulting in the consumption of more nursing resources (Mukamad& Sampson 2011, CHKS 2012). These additional hospital bed-days cost between 64-80 million per year (Australian Institute of Health and Welfare 2013) suggesting that dementia care management needs to be better organized to maximize efficacy and minimize costs. Dementia care can be very challenging due to the combination of co morbidities, together with the cognitive and functional decline of patients. This creates a fusion of complex needs together with ever-increasing difficulty for the patient in articulating them. Also, there is evidence that PwD may be at risk of neglect in terms of basic care requirements, meaning that this group of patients is more vulnerable to complications and may receive less than optimal

quality of care (Bail *et al.* 2016). In spite of the significant role nurses have in caring for these patients, little is known about nurses' knowledge and attitudes towards dementia care and the problems associated regarding PwD care. Furthermore, studies revealed that structural discrimination and stigmatization of PwD occurs among health care providers (Gove *et al.* 2016, Werner *et al.* 2008), leading to unequal delivery of service between PwD and other categories of patients. Nursing care has been identified as critical for meeting PwD needs and promoting quality of care (Alzheimer's Society 2009, Thompson & Health 2011).

AIMS

Since higher levels of knowledge and the adoption of a positive attitude has been found to be associated with better patient outcomes (Shafieet *al.* 2014) this systematic literature review aims to determine the knowledge levels and attitudes among nurses with regard to dementia care. This is achieved by improving the understanding of the provision of care to PwD through synthesizing evidence from quantitative and qualitative studies. More specifically, the following research questions guided this review:

- What are the attitudes and knowledge levels among nurses relating to dementia care?
- What factors influence nurses' knowledge and attitudes relating to people with dementia?

METHOD

This systematic review, was guided by the PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses Protocols) guidelines (Shamseeret *al.* 2015), which comprises a 17-item checklist and three-phase flow diagram. The checklist includes items deemed essential for systematic review reporting (Liberatiet *al.* 2009) and was used for the critical appraisal of this systematic review.

Searching

A search strategy was developed to identify published studies describing knowledge levels and attitudes relating to dementia care among nurses. The search was conducted between the 1st of January 2016 and the 31st of March 2016 and was updated in December 2017. Five databases, (PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane, and PsycINFO) were searched using combinations of the following keywords: "nurses", "knowledge", "attitudes", "behaviors", "dementia" and "patients". The following inclusion criteria guided the search efforts to identify all the relevant studies.

Inclusion criteria

The inclusion criteria consisted of the following:

- a) publications in English
- b) a study sample comprising of nurses at any level of experience working in hospitals or community or mental health facilities and
- c) a focus on knowledge and attitudes in general as opposed to the specific aspects of dementia care. No restrictions were set for research design or year of publication. Methodological assessments of the studies were not used as inclusion or exclusion criteria.

Screening

One researcher screened the titles (M.E.) and abstracts (M.E.) based on the inclusion criteria, and any uncertainties during the screening and selection process were discussed with the remaining members of the research team (E.P, A.C, N.M.). Additionally, we contacted authors of the included studies to identify other relevant searches in the field. Studies using terms (such as skills or perceptions) synonymous with knowledge or attitudes among nurses were also included. Based on this search, 2093 relevant studies were identified for further screening. First, we read the titles, and 1773 papers were rejected due to irrelevance and duplication (n=156). Next, 164 abstracts were retrieved, and 131 were excluded because they did not meet the complete set of the inclusion criteria or were not written in English. In total, 33 full text articles were read, of which 17 were excluded due to a lack of relevance to the research topic. After the renewal of the search, three studies found to be relevant and included in the review. Finally, 19 studies were selected and included in the review (Figure 1).

Quality appraisal

To assess the clarity and comprehensiveness of reporting, the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement (STROBE) tool was used to evaluate cross-sectional studies and to limit any potential biases from including unreliable results in our literature review. The STROBE framework consists of 22 items related to the article's title and abstract, introduction, methods, results, discussion section and other information, such as funding and limitations (Elm *et al.* 2007).

One of the included studies was qualitative; thus, the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) tool was used to assess this study (Tong *et al.* 2007), which is a 32 item tool divided in three main categories for research team and reflexivity, study design, and data analysis and findings. Because one study (Bryans *et al.* 2003) was a randomized controlled trial, the JADAD scale was used to assess it (Jadad *et al.* 1996), a tool that examines three main parameters: randomization, blinding, withdrawals and loss to follow-up.

Two of the included studies used mixed method design, so the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) was used for assessment (Pluyeet *al.* 2014). It consists of 21 questions, which examine methodological quality according to the type of the study (quantitative, qualitative, randomized controlled trial, non-randomized and mixed method).

The following major strengths were identified in the quantitative studies reviewed:

- a) All described eligibility criteria, sources and methods of participant selection; and
- b) Data sources and methods of assessment were described for every variable in all studies except one.

A major weakness identified was in statistical methods. Specifically, the process of how missing data were handled was inadequately addressed in nine out of the sixteen studies. Another weakness identified in twelve studies was a failure to describe any efforts to address potential sources of bias. Additionally, nine studies did not include the dates during which the study was conducted. Of the variable criteria, six studies did not report how potential confounders were addressed. Finally, in seven studies, funding was not reported.

A major strength of the qualitative study was its description of data analysis and the presentation of its findings; however, it had some limitations in the analysis domain as the number of data coders and the coding tree were not described. Another major strength identified in the study design domain was its theoretical framework; however, under this domain, the description of its sampling methodology was lacking. The qualitative study had certain limitations related to relationship establishment under the first domain, as the study did not mention either whether a relationship was established with participants prior to its commencement or the level of knowledge participants had about the researcher. Further, interviewer characteristics were unreported. In addition, a major weakness identified was the description of study settings, as the location of data collection and the presence of nonparticipants during the collection of the data was not described. The total score of the study, according to COREQ, was 17/32, which indicates that the above mentioned items were unreported, thus explicitness and comprehensiveness of the particular study were lacking.

One study was evaluated according to JADAD assessment tool. The total score of the study was 3/5 because the blinding method was not described. This score indicates that the methodological quality and the effectiveness of blinding were inadequate.

With reference to the MMAT tool, two studies used mixed method - one of which rated 100% in total score and the second 75%. This was due to lack of representativeness of the sample

(reasons for not participations were not explained) as well as the rationale for integrating qualitative and quantitative methods.

Data synthesis

Extracted data were synthesized and findings were divided into categories. The purpose of synthesizing data was to classify how the literature addresses the research question and to identify and analyze key concepts. The emerged themes are patterns across data sets that have high significance for the depiction of a phenomenon (Daly *et al.* 1997). According to Javadiet *al.* 2016, thematic analysis reflects the reality and clarifies any misconceptions. A structured synthesis methods were used, in particular categorization of the findings, as the researchers were from various clinical, academic and research fields. In the face of that method the general epistemological stance was more aggregative than interpretive (Vrionides *et al.* 2014). The data synthesis process involved aggregation of the findings by organizing the studies according to quality rating and then categorizing them on the basis of the similarity of study findings (Joanna Briggs Institute 2015). Two authors (M.E., E.P.) extracted and summarized findings in the following four main domains: the level of nurses' knowledge about dementia, the attitudes among nurses towards dementia care, the factors associated with nurses' knowledge and attitudes and results from the intervention.

RESULTS

All of the studies were published between 1997 and 2015 and study samples included 4,274 nurses working from 3 to 25 years either in the community, mental health, residential care facilities and hospital units. Nurses' ages ranged from 22 to 60 years and most studies were conducted in Europe, (UK (n=4), Norway (n=3), and Sweden (n=1), followed by the USA (n=6), Australia (n=2), Korea (n=2) and Israel (n=1). The research topic of these studies addressed the level of knowledge and/or attitudes among nurses with reference to people with dementia (PwD). Additionally, some studies addressed the care environments, educational needs of nurses and factors associated with attitudes among nurses caring for PwD. Dementia care and community mental health nurses were identified as having received previous training in treating people with dementia

Sixteen studies were quantitative (Barett *et al.* 1997, Manthorpe *et al.* 2003, Bryans *et al.* 2003, Davinson *et al.* 2007, Fessey 2007, Jofesson *et al.* 2008, Kada *et al.* 2009, Galvin *et al.* 2010, Kang *et al.* 2011, McCaffrey *et al.* 2013, Robinson *et al.* 2014, Marx *et al.* 2014, Shinan *et al.* 2014, Palmer *et al.* 2014, Elvish *et al.* 2014, Surr *et al.* 2015), one study was qualitative (Einanget *et al.* 2011) and two studies utilized mixed methods (Kimzey *et al.* 2016, Kang *et al.* 2016). The qualitative study used content analysis to assess perspectives after implementing a training video. Among the quantitative studies, seven were interventional (Manthorpe *et al.* 2003, Davinson *et al.* 2007, Galvin *et al.* 2010, McCaffrey *et al.* 2013, Palmer *et al.* 2014, Elvish *et al.* 2014, Surr *et al.* 2015) seven were descriptive (Barett *et al.* 1997, Fessey 2007, Jofesson *et al.* 2008, Kada *et al.* 2009, Kang *et al.* 2011, Robinson *et al.* 2014, Shinan *et al.* 2014), one was a randomized controlled trial (Bryans *et al.* 2003) and one was cross-sectional (Marx *et al.* 2014).

The data in quantitative studies were collected through structured questionnaires specifically designed for the purpose of each study (Manthorpe *et al.* 2003, Davinson *et al.* 2007, Galvin *et al.* 2010, McCaffrey *et al.* 2013, Palmer *et al.* 2014, Elvish *et al.* 2014, Surr *et al.* 2015). It is interesting to notice that only two instruments were used more than once and these are the Approach to Dementia Questionnaire (ADQ) created by Lintern *et al.* 2000 and the Alzheimer Disease Knowledge Scale (ADKS) created by Carbernter *et al.* 2009. The ADQ was used by Kada *et al.* 2009, Kang *et al.* 2011 and Surr *et al.* 2015 and the ADKS was used by Marx *et al.* 2014 and Kimzey *et al.* 2016. The reliability of the ADQ was examined with a Cronbach's alpha which was 0, 59 (Kada *et al.* 2009) and 0, 83 (Linternet *et al.* 2010). As far as it concerns ADKS instrument, Cronbach's alpha was 0, 80 (Carbernter *et al.* 2009) and 0, 98 (Kimzey *et al.* 2016).

All of the studies used convenience sampling, whilst one of them used randomization (Bryans *et al.* 2003) and one used a control group (Davison *et al.* 2007). One of the studies conducted pre and posttests on the same day (Palmer *et al.* 2014), whilst another two (Davison *et al.* 2007, Galvin *et al.* 2010) conducted pre, post and three month posttests to assess knowledge and attitudes of nurses regarding dementia. The rest of the studies conducted only post intervention measures. Questionnaires to assess the impact of the interventions on knowledge and attitudes among nurse's were administered after a three-month period (Galvin *et al.* 2010, McCaffrey *et al.* 2013, Surr *et al.* 2015), a six month period (Davison *et al.* 2007) or the same day (Bryans *et al.* 2003, Manthorpe *et al.* 2003, Einanget *et al.* 2011, Elvish *et al.* 2014, Palmer *et al.* 2014). Three training programs were lecture-based, two used training videos, two used activities and slides simultaneously and one study implemented an educational workshop. Study characteristics are presented on Table 1.

Analysis of the findings

a) Nurses' (lack of) Knowledge about the care of people with dementia

This review identified significant deficit in knowledge relating to the care of PwD among nurses, and suggests that these findings have been consistent over time (Barett *et al.* 1997, Robinson *et al.* 2014, Josefsson *et al.* 2008, Galvin *et al.* 2010, Marx *et al.* 2014, Bryans *et al.* 2003, Elvish *et al.* 2014). According to Barett *et al.* 1997 only 26% of nurses had knowledge of risk factors for developing Alzheimer's disease. Nurses reported an understanding of basic knowledge regarding dementia care but little knowledge of specific techniques, such as effective communication strategies, engaging people with dementia in activities and managing patients resistant to care (Josefsson *et al.* 2008, Galvin *et al.* 2010, Marx *et al.* 2014). They also indicated the need for information regarding early recognition of dementia, management of behavioral changes (Galvin *et al.* 2010, Marx *et al.* 2014) and how to improve their skills and enhance patient safety (Josefsson *et al.* 2008, Galvin *et al.* 2010, Marx *et al.* 2014). Interestingly Marx *et al.* 2014 also found that 91, 9% of nurses (n=34) described the need for managing behaviors non-pharmacologically. Additionally, the study's findings revealed a low level of knowledge concerning the epidemiology and diagnosis of dementia, and management of coexisting behavioral and mental health problems (Bryans *et al.* 2003). One study identified the lack of knowledge relating to falls and fall injuries, which they attributed to insufficient organizational support for competence development (Josefsson *et al.* 2008). Furthermore, the lack of appropriate knowledge on caring for people with dementia appeared to negatively reflect on the nurses' behavior. For example, Marx *et al.* 2014 found that nurses reported feeling frustrated when managing the care of people with dementia. This was due to inadvertent reinforcement of unwanted behaviors by reacting to negative verbalization and not supporting positive, prosocial behaviors (Marx *et al.* 2014). Furthermore, low levels of confidence (Bryans *et al.* 2003, Elvish *et al.* 2014) were reported during nursing care that was directly related to self-rated ability to identify and manage dementia ($r=0.20, p=0.05$).

b) Attitudes of nurses toward dementia care

Nurses' negative attitudes towards the care of people with dementia were mainly associated with the symptoms and progression of dementia (e.g. more negative attitudes were correlated with advanced stage of dementia) as well as their own feelings about PwD (Robinson *et al.* 2014, Bryans *et al.* 2003, Galvin *et al.* 2008, Marx *et al.* 2014, Fessey 2007, Kada *et al.* 2009, Elvish *et al.* 2014, Shinan-Altman *et al.* 2014). For instance the memory and behavior problems that are very common in dementia (e.g. asking the same questions, aggressiveness, agitation,

hallucinations, confusion etc.) led to more negative attitudes by nurses. Nurses described their inability to manage behavioral problems associated with the disease (Bryans *et al.* 2003, Galvin *et al.* 2008, Marx *et al.* 2014) or feeling fear, anxiety (Fessey 2007, Kada *et al.* 2009, Elvish *et al.* 2014, Shinan-Altman *et al.* 2014) during their interaction with PwD.

Less hopeful attitudes were associated with negative attitudes towards dementia care (Kada *et al.* 2009). Hopeful attitude is believed as a core concept in the context of nursing care that facilitates care and contributes to the improvement of patients' wellbeing (Snyder *et al.* 2002). This focus on success is correlated with positive attitudes, thus hope and positivism are commonly regarded as equivalent terms (Sisk & Malone, 2018). In particular, Oxford English Dictionary refers to the word "hope" as a contributing factor of the broad sense of positive attitude (Simpson *et al.* 1989). Positive attitude towards people with dementia was found to be context related and training related. For example nurses working in community mental health presented positive attitudes and sufficient knowledge and skills relating to dementia care, as they believed that they were in a better position to coordinate services for people with newly recognized dementia (Manthorpe *et al.* 2003). Similarly, specialized nurses reported more positive attitudes ($p=0,04$, Kada *et al.* 2009) than those not trained in dementia care (Bryans *et al.* 2003, Manthorpe *et al.* 2003, Kada *et al.* 2009) and believed that they should be placed as managers, coordinators or educators (Kada *et al.* 2009).

c) Factors influencing knowledge and attitudes in dementia care

Inadequate education, lack of experience and large unit size were found to negatively affect care provided by nurses (Kada *et al.* 2009, Fessey 2007, Shinan-Altman *et al.*, Josefsson *et al.* 2008). Furthermore, nurses were found to face ethical dilemmas while attending to the physical needs of people with dementia, especially concerning to what extent independence, choice and dignity should be maintained (Fessey 2007). Other findings showed that nurses attributed psychological causes to Alzheimer's disease prevalence (Shinan-Altman *et al.* 2014). Additionally, poor employer financial contributions to continuing education and insufficient organizational support for competence development (Josefsson *et al.* 2008) were described as reasons of ineffective dementia care.

However, variations of the factors (e.g. age, years of experience) among nurses were supported by the evidence. Registered nurses under fifty years of age or with more than ten years of experience indicated a more hopeful attitude (Bryans *et al.* 2003), compared to nursing assistants ($p=0,02$), or nurses over the age of fifty ($p=0,01$) and less than ten years of

experience ($p=0,02$)(Kadaet *al.* 2009).Moreover, nurses over the age of fifty who indicated less hopeful attitudes provided less person centered care ($p<0,01$). In contrast nurses under the age of 40 indicated more hopeful attitudes, resulting in providing more person centered care for PwD. Although person-centered care is promoted as the golden standard in providing quality care and promoting patient satisfaction, in this context it appeared to be provided only when is the most obvious choice (Fessey 2007).

d) Interventional studies to increase nurses' knowledge and attitudes towards dementia care

Training programs were found to significantly enhance nurse's knowledge and confidence in the provision of dementia care (Kang *et al.* 2016, Galvin *et al.* 2010, McCaffrey *et al.* 2013, Elvish *et al.* 2014, Palmeret *al.* 2014, Surr *et al.*2015). Positive attitude changes were reported by nurses, as they perceived that educational programs advanced their knowledge about dementia care (Kang *et al.*2016).Training programs included presentation, videos, activities, printed handouts and observation of clinical experiences, meeting and workshops. Interventional studies found that nurses' attitudes and practices showed improvement and positive attitudinal changes were adopted (McCaffrey *et al.* 2013, Palmer *et al.* 2014, Surret *al.* 2015). Those studies indicated significant differences in attitudes prior the training program ($M=4.21$, $SD=0.29$, Surr *et al.*2015, $M=20.28$, $SD=6.67$ Davison *et al.* 2007) and 4 months ($M=4,57$, $SD=0,21$, $p<0,001$, Surret *al.* 2015) or 6 months ($M=28.83$, $SD=5.34$ $F(1, 61) =5,07$, $p<0,05$, Davison *et al.*2007) after the intervention. Additionally, nurses felt increased satisfaction in caring for PwD (Surr *et al.* 2015) because their role as nurses was informed and enriched – increasing their ability to realize the full value of patient interaction (Einang *et al.* 2011). Furthermore, after program implementation, attendees reported gains in knowledge regarding the recognition, assessment and communication with PwD (83% $n=540$) (Galvin *et al.* 2010).Participants also considered those gains to increase their contribution in improving the hospital environment, patient safety and behavioral management (Galvin *et al.* 2010). Among experienced nurses, knowledge and attitudes scores, as well as the impact of training, were lower (Galvin *et al.* 2010) than with younger nurses, although they both were found to respond to early signs of dementia and to identify potential sources of support (Manthorpe *et al.* 2003). However, the effectiveness of training programs did not extend to substantially reducing nurses' burnout or levels of challenging patient behavior (Davinson *et al.* 2007).

DISCUSSION

Nurses' Knowledge and attitudes

The review showed that knowledge about dementia care is limited in relation to management, recognition and communication strategies, and attitudes towards people with dementia have been found to be somewhat negative among nurses. This could possibly be attributed to a lack of understanding of person-centered care, an issue which is commonly identified in studies of dementia care. Person-centered care is *"an approach that instead of treating a person as a collection of symptoms and behaviors to be controlled, considers the whole person, taking into account each individual's unique qualities, abilities, interests, preferences and needs"* (Alzheimer Society 2014:22). It has been found to be an integral part of care (Greene *et al.* 2012), particularly with PwD who may not be able to verbalize their needs effectively and are more dependent and vulnerable than many other patients. For instance, Fessey, 2007, in her study found that nurses do not choose person-centered care when a patient asks for a cup of tea but they do select person centered approach if the patient is not willing to take a shower. These facts indicate that nurses choose person centered approaches depending on the situation and that nurses do not endorse this approach for all care needs.

One interesting finding of this review is that nurses working in community mental health or trained in dementia care, were found to have more favorable attitudes, while acute care nurses reported less hopeful attitudes and less awareness of person-centered care (Manthorpeet *al.*2003, Bryans *et al.* 2003, Kadaet *al.* 2009). This could be attributed to the fact that nurses with less hopeful attitudes do not have high expectations for PwD (Kadaet *al.* 2009), thus they may not enhance person centered care for them, as they do not anticipate any response.

Hope is a unidimensional construct containing a comprehensive insight that target can be achieved (Snyder *et al.*1991). Snyder *et al.*1991, found that higher hopeful attitude leads to higher probability of goal fulfillment and positive attitudes. In contrast, a lower hopeful attitude is correlated with low possibility of achievement, a focus of failure rather than success and non-favorable attitudes. Also, hope has been correlated with external help and caring (Reinkeet *al.* 2010).Community mental health nurses were also more confident in their abilities to recognize and provide advice on behavioral and psychological problems, information, co-ordination, disclosure of the diagnosis and support services to PwD (Manthorpeet *al.*2003, Bryans *et al.*2003, Kadaet *al.* 2009). This fact could be attributed to the content of education of mental health nurses and the emphasis given on dementia and the problems of the disease, as well as the experience of mental health nurses who come in close contact with PwD. Findings of this review suggest that a higher level of knowledge is correlated with higher confidence

level and positive attitudes. In addition, low levels of confidence may be associated with low levels of knowledge, as nurses having gaps in knowledge may not feel appropriately prepared to confront all possible complications in PwD.

Overall, nurses' knowledge and attitudes constitute one factor that might impact dementia patient's care. There are many other factors as well, such as staffing adequacy, nurse manager ability and leadership, work environment (Aiken *et al.* 2012), nurses carrying out non-nursing activities (Ausserhofer *et al.* 2013) or nurses' attitudes on elderly people in general (Halvorsen *et al.* 2014), despite of the presence or absence of dementia.

Factors influencing dementia care and training impact

Nurses' conceptions of their role within the context of dementia may additionally affect their attitudes. Additionally, education, age, level of communication skills, ethical dilemmas and psychological factors in the provision of care (such as fear or frustration), have been identified as potential influences on nurses' attitudes towards PwD (Fessey 2007, Kada *et al.* 2009, Elvish *et al.* 2014, Shinan-Altman *et al.* 2014).

Based on the results of this review, intervention studies have been found to be effective, considering the advancement of knowledge regarding dementia care and the positive change on nurses' attitudes. Nurses' roles were defined and enriched by interventions (Einang *et al.* 2011), and their attitudes experienced positive changes. Nurses' level of knowledge was raised, as they were enabled to respond to behavioral changes and identify early stages of dementia and potential sources of support, after the implementation of the program (Manthorpe *et al.* 2003). Additionally, nurses realized the importance of their interactions with patients and demonstrated interest in learning about dementia (Marx *et al.* 2014). The use of verbal or nonverbal communications skills could potentially facilitate better understanding of patients' needs and help nurses to apply a more individualized care and ultimately to deliver improved dementia care. Also, training programs were found to make nurses' attitudes more positive and increased nurses' satisfaction with regard to caring for older PwD.

Reported attitudes among nurses were also found to change after the implementation of educational interventions (Davison *et al.* 2007, Galvin *et al.* 2010, Palmer *et al.* 2014, Elvish *et al.* 2014, Surret *et al.* 2015). Training in dementia care is essential for nurses in order to deliver quality care and ranges from basic awareness training to more comprehensive programs (Griffiths *et al.* 2015). An important problem related to nurses' knowledge and attitudes, and a reason that makes caring for PwD unpopular, is problematic patient behavior and the

difficulties in dealing with problems associated with this. Therefore training needs to focus on behavior management, as well as communication issues, since there is a tendency among nurses to avoid patients with dementia that could be very significantly reduced after implementation of training. However, the value of some intervention studies needs to be considered with caution, since the findings apply to single studies that cannot be generalized. More research is needed in multiple studies to confirm the significance of educational programs and how they change attitudes or improve knowledge.

PwD should not be overlooked during hospitalization as they are vulnerable not only to physical problems such as urinary tract or chest infections, delirium, electrolyte disorder and pressure ulcers (Bail *et al.* 2013), but also to psychological, social and spiritual problems. The low level of knowledge and the unfavorable attitudes related to the care of PwD among nurses may result in patients not being properly assessed for falls and to extended hospital stays. Furthermore, they are at greater risk of mortality (CHKS 2012); therefore nurses need to be enabled to engage in guided and evidence-based practices with a view to correcting this. These negative outcomes can be avoided if nurses are exposed to communication skills as a part of their nursing training. Moreover, their overall confidence level will be raised as well, considering that effective communication among nurses and patients has been noted as essential for effective treatment (Martin *et al.* 2005). PwD constitute a large proportion of a hospital's population (Sampson *et al.* 2006, 2009); hence the need for training is significant as if training is implemented at an early stage of nursing education, nurses may be able to apply this advanced knowledge to later stages, including routine dementia care.

Methodological concerns

A variety of assessment tools were used for data collection and this fact reveals that a primary tool for evaluation knowledge or attitudes among nurses has yet to be decided on. This suggests that the results of the surveys might not be consistent as a range of tools were used in investigating the same variables. The lack of a single, reliable tool for assessment of knowledge and attitudes is problematic, and this review emphasized the need for the creation of such a tool or a development and refinement of an existing one, which could be used by most researchers in order to maintain the validity and consistency of results. Although the focus of this review was to explore the level of knowledge and attitudes of nurses towards dementia care, the findings are raising concerns as to the quality of care this vulnerable group of people is receiving, as PwD cannot express their needs verbally and are not able to demand for better care (Galvin *et al.* 2010).

Limitations

The studies included in this review were published in English only; studies in other languages or from varying contextual backgrounds might confirm or contradict their findings. Furthermore, nurse's perceptions in countries where surveys have yet not been conducted may vary from those seen in our selected studies. Moreover, the variety of tools used for collecting the data and the heterogeneity of outcome measures, might influence the results. The focus of the studies was on nurses' self-assessment of their own attitudes, so more objective measures, could possibly have different findings. Through the review is not revealed if low level of knowledge and non-favorable attitudes of nurses' can impact dementia care outcomes. The findings of this review must be interpreted in the light of these limitations.

CONCLUSION

The aim of the study was to explore nurses' attitudes and the level of knowledge regarding the care of PwD and it was found that nurses are lacking knowledge and their attitudes are not favorable towards dementia care. Given the fact that the population ages, and so the prevalence of age related problems such as dementia increases, the need for hospital care for these patients will continue to be considerable (Crisp 2011). Nurses' low level of knowledge and non-favorable attitudes may have a negative impact on care, patient safety, symptom management and many other issues associated with PwD. However the aforementioned studies have not investigated possible relations of lack of knowledge and negative attitudes with patient outcomes and this is a challenge for future research. Nurses need to be able to respond to patients' multidimensional needs and be aware of new approaches to care and management in the provision of dementia care. The need for training of health care workers on the care of PwD has been described as a crucial element of the Global Action Plan on the public health response to dementia 2017-2025 published by the World Health Organization. Therefore all efforts to strengthen nursing education on how to cope with a major health care problem of the near future seems to be of utmost importance.

References

Achterberg W.P., Pieper M.J.C., van Dalen-Kok A.H., de Waal M.W.M., Husebo B.S., Lautenbacher S., Kunz M., Scherder E.J.A. & Corbett A. (2013) Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging* **8**, 1471–1482.

- Aiken L., Sermeus, W., Van de Heede K., Sloane, D. et al. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*.**344**:e1717
- Alzheimer's Association (2016) *Alzheimer's disease facts and figures*. Alzheimer Association. Available at: http://www.alz.org/documents_custom/2016-Facts-and-Figures-Fact-Sheet.pdf (accessed 19 April 2016).
- Alzheimer's Society (2009) Counting the cost: Caring for people with dementia. *Emergency Nurse***17**(14), 12.
- Alzheimer's Society (2014) Fact sheet 476. Selecting a care home. Alzheimer's Society. Available at: https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=150 (accessed 19 April 2016).
- Archibald C. (2006) Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital. *Nursing standard* **20**(45), 41–45.
- Ausserhofer D., Zander B., Busse R., Schubert M., De Geest S., Rafferty A., Ball J., Scott A., Kinnunen J. et al. (2014) Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf***23**, 126–135.
- Australian Institute of Health and Welfare (2013) Dementia care in hospitals costs and strategies. Australian Institute of Health and Welfare. Available at: https://www.alz.org/documents/westvirginia/australian_report.pdf (accessed 17 April 2016).
- Bail K., Berry H., Grealish L., Draper B., Karmel R., Gibson D. & Peut A. (2013) Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia, and delirium in hospitalized dementia patients: Retrospective cohort study. *BMJ Open***3**(6), e002770.
- Barrett J.J., Haley W.E., Harrell L.E. & Powers R.E. (1997) Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders***11**(2), 99–106.
- Brody H., Draper B. & Low L.-F. (2003) Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* **44**(6), 583–590.

- Bryans M., Keady J., Turner S., Wilcock J., Downs M. & Illiffe S. (2003) An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing* **12**(17), 1029–1037.
- Buchanan A., Davies A. & Geerling J. (2014) Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing* **20**(3), 126–129.
- Carbernter B., Balsis S., Otilingam P., Hanson P., Gatz M. (2009) The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *Gerontologist* **49** (2), 236–247.
- Casey D. (2007) Nurse's perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing* **16**(6), 1039–1049.
- CHKS (2012) An economic analysis of the excess cost for acute care for patients with dementia. CHKS. Available at: http://www.chks.co.uk/userfiles/files/Dementia_an_economic_analysis.pdf (accessed 12 April 2016).
- Closs S., Barr B. & Briggs M. (2004) Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *British Journal of General Practice* **54**(509), 919–921.
- Cole D. (2012) Optimizing nutrition for older people with dementia. *Nursing Standard* **26**(20), 41–48.
- Crisp H. (2011) Spotlight on Dementia Care. Health Foundation, London.
- Daly J., Kellehear A., Gliksman M. (1997). The public health researcher: A methodological approach. Melbourne, Australia: Oxford University Press. pp. 611–618.
- Davison T.E., McCabe M.P., Visser S., Hudgson C., Buchanan G. & George K. (2007) Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **22**(9), 868–873.
- Dementia Action Alliance NHS. (2012) The right care: Creating dementia friendly hospitals. Dementia Action Alliance NHS. Available at: http://www.institute.nhs.uk/qipp/calls_to_action/the_right_care_call_to_action.html (accessed 3 April 2016).
- EinangAlnes R., Kirkevold M. & Skovdahl K. (2011) Insights gained through MarteMeo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing* **6**(2), 123–132.
- Elm E., Altman D.G., Egger M., Pocock S.J., Gøtzsche P.C. & Vandenbroucke J.P. (2007) The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bulletin of the World Health Organization* **85**(11), 867–872.

- Elvish R., Burrow S., Cawley R., Harney K., Graham P., Pilling M., Gregory J., Roach P., Fossey J. & Keady J. (2014) 'Getting to know me': the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health***18**(4), 481–488.
- Fessey V. (2007) Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. *Nursing Older People***19**(10), 29–33.
- Galvin J.E., Kuntemeier B., Al-Hammadi N., Germino J., Murphy-White M. & McGillick J. (2010) "Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders***24**(4), 372–379.
- Gove D., Downs M., Vernooij-Dassen M., Small N. (2016) Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging Mental Health***20** (4), 391-400.
- Greene S., Tuzzio L., Cherkin D. (2012) A framework for making patient-centered care front and center. *Per J***16** (3),49-53.
- Griffiths P., Bridges J., Sheldon H. & Thompson R. (2015) The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* **24**(9–10), 1394–1405.
- Halvorsen K., Sletteb A., Nortvedt P., Brinchmann B.S (2008) Priority dilemmas in dialysis – The impact of old age. *Journal of Medical Ethics*.**34**, 585-589.
- Hogg M. & Vaughan G. (2005) *Social Psychology*. Prentice Hall.
- Husebo B.S., Strand L.I., Moe-Nilssen R., BorgeHusebo S., Aarsland D. & Ljunggren A.E. (2008) Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association***9**(6), 427–433.
- Jadad A.R., Moore R.A., Carroll D., Jenkinson C., Reynolds D.J.M., Gavaghan D.J. & McQuay H.J. (1996) Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials***17**(1), 1–12.
- Javadi M., Zarea K. (2016) Understanding Thematic Analysis and its Pitfall. *Journal of Client Care* **1** (1), 33-39.
- Joanna Briggs Institute (2015) Systematic Review Resource Package. Available at: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf.
- Josefsson K., Sonde L. & Wahlin T.-B.R (2008) Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies***45**(3), 428–441.
- Kada S., Nygaard H.A., Mukesh B.N. & Geitung J.T. (2009) Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *Journal of Clinical Nursing***18**(16), 2383–2392.

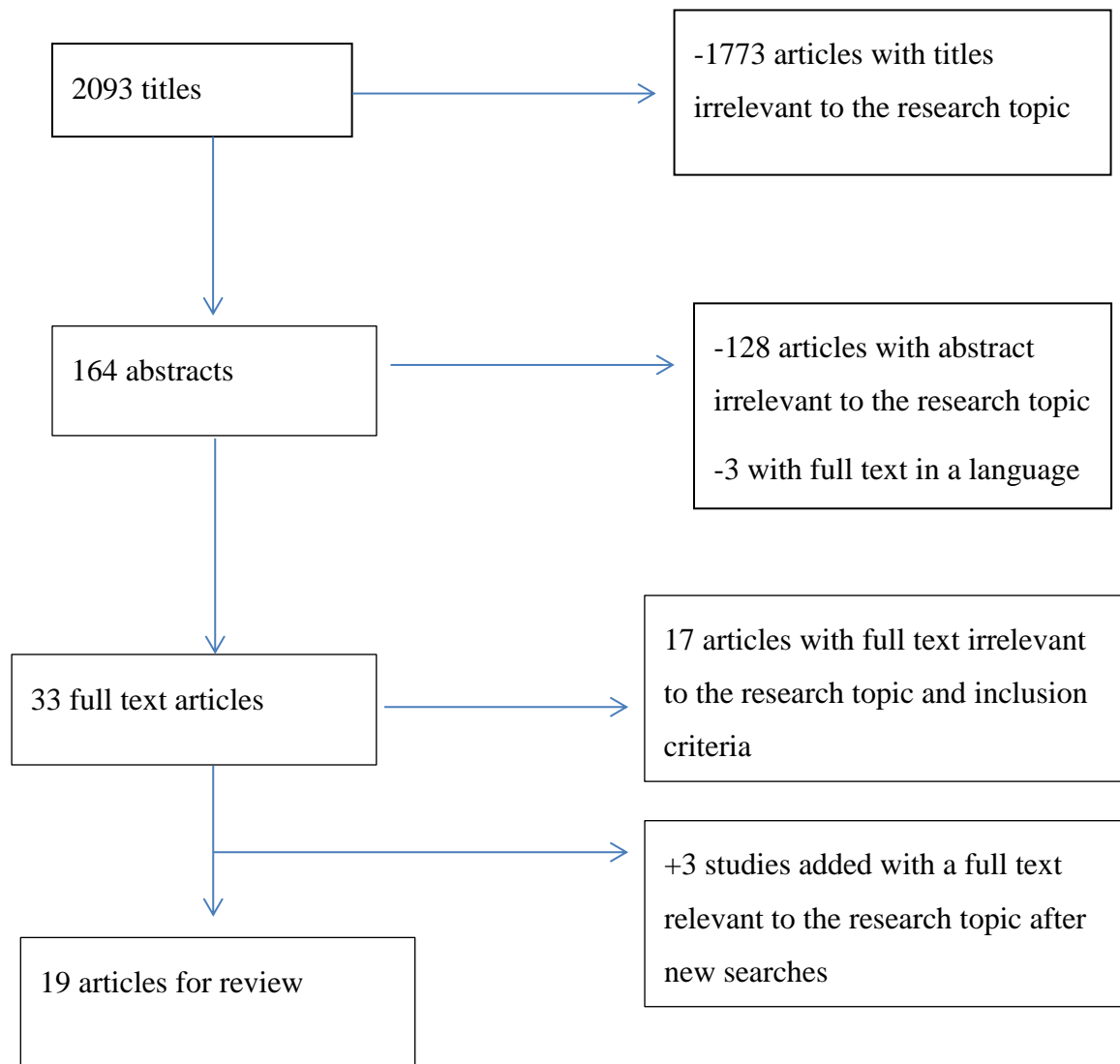
- Kang Y., Moyle W., Venturato L. (2011) Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing* **6** (2), 143-152.
- Kang Y., Moyle W., Cooke M., O'Dwyer S. (2016) An educational programme to improve acute care nurses' knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of caring Sciences*.
- Kemppainen V., Tossavainen K. & Turunen H. (2013) Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International* **28**(4), 490–501.
- Kimzey M., Matel-Smith B., Alfred D. (2016) The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. *Nurse Education Today*. **46**, 57-63.
- Kuske B., Hanns S., Luck T., Angermeyer M.C., Behrens J. & Riedel-Heller S.G. (2007) Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *IPG* **19**(05), 818–841.
- Kovach CR., Krejci JW. (1998) Facilitating change in dementia care. *Journal of Nursing Administration* **28**, 17-27.
- Liberati A., Altman D.G., Tetzlaff J., Mulrow C., Gotzsche P.C., Ioannidis J.P.A., Clarke M., Devereaux P.J., Kleijnen J. & Moher D. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* **339**(jul21 1), b2700-b2700.
- Lintern T., Woods R.T., Phair L. (2000) Before and after training: a case study of intervention. *J Dementia Care* (January/February), 15-17.
- Maben J. Morrow E., Ball J., Robert G. & Griffiths P. (2012) *High Quality Care Metrics for Nursing*. National Nursing Research Unit, King's College, London.
- Manichander T. (2015) *Education as a Field of Knowledge. Emerging issues in education*. Laxmi Book Publication, India. p. 1
- Manthorpe J., Iliffe S. & Eden A. (2003) Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing* **44**(2), 183–191.
- Martin R., Williams J., Hadjistavropoulos T., Hadjistavropoulos H.D. & MacLean M. (2005) A qualitative investigation of seniors' and caregivers' views on pain assessment and management. *Canadian Journal of Nursing Research* **37**(2), 142–164.
- Marx K.A., Stanley I.H., Van Haitsma K., Moody J., Alonzi D., Hansen B.R. & Gitlin L.N. (2014) Knowing versus doing: Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing* **40**(12), 26–34.

- McCaffrey R., Tappen R.M., Lichtstein D.M. & Friedland M. (2013) Interprofessional education in community-based Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *Journal of Interprofessional Care* **27**(6), 1356–1820.
- Mukamad N. & Sampson E.L. (2011) A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *International Psychogeriatric* **23**(03), 344–355.
- Neale R., Brayne C. & Johnston A. (2001) Cognition and survival: an exploration in a large multicenter study of the population aged 65 years and over. *International Journal of Epidemiology* **30**(6), 1383–1388.
- Norbergh K.-G., Helin Y., Dahl A., Hellzén O. & Asplund K. (2006) Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nursing Ethics* **13**(3), 264–274.
- OECD (2015) Addressing Dementia: The OECD Response. OECD. Available at: <http://www.oecd.org/sti/dementia-brochure-2013.pdf> (accessed 3 February 2016).
- Palmer J.L., Lach H.W., McGillick J., Murphy-White M., Carroll M.B. & Armstrong J.L. (2014) The dementia friendly hospital initiative education program for acute care nurses and staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing* **45**(9), 416–424.
- Pluye P., Hong Q.N. (2014) Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health* **35**, 29–45.
- Price B. (2006) Exploring person-centred care. *Nursing Standard* **20**(50), 49–56.
- Prince M., Bryce R., Albanese E., Wimo A., Ribeiro W., Ferri C. (2013) The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's and Dementia* **9** (1), 63-75.
- Reinke L., Shannon S., Engelberg R., Young J., Randall Curtis J. (2010) Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *J Pain Symptom Manage* **39** (6), 982-992.
- Reynolds K.S., Hanson L.C., DeVellis R.F., Henderson M. & Steinhauser K.E. (2008) Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management* **35**(4), 388–396.
- Richardson B., Kitchen G., Livingston G. (2002) The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Aging* **31**, 335-341.
- Robinson A., Eccleston C., Annear M., Elliott K.E., Andrews S., Stirling C., Ashby M., Donohue C., Banks S., Toye C. & McInerney F. (2014) Who knows, who cares? Dementia knowledge

- among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of Palliative Care* **30**(3), 158–165.
- Royal College of Nursing (2010) *Improving Quality of Care for People with Dementia in General Hospitals*. Royal College of Nursing, London.
- Sampson E.L. (2006) Differences in care received by and without dementia who died during acute hospital admission: a retrospective case note study. *Age and Ageing* **35**(2), 187–189.
- Sampson E.L., Blanchard M.R., Jones L., Tookman A. & King M. (2009) Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry* **195**(1), 61–66.
- Shafie E., Baratimarnani A., Goharinezhad S., Kalhor R. & Azmal M. (2014) Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* **28**, 135.
- Shamseer .L, Moher D., Clarke M., Ghersi D., Liberati A., Petticrew M., Shekelle P., Stewart L., PRISMA-P Group. (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. **2**, 349 (jan02 1): g7647.
- Shinan-Altman S., Werner P. & Cohen M. (2014) Social workers' and nurses' illness representations about Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* **28**(1), 73–78.
- Simpson, J. A., Weiner, E. S. C., & Oxford University Press. (1989). *The Oxford English Dictionary*. Oxford: Clarendon Press.
- Sisk BA., Malone JR. (2018) Hope, Optimism and Communication. *JAMA Pediatric*. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.4536.
- Snyder C., Harris C., Anderson J. (1991) The Will and the Ways : Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of personally and social psychology* **60** (4), 570-585.
- Snyder C. R., Rand K. L., & Sigmon D. R. (2002) Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257–276). New York: Oxford University Press.
- Spector A., Orrell M. & Goyder J. (2013) A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews* **12**(1), 354–364.

- Sullivan K., O'Connor F. (2001) Providing education about Alzheimers' disease. *Aging Mental Health***5**, 5-13.
- Surr C.A., Smith S.J., Crossland J. & Robins J. (2015) Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: a repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies***53**, 144–151.
- Thompson C. & Health H. (2011) *Commitment to the Care of People with Dementia in Hospital Settings*. RCN, London.
- Tong A., Sainsbury P. & Craig J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care***19**(6), 349–357.
- Vryonides S., Papastavrou E., Charalambous A., Andreou P. & Merkouris A. (2014) The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics***22**(8), 881–900.
- Werner P., Heinik J. (2008) Stigma by association and Alzheimer's' disease. *Aging Mental Health* **12** (1), 92-99.
- WHO (2015) Dementia Fact Sheet No 362. WHO. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> (accessed 23 March 2016)
- Zimmerman S., Williams C.S., Reed P.S., Boustani M., Preisser J.S., Heck E. & Sloane P.D. (2005) Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with Dementia. *The Gerontologist***45**(Suppl 1), 96–105.

Figure 1. Flow diagram for identifying and selection of the studies of the review



Author, year, country	Aim	Research design	Instruments	Sample and size (+characteristics)	Type and description of intervention	Analysis method	Outcomes
Robinson A, et al, 2014, Australia	To assess the level of knowledge about dementia	Descriptive	Dementia Knowledge Assessment Tool	279 nurses and care workers in residential aged facilities 164 caregivers Convenience sample		ANOVA Chi-square Spearman's rank-order correlation	Dementia knowledge deficits among formal carers and family cohort. Findings also indicate problems among all level of aged care staff and resident's family members in dementia's life-limiting nature and the onset of physical symptoms associated with its progression.
Marx A, et al 2014, USA	To assess the level of knowledge, educational needs and the care environment.	Cross-sectional	1. A modification of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale 2. A questionnaire included 11 <i>yes/no</i> items on perceptions of educational needs. 3. Nurses were asked to rate their confidence in care provision.	39 nurses working in a chronic care hospital unit. Convenience sample		t-tests mean, standard deviation and range	Nurses indicated a need for more information and skills, specifically for managing behaviors non-pharmacologically, enhancing patient safety, coping with care challenges, and involving patients in activities. Although most staff believed their care contributed a great deal to patient well-being, approximately 75% reported frustration and being overwhelmed by dementia care. There is fundamental knowledge but lack on techniques.
Kang et al, 2011, Korea	To describe nurses' attitudes towards people with dementia in acute care settings	Descriptive	Attitudes toward the Elderly with Dementia (AED) Approaches to Dementia Questionnaire (ADQ)	100 registered nurses working in acute care settings of 2 hospitals		t-test, ANOVA, Levene's test	Moderately positive attitudes towards older people with dementia in the acute care setting were found. Two-thirds of the nurse participants (n = 65, 65.7%) working in medical wards demonstrated significantly more positive attitudes than those working in surgical wards (n = 34, 34.3%). Demographics including years of experience in the current unit and in the service,

							and nurses' position did not correlate significantly with their attitudes .The environment, work routine and technology may influence the likelihood of negative attitude towards people with dementia.
Kada S, 2009, Norway	To explore the attitudes of staff caring for institutionalized dementia residents	Descriptive	The Approach to Dementia Questionnaire	291 (a mixture of nurses), working in 14 nursing homes and 1 geriatric ward Convenience sample		ANOVA	Nursing assistants, staff over 50 years and staff who had less than 10 years of experience had lower hope attitude. Also staff over 50 years had lower person-centered attitude, compared with their counterparts under the age of 40. Nurses with specialized training in geriatrics, psychiatry or dementia care had significantly higher hope attitudes, compared with nurses without any special training. Education, age, experience and the size of the unit affect nurse's attitudes.
Fessey V, 2007, UK	To explore knowledge, understanding and implications for care of nurses working with demented patients	Descriptive	Kitwood's 'malignant social psychology' and 'person-centered approach'	87 nurses working in general hospitals wards Convenience sample		Descriptive Statistic	Nurses have some knowledge and ability in delivering person-centered care, but that this is usually only evident where person-centered care is a clear option. When it is a less obvious choice, some dilemmas are raised. Issues of trying to maintain independence, choice and dignity while attending to physical care needs and managing the care needs of others were highlighted by the nurses as effective standards to strive for, and these are aspects of person-centered dementia care.
Barrett J, et al, 1997, USA	To investigate level of knowledge about	Descriptive	A 12-item scale with psychometric	693 (experts in AD, nurses, primary care physicians,		One way analysis	Generalist health care professionals showed important deficits in fundamental knowledge

	Alzheimer disease (AD)		properties was developed- UAB Alzheimer's Disease Knowledge Test For Health Professionals	social workers, psychologists, nursing students) convenience sample		Chi-square	about AD. Although knowledge about assessment and management of AD has increased and has been widely disseminated, many health care professionals remain uninformed about AD.
Shinan S, et al 2014, Israil	To examine and compare Alzheimer disease illness representations among 2 main professional groups involved in the care of Alzheimer patients.	Descriptive-comparative	The sample was asked to report their cognitive and emotional representations using the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	327 nurses and social workers (122 social workers and 205 nurses from 5 medical centers and nursing homes) Convenience sample		t-test chi-square means, SD, percentages	Nurses attributed psychological reasons to AD more than the social workers. Nevertheless, social workers perceived AD as more chronic with severe consequences compared with the nurses. Despite some resemblance, there were differences between the social workers and nurses regarding AD illness representations.
Jofesson K, et al, 2008, Sweden	To describe registered nurses perceptions of needs and possibilities for competence development.	Non-experimental , descriptive	A structured questionnaire that was specifically designed for this study.	213 nurses (95 worked in dementia care, 118 in general elder care)		Chi-square Man-Whitney U-test	Nurses were on average not lacking or were hardly lacking knowledge in examined domains. Nurses in geriatric care lacked knowledge of dementia, falls, and fall injuries to a greater extent than registered nurses in dementia care. Most registered nurses requested a better organization for competence development, especially in geriatric care. The employers' financial contribution to registered nurse's continuing education was poor.
Kimzey M et al, 2016, USA	To determine the effect of different educational experiences and attitudes on nursing students' knowledge and attitudes toward people with	A convergent mixed method design. A three group (pretest-posttest)	1.Alzheimer's disease Knowledge Scale 2.Dementia Attitude Scale	Convenience sample of 94 senior level nursing students enrolled in the undergraduate nursing program's Community Health course.	-Alzheimer's disease clinical experience - Online learning module	Mixed ANOVA Content analysis	The Alzheimer's disease clinical group experienced increased knowledge and improved attitudes toward people with Alzheimer's disease compared with students who completed the online module or had no dementia-specific intervention. Four themes emerged from focus group data: Basic Alzheimer's disease knowledge, need for Alzheimer's disease experiential learning,

	Alzheimer's.	design and a focus group.					negative feelings related to behaviors, and appropriate responses to behavioral and psychological symptoms of dementia.
Kang M et al, 2016, Korea	To evaluate the effect of an educational program on nurses' knowledge and attitudes of older adults with cognitive impairment	Mixed-methods study that included a single group, pre-post design and interview	Knowledge of cognitive impairment was measured using five case vignettes. Each vignette has five multiple-choice questions and four open-ended questions.	Purposive sample of 12 registered nurses participated in interviews.	Workshops (patient scenarios, role-playing, discussion, lectures, self-directed study) and support sessions	Wilcoxon signed-rank tests and McNemar tests Content analysis	The educational programme had a positive impact on nurses' knowledge of cognitive impairment and attitudes towards older adults. The qualitative data indicated that the educational programme improved nurses' knowledge of cognitive impairment and their attitudes towards older adults with cognitive impairment. It also increased nurses' initial efforts to involve family caregivers in cognitive impairment care.
Surr A, et al, 2015, UK	To evaluate the efficacy of a training program for nurses regarding attitudes, satisfaction and feelings of caring efficacy, in dementia care.	Repeated measures design. Intervention.	1. Person-centered Care Training for Acute Hospitals (PCTAH) program 2. Approaches to Dementia Questionnaire (ADQ) 3. Staff Experiences of Working with Demented Residents questionnaire (SEWDR) 4. Caring Efficiency Scale (CES)	40 acute hospital staff Convenience sample	3.5 days training program, comprised of two levels, Foundation (0.5 day) and Intermediate (3 days), delivered over a 3-4 months period.	ANOVA	The training program was effective in producing a significant positive change. Training acute hospital staff is effective in producing significant improvements in attitudes towards and satisfaction in caring for people with dementia and feelings of caring efficacy.
Palmer J, et al, 2014, USA	To investigate level of knowledge about dementia.	Intervention study	1. A 20 item 5-point Likert scale measuring attitudes, practices and	355 participants who 221 were nurses from 5 different hospitals Convenience sample	The all-day DFHI program consists of 5 modules of didactic content, slides, videos, learning activities,	t-tests ANOVA	Changes in participant's attitudes and practices, confidence, and knowledge were evaluated. Scores indicated significant improvement on the posttest

			<p>confidence for care of patients with dementia</p> <p>3. A final set of 7 knowledge about AD and care issues</p> <p>4. Open-ended questions to explore further needs and challenges in working with these patients. A pre-test and a post-test were completed for the program.</p>		and handouts.		
Elvish R, et al, 2014, UK	To report on the development and evaluation of the "Getting to Know Me" training program. Also, to measure knowledge and confidence in dementia care.	Intervention	<p>1. Confidence in Dementia (COED)</p> <p>2. Knowledge in Dementia (KIDE)</p>	72 registered nurses, working in a general hospital	6-hour training program included 4 sessions each of 45-90 minutes duration.	t-tests mean, standard deviation and range, 95% confidence interval	The program was well received and had a significant impact on staff knowledge and confidence. Before the implementation of the program staff indicated low level of confidence, which eventually increased. Also, staff revealed that they had no prior training in dementia care and during the program they suggest that focusing on knowledge about communication and management of dementia is of great importance.
McCaffrey R, et al, 2013, USA	To create inter-professional group for the diagnosis and treatment of dementia	A two-group treatment/control pretest posttest design was used.	<p>1. True-false, multiple choice tests and semantic differential scale.</p> <p>2. Attitudes Toward Interdisciplinary Teams Scale and Attitudes Toward Collaboration Scale</p>	162 (80 medical students in their second year, 82 nurse students) Convenience sample	A 15-week semester: Observation of: nurse practitioner-conducted memory oriented history, physical and neuropsychological examination. Participation in a diagnostic impression meeting with the patient	Descriptive Statistic	Findings from this Interprofessional program demonstrated that nurse practitioner students gained higher levels of knowledge regarding AD, and medical students gained more positive attitudes toward these patients and their caregivers. Comments from students indicated that both medical and nursing students found the experience valuable

					and a family member, to a caregiver support group meeting and in the activities and care provided to participants in the early-stage day center.		
Einang A, et al, 2011, Norway	To assess the level of knowledge after watching a training video	Descriptive-qualitative. interviews and focus group	Training video based on MarteMeo principles, in four dementia specific care units.	26 registered nurses, enrolled nurses and nurse aids	The staff received MMC from a trained therapist seven times (1.5-hour sessions each time) during a two months period. Each counseling session was based on a short videotape, lasting five to ten minutes.	Content analysis.	Nurses gained new knowledge, inform and enrich their nurse role and raise their abilities as their usefulness was determined and realized their interaction to patients.
Galvin J, et al, 2010, USA	To evaluate a training program about knowledge in dementia.	Intervention	1. 6 questions regarding current practices and attitudes 2. 5 questions about confidence in assessing, recognition, management, differentiating delirium from dementia 3. A 9-item multiple choice knowledge test.	540 individuals at 4 community hospitals Convenience sample	Program lasted 7 hours and consisted of 5 modules (Introduction, Medical Overview, Approaches to Communication and Behavior, Dementia Friendly Care, Connecting the Caregiver). Pretest and a 120-day posttest were performed.	Paired sample t-tests, Chi-square tests and one-way ANOVA	Significant gains in knowledge and confidence in recognizing, assessing, and managing dementia. Also attendees report gains in communication skills and strategies to improve the hospital environment, patient safety, and behavioral management. In the hospital that demonstrated lower knowledge and confidence scores, the sample was older and had more nurses and more years in practice.
Davison E, et al, 2007,	To evaluate the impact of a training	Intervention	1. Maslach Burnout Inventory,	29 nurses and 35 residents received training plus peer	1. Dementia training program that consisted of	ANCOVA	Staff members in both dementia training groups reported improved attitudes regarding their

Australia	program for aged care staff in managing dementia-related challenging behaviors.		2. Self-Efficacy of Dementia Care 3. The Scale of Nursing Performance 4. Cohen-Mansfield Agitation Inventory	support, 35 nurses and 46 residents received training only, 26 nurses and 32 residents participated in the control group.	eight sessions of 60–90 min duration, which was delivered using a combination of didactic and experiential learning. 2. Peer support program.		knowledge and skills in managing residents with challenging behaviors, immediately after the training and six months later. Facility supervisors rated the nursing performance of trained staff more positively, particularly those who participated in a peer support group. The dementia training programs, whether with or without the inclusion of peer support, did not impact on levels of staff burnout or substantially reduce the level of challenging behaviors among aged care residents.
Bryans M, et al, 2003, UK	To investigate knowledge, attitudes and confidence among nurses to the diagnosis and ongoing management of dementia	intervention	Baseline knowledge and confidence and perceived difficulties in dementia care management and attitudes.	78 nurses (district nurses, health visitors, practice nurses and community staff nurses). Convenience sample		Means, percentages Correlation r	Low levels of knowledge about epidemiology and diagnosis, but slightly higher levels about management strategies. Self-reported ratings of confidence were also low and were directly related to ratings of difficulty in identifying dementia and dealing with coexisting behavioral and mental health problems. Lower scores on all domains were recorded for practice nurses than for district nurses or health visitors.
Manthorpe J, et al, 2003, UK	To explore whether community mental health nurses (CMHNs), community nurses (CNs) and practice nurses (PNs) have different perspectives on early diagnosis of dementia	Intervention-comparative	1. Questionnaire derived from Stirling Dementia Service Development Centre about clinical role, experience, knowledge, caseload, epidemiological and confidence in recognizing the dementias and perceived difficulties	268 nurses (79 CMHNs), 153 (CNs), 35 PNs)	1-day educational workshops on recognition of and response to dementia	Confidence intervals 95%	Differences in knowledge, experience and confidence between the three nurse groups. Community mental health nurses (CMHNs) were more confident in their abilities to recognize dementia and found providing support less difficult than clinical nurses (CNs) and practical nurses (PNs). CMHNs considered that they were best placed to co-ordinate services for people with newly recognized dementia. CNs and PNs, however, reported experience of working with people with dementia and many appeared able to respond to early signs and to identify potential

			<p>in providing care for people with dementia.</p> <p>2. Confidence and difficulty were assessed using a 10-point scale</p>				sources of support.
--	--	--	---	--	--	--	---------------------

Table 1. Characteristics of the quantitative studies reviewed.

Παράρτημα 9. Δημοσιεύσεις

Implementation of a training program to increase knowledge, improve attitudes and reduce nursing care omissions towards patients with dementia in hospital settings: a mixed method study protocol.

Melina EVRIPIDOU¹*RN PhD(c)*, Anastasios MERKOURIS², *RN, PhD*, Andreas CHARALAMBOUS³*RN, PhD*, Evridiki PAPASTAVROU⁴, *RN, PhD*

¹ *PhD (c) School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus*

² *Associate Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus*

³ *Associate Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus and Docent, University of Turku, Finland.*

⁴ *Associate Professor, PhD School of Health Sciences, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus*

Corresponding author

Melina Evripidou

melinaevripidou@outlook.com

38 Themistokli Street, Omonoia, 3050, Limassol

+35799137406

Keywords: *nurses, dementia, knowledge, attitudes, care*

ABSTRACT

Introduction: There is evidence showing that when nurses have to allocate their time because of a lack of resources, older patients and especially those with dementia have a secondary care priority. The purpose of this study is to advance the level of knowledge, promote positive attitudes of nurses and reduce care deficits towards PwD through the implementation of a training program. The program will be enriched by an observational study of the care of patients with dementia to identify areas of missed care.

Method and analysis: This study will follow a mixed methodology consisting of three stages; 1) evaluation of the level of nurses' knowledge and attitudes towards dementia care through the use of structured questionnaires, 2) observational study to evaluate nursing care in hospital settings, in order to detect any missed care, 3) quasi-experimental study, with a before and after design, through the implementation of the training program in order to increase nurses' knowledge, improve attitudes and consequently to promote care for patients with dementia. The data will be analyzed with descriptive and inferential statistics with the use of the SPSS 24.0 and with content analysis as regards to the observational data.

Ethics and dissemination: The protocol was approved by the National Bioethics committee and other local committees (EEBK: 2018.01.02). The participants will give their informed consent and the anonymity and confidentiality. Also, the protection of data will be respected. The results of the study will be disseminated in peer-reviewed international journals and conferences. If the intervention is successful, the training package will be given to the Continuous education unit of the National Professional Association in order to be used on a regular basis.

Article summary

Strengths of the study

- The main strength of the study lies in the fact that missed care that is mainly measured through self-reporting instruments, will be detected through observation, increasing the innovation of the methodological approach of the problem.
- The educational intervention will not only focus on dementia knowledge deficiency, but it will also address specific areas of missed care for patients with dementia.

Limitations of the study

- The intervention will last for only one day and it is not certain that the effects will last for a long time, meaning that there will be a need to repeat educational interventions at a later stage.
- The study is going to be conducted only in three wards of the hospital, although nursing care settings are differential in other wards.
- During the second phase of the study the total number of nurses per ward may be affected by sick leaves or training leaves and this might influence normal nursing care procedures.

INTRODUCTION

People with dementia (PwD) occupy 25% of hospital beds [1] and this number is expected to triple by 2050, considering the rapid epidemiological increment of the disease [2]. This group of patients is characterized by cognitive impairment placing them in an unfavorable position to demand the best possible care like other patients [3]. Consequently they might be in great danger of neglect. The increase in life expectancy associated with the multidimensional problem of dementia, inevitably leads to the need to investigate this topic. WHO 2017 [2], has highlighted the importance of the problem about dementia care in a global action plan on the public health response to dementia and set as a target 75% of countries to develop national policies, plans, policies either embedded with existing policies either independent until 2025 [2].

Studies have indicated that nurses have negative attitudes [4-6] and low level of knowledge towards dementia care [7-10]. This fact leads to the assumption that those patients are in danger of care omissions. Nurses have a key role for the improvement of quality of care as they are the ones who have the most contact and time with the patients. The acquisition of a high level of knowledge and positive attitudes will upgrade nursing ethics especially compassion, cognitive and emotional empathy for PwD among nurses, resulting in the promotion of quality of care. A significant part of the WHO global plan is training health providers concerning the special needs and management of care for PwD. For the accomplishment of this target [2], WHO recommends the development of training programs for all health professional and the encouragement to adopt positive attitudes. Promoting understanding and training will help to reinforce health care and improve social results, mainly quality of life for PwD and their carers, even the wider society leading to better living experience and settings for those people.

PwD are more vulnerable to care omissions than older people, as due to their cognitive impairment they cannot react or demand better quality of care. They are often marginalized and endangered from mistakes, omissions or even mistreatment, in relation with other groups of patients. This fact is attributed to the multidimensional nature, the memory and behavior problems, the comorbidities and the complexity of care as well as with the associated management problems. As a vulnerable group of people, PwD are in danger for abuse or neglect. The concept of "vulnerability" is defined as the reduced

ability of an individual or group to predict, cope, resist and recover from the effects of natural or man-made risks [11]. The concept is relative and dynamic in both directions.

During 2009, non-deliberate injury was the 7th cause associated with mistreatment of 65+ people [12,13]. According to the [14], the concept of "mistreatment" in the elderly is defined as *"the only or repetitive act, or the lack of appropriate action, arising in any relationship where there is the expectation of confidence harm or risk to the elderly person"*. Several studies have shown that the older people are at greater risk of neglect and the problem is more complicated by taking into account the level of co-morbidity and potential risk [15-18]. A study [19], has shown that chronic cases and the elderly, who had no apparent and immediate effects from the treatment, were often marginalized by health professionals. This focus on medical objectivity and impartiality is clearly rational and legitimate, but the consequences may be undesirable.

Highlighting the ethical perspective of missed nursing care it seems that this phenomenon undermines the violation of fundamental human rights. People over the age of 65 with cognitive decline are often overlooked in their lived experienced and the preservation of human rights [3]. In fact, people with "silent minds" are deprived of their liberty by denying civil and political rights to society or even during hospitalization. For PwD more emphasis is given on providing basic care and supervision rather than integrating them into the wider community, so the human rights of those individuals are marginalized [20]. In addition, the political controversy over the human rights of PwD focuses on the right to respect and dignity [21], ignoring the fundamental rights of freedom and decision-making [20].

In nursing the topic of missed care, although it has been proven to exist since 2009 [22,23], is hardly acknowledged or discussed. The problem has recently brought up in the nursing scientific agenda through a European project[24] (http://www.cost.eu/COST_Actions/ca/CA15208) that aims to bring together scholars, practitioners and stakeholders to develop a responsive research agenda that identifies challenges and innovative cost-effective and patient-centered solutions associated with missed care. The project will also enable research and policy synergies by drawing out the implications of missed nursing care across countries and identify innovative delivery models and strategies with an overall aim to address patient needs. This study is part of the project.

There are also some studies that brought evidence of care omissions and that nurses do not provide all the necessary care to patients [22-26]. The main reasons for that phenomenon were lack of resources and time, so nurses prioritize care, leading to some processes to be delayed [22] or undone [27], or not completed [28, 29], or not delivered according to quality protocol standards [30]. It has been demonstrated that missed nursing care is an international and important phenomenon, which might take place more frequently, due to the fact that nurses are in continuous interactions with patients and they are called to respond in the whole spectrum of patients' needs, in an extremely complex environment, taking multiple tasks at the same time. Although in the context of care impartiality is necessary, in exceptional circumstances a patient might be prioritized [31].

Two systematic reviews on missed nursing care [28, 32], have shown that communication, dental health, education, documentation, mobilization, supervision, update of care plan, personal care, the medication, preparation for discharge [28,33-39], and psychological support [27] were the most frequent omissions by nurses. These studies have not indicated if missed nursing care was correlated with a specific group of patients. A study [40] revealed that nurses prioritize care in the basis of age or mental impairment of the patient, resulting in discrimination of care for older people, as they come last, during prioritization process. Many studies have associated the quality of care and missed nursing care [19, 36, 41-44]. In addition patient safety, falls, immobility, dyspnea, incontinence [23, 42, 45, 46], pneumonia, urine infection, delirium [26, 27,47] and in hospital infections [27,42,46] have been proven as an impact of the phenomenon on patients.

A systematic review [48] has identified the reasons for the low level of knowledge and negative attitudes and the beneficial action of intervention programs to nurses. The main objectives of the study are to reveal the level of knowledge and attitudes of nurses towards PwD and to detect if any nursing care is missed. Last objective, is the establishment of a qualified program, which will improve the quality of care, provided to PwD.

METHOD AND ANALYSIS

Aim

This study aims to advance the level of knowledge, promote positive attitudes of nurses and reduce care deficits towards PwD through the implementation of a training program.

Specifically the aims are:

1. To explore the level of knowledge and nurses' attitudes towards the care of PwD.
2. To explore the care and care deficits of PwD, aiming to get more information about nurses' knowledge and attitudes, so as to strengthen the training program.
3. To implement a training program, in order to increase knowledge, improve attitudes and reduce missed care for patients with dementia

Design

This study is a mixed method study, consisting of three stages. Firstly, a descriptive study will take place, to evaluate the level of knowledge and attitudes of all acute hospital nurses, through the use of structured questionnaires. Secondly, an observation study will be held in order to detect the kind of care that is provided in hospital settings towards PwD. Lastly, a quasi-experimental study will follow with one group of nurses, including one pre and two posttests. This will be accomplished by the implementation of a one-day training program to two groups of acute hospital nurses. Each group will consist of 25 nurses and the intervention will be specifically designed for increasing the knowledge and attitudes of nurses towards PwD. The reasons that quasi-experimental design was selected are due to the fact that there will not be a control group, and the participants cannot be randomly selected because they will need to participate in their free time.

Stage 1 Evaluation of the level of knowledge and the attitudes of nurses towards dementia care.

Through a systematic review of the literature, regarding knowledge and attitudes of nurses towards dementia care it has been revealed that knowledge was lacking and attitudes were non-favorable [48]. So, there is a possibility that the quality of dementia care is affected. In this stage two structured questionnaires will be used: 1) the

Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 [49] for knowledge and 2) the Dementia Attitudes Scale [50], as far as it concerns attitudes. Both instruments were used in previous studies supporting their validity and reliability [49, 50, 51-53]. The sample will include all nurses, working in acute hospital settings, specifically in medical, surgical and orthopedic departments, of the 5 main general hospitals of the country. The specific hospital departments were selected, due to the high accommodation frequency of PwD [21]. Power analysis revealed sample estimation at 364 participants. Approximately 400 questionnaires are planned to be distributed and the response rate must be over 70%. Pediatric wards, outpatient clinic, emergency and maternity department will be excluded as they do not provide care to those patients, as frequently as others wards. Inclusion criteria are:

- Registered nurses based on the National law
- Working in medical, surgical and orthopedic department of the hospital for at least one year
- Voluntary participation in study

Questionnaires will be completed anonymously and the aim of the study will be explained in the first page prior to the questionnaires, along with the details for the contact person for further details. The completion of the questionnaires will be considered as the consent of participation. Questionnaires will be distributed by the researcher and returned to a closed box at the office of each ward in an envelope.

Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2

The first part of both questionnaires will include demographic information. The Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 (DKAT) [49] is used to measure the knowledge of nurses and caregivers concerning dementia and was designed exclusively for these groups [51]. It contains 21 *correct / wrong /not know* answers for assessing knowledge regarding causes, risk factors, disease symptomatology, care, impact, evaluation and management. The correct answers range from 0-21, with the highest score indicating more knowledge. It has been used by other researchers [49, 51] and it is a valid and reliable tool (Cronbach's alpha = 0.79) [49].

Dementia Attitude Scale

The Dementia Attitude Scale (DAS) [50] was designed to investigate nurses' attitudes towards PwD. It is divided into a seven-level Likert scale of 20 questions, which reflects

the behavioral and cognitive components of nursing attitudes towards PwD [5]. It contains two factors (a) knowledge (b) attitudes with accepted reliability (Cronbach's alpha 0.83-0.85) and validity ($r=0,96$) [50] in correlation with similar instruments [52]. Probable scores range from 20-140 with the highest score indicating more positive attitude [53]. Its development was based on the three-dimensional attitude model that defines three components: influence, behavior and knowledge [54]. It has been used in previous surveys [50, 52, 53] and is a commonly accepted and reliable measurement tool.

For the data analysis inferential analysis will be reported such as linear regression and parametric measures (t-test, ANOVA, confidence intervals and correlation coefficients Pearson) as needed and descriptive (mean, standard deviation, median, frequencies). Sociodemographic correlates will be assessed in correlation with the level of knowledge and attitudes. Considering data analysis for the Dementia Knowledge Assessment Tool version 2, descriptive statistic will be used and multiple regression analysis. This analysis will be followed to control confounder factors that might influence variables. For Dementia Attitude Scale, non-parametric test and test Wilcoxon will take place. All the analysis will be performed by SPSS 22.0. Multiple imputations will take place in order to handle missing data.

Both the questionnaires will be translated and back translated according to the guidelines suggested by WHO, 2016 [55] and the validation will include a test - re-test, Cronbach's alpha and a factor analysis. Translation process will include forward translation, then expert panel for backward translation, a pre-testing and cognitive interviewing, until we reach the final version. This procedure will be done during the pilot phase of the study that will include a sample of 100 nurses working in the emergency departments across the country. Those 100 nurses will be included only for the pilot study and not for the main study. As nurses from the emergency department are not included in the main study, pilot study was selected to take place among this group of nurses. Furthermore, nurses working in emergency departments do not provide care to PwD that last more than one day, although PwD visit the particular department on frequent occasions. So, we concluded that it is interesting to investigate emergency department nurses' level of knowledge and attitudes, considering the frequent, but short term visit of PwD to the department. For the first attempt of this intervention we decided to include nurses from the general department since they have closer contact and care

for longer periods for patients with dementia. We are planning to include emergency department nurses at a later stage.

Stage 2 observation study to detect any missed nursing care towards PwD

Data from the observational study will be collected through field notes, in order to investigate care provided to PwD. Based on the hypothesis that if nurses' knowledge is low and their attitudes are negative, there is the possibility that care is not up to the expected quality standards. These data are expected to give more information as to the care of PwD and especially care deficits, care omissions and missed care, aiming to strengthen the training program and focus on specific issues that will facilitate the care delivered to this group of patients.

We have conducted a scoping review considering the methodology of observational study, so as to proceed with our design [56-62]. The observer will be the main researcher, who is a nurse. One week training and one week pilot study will precede the main study. The pilot study will include the determination and familiarization with the environment, the data collection process and co-ordination with the observation timetable [62]. This duration of time is expected to eliminate any factors that may influence nurses' behavior, due to observer presence. Reliability of the data, on stage 2, can be doubted, as nurse will not perform normal procedures with an observer in the room, but we expect that after 2 weeks of observer stay they will feel comfortable and continue their everyday routine. This is the reason that data from the first two weeks are not going to be analyzed.

The potential for nursing omissions towards PwD is a fairly sensitive issue that, if is explored through questionnaires, nurses may hide some information about what is actually done because of the fear of questioning their professionalism, so the observation method is expected to reflect a more objective picture of reality. Moreover, is the only method that can collect data from real settings and the validity and objectivity cannot be doubted, since the data are collected by an external observer. Field notes will not include any characteristic of patient or nurses.

a) Sample

The sample will include PwD, who are hospitalized for any reason. The sample strategy in observational studies is purposeful sampling, since the particular research topic is

investigated in a pre-determined population. A patient will be observed for one shift daily (morning or evening). The night shift has been excluded, due to its uneven duration which is 12 hours compared to the 6-hours shift (morning-evening). The sample size will be determined by the data saturation criterion.

In qualitative methods, the sample is smaller and when the data renewal no longer exists, the collection process is considered adequate [63, 64]. Inclusion criteria will be the diagnosis of dementia [65, 66] and the hospitalization of the person with dementia, regardless of the reasons. The researcher will be informed at the beginning of the shift by the departmental officer if PwD are hospitalized in the department. The researcher will ensure and manage confidentially the data and diagnosis and cannot use them for the purposes of any other research. In the case of more than one patient per ward, random sampling will be performed, and data will be collected for one patient at a time and then the patient will not be included again in the sample.

b) Duration of observation

The duration of the observational study will last 1 day per patient. If there is availability of patients the data collection process will last 10-12 days. In other case the process will last until we reach 10 patients, with the maximum duration one month [56, 59, 61,62,67,68].

(c) Wards

The departments that are going to be observed are Medical, Surgical and Orthopedic in one of the five selected hospitals. The specific sections of the hospital were selected on the basis of the Alzheimer's Society report [21], 2009, which showed that 14% of patients with dementia were admitted to hospital after falls, 12% for hip replacement, 9% for urinary tract infection, 7% for respiratory infection and 7% due to stroke. In addition, another study [69] added to the above mentioned reasons dehydration, as well.

The observer will stay in the patients' room, not wearing a nurse uniform, preserving at least 3 meters distance from the patients' bed [63, 70] and record everything she sees in the context of care in her field notes. This distance is probably predetermined for respect patient's privacy. The observer will not participate in any intervention or error in order not to influence the result of the study and the normal process of the department, with only exception if is a life or death issue. Additionally, no communication will take place

with nurses, patients, or patients' relatives during the observers' stay. Each patient will be recorded in new field notes.

d) Field notes

Data collection in the observational study will be based on field notes written by the observer, during her stay in the patient's room. The notes will be "methodological", "descriptive" and "theoretical". Descriptive field notes will include information about anything the observer watches or hears, regarding communication among nurses-patient, process and environment characteristics [71, 72]. Methodological field notes will be comprised of the technique of data collection. In particular, those notes include the process that the observer will use to write down the data, for instance the adjustment of the observer in the culture of the organization [71]. Theoretical field notes regard the conscious, controlled efforts of the researcher to come to the essence of her notes. Those notes are the personal interpretation of data by the observer [72]. More specifically, the researcher tries to understand behaviors or processes and to document some ideas, questions, thoughts or concerns as a reflection of her data. Only the research team will be aware of the context of the field notes, so as not to influence the results of the study and to conserve the confidentiality and anonymity of the participants. Data will be coded and categorized, so content analysis will follow. As content analysis is a reflective process [73] the identification and condensation of the meaning units, the coding and the categorization into themes is going to be a repeated event, by at least two of the research team, in order to maintain the quality and the trustworthiness of the analysis [74]. Themes will emerge through the data and no software package will be used.

Stage 3 Quasi-experimental study

Once the descriptive and observation study have been completed, a quasi-experimental study, with a before and after design, which will include one group and one pre and two post tests will follow. This part of the study will include the organizing of a one day training course, which will facilitate nurses to provide a better and consistent care to PwD. The training will consist of various topics and will be conducted by dementia experts in order to describe, the pathophysiology of the disease and the appropriate care needed for these patients. The study has no costs, as the experts are willing to participate

in the course free of charge. Furthermore, no economic outcomes are expected to emerge through the particular stage of the study.

The systematic review of the literature [48] considering intervention studies to nurses has detected eleven educational programs [5, 54, 75-83] with a large variety of designs. Most of them were seminars [76-83] lasting from 7 hours [76, 78], 1 day [80, 83], 3 days [77] to 15 weeks [82]. Other studies used one day workshops [75, 79], whilst another research team used a one day online seminar [52] or educational video [81]. This fact could be attributed to the deficiency of an established and validated program, so each research team created its own program for the purpose of each research.

For the purpose of the present study we have selected the “Getting to Know me” program (with the approval of the authors) [78], as it has checked validity and reliability but also it has been applied in more than one studies [78] and it has been adopted by the NHS. The creators suggest that the program can be applied to other countries, as well, as the results were beneficial for acute hospital nurses. However it is expected that after the observational study, some modifications will be necessary to be introduced in order to focus on minimizing missed care. In particular, based on stage 1 and 2 results the program will be modified. For instance if the level of nurses’ knowledge seems to be low on stage 1, emphasis is going to be given on the particular topic. Regarding stage 2 results if missed care is detected in specific aspects of care eg. feeding, the training program will focus on that. In general as far as it concerns missed care, if this is proven through stage 2, a lecture focusing on this topic is going to be added in the training program.

a) Description of the program

This program is specifically designed for acute hospital nurses that provide care to PwD. It includes lectures, video, a guide for communication skills, the form “Getting to know me” and a 30 pages book. The main topics of lectures are introduction to dementia, holistic care, communication, impact of hospital environment, person centered-care and management of aggressive behavior. The program is going to be translated to Greek and some modifications will take place, so as to respond to study sample’s needs and to the findings derived from the observation study. The modification will be an addition of an experiential workshop and participants will have more interaction through role play. The program will be implemented in two days and the sample will be twenty nurses per day, with a total number of fifty nurses.

As the program includes many interaction exercises sample size was premeditated according to creators' suggestions about the number of participants, which is estimated to be 20 nurses per day [78]. Participant number in those studies is also suggested by literature to be maximum 40 people, divided in smaller groups [5, 52, 78,80,82]. We concluded to include 25 nurses per day, so as to eliminate the risk of drop out. In addition, we have conducted a power analysis and the estimated sample size was calculated to include 20 participants. Response rate should be higher than 95% for the reliability and validity of the study. To achieve the response rate reminder phone calls to participants will take place after the duration of three months, by the PhD candidate.

Inclusion criteria will be the same as the descriptive stage of the study. However priority will be given to nurses who work most with PwD, such as medical, orthopedic or surgical wards, since the descriptive study is going to take place among those departments. The setting of this phase is university's lecture hall and the target sample is 50 acute hospital nurses.

b) Evaluations

Three evaluations will include a) prior to the implementation of the program, b) immediately after the intervention c) the last one will take place three months after the intervention [76, 77, 83-86] in order to see if the effect of the program remains for a longer period. Data analysis will be the same as stage 1, since the tools that will be used on stage one and three are the same. The time intervals have been selected on the basis of international bibliography from interventional studies, which also studied the knowledge and attitudes of nurses in the care of dementia [8, 77, 83], or implemented other intervention programs in nurses [84-86].

Primary outcomes of this stage are 1) the evaluation of nurses' knowledge and attitudes which is expected to be advanced after the implementation of the program and 2) the reduction of nursing omissions during nursing care. Secondary outcomes is the upgrade of the quality of care provided to PwD, through the adoption of positive attitudes, 2) the reinforcement of sympathy among nurses to the particular group of patients and 3) the development of communication skills and management strategies on behalf of nurses, in order to reduce burden during nursing care of PwD.

Participants are going to be informed about the scope of the training program and their obligation to fill the three questionnaires before their registration to the training. The

PhD candidate will be responsible for the information, registration and their consent to participate. The research team will be responsible for organizing, enrollment and coordinating the training course and the participation of nurses will be voluntary. If more than fifty nurses are willing to take part random sampling will be followed. A certification will be given after the completion of the last questionnaires to those who participate, in order to increase interest for joining the training course.

Data from the three stages are going to be stored in the researcher's office, where no one but the researcher is allowed entry. Data monitoring will be performed by the supervising committee and the PhD candidate will be responsible for analyzing, coding and writing the data. Furthermore, the committee will conduct range checks of the values as far as it concerns the questionnaires. Regarding the observational data two members of the committee will separately proceed to the coding process and then a discussion will follow with the PhD candidate, in order to develop thematic analysis.

The translation process has been done during September-January 2019. The pilot study has started on 3rd of February and has ended on 29th of April 2019, so data from the pilot study have already been collected. The present stage of the study is on stage 1, the descriptive part. The questionnaires were distributed, since the 10th of May, 2019, and this phase is expected to be finalized until 15th-20th of June. The first results are expected on 1st of July 2019 from the descriptive stage and until 30th of September 2019 the qualitative findings will be available. Data from the third stage are expected between 10th -17th of February 2020, since the intervention is programmed to be implemented on 19th of September 2019 and the last data that are going to be collected are three months after the intervention. The timeline of the study is illustrated on Figure 1.

DISCUSSION

Nursing care rationing can be considered as the direct indicator of quality of care deficiencies, with a clear pathway for patient outcomes and their experiences. In addition, is a key concept for early detection of problems, before major repercussions occur. Moreover, detecting nursing care rationing will result in an early recognition of a possible risk by nurses or policy makers [87]. The vulnerable group of patients with cognitive impairment is the best example of complexity in the elderly, but with the

highest rates of complications occurring, during hospitalization. Omissions are not just a complete or a single unfortunate event, but a series of mild forms of neglect.

Nursing care rationing is an international phenomenon, as many studies investigated the kind of care which is missed [25, 26, 28, 33, 36-39, 46, 88], factors that influence the phenomenon [22, 27, 41, 43, 44, 89-93], the consequences on patients [19, 23, 26-28, 41, 43-45, 47, 94-96] and on nurses [28, 43, 44, 97-99]. This study aims to add to the existing model of factors associated with nursing care rationing [30] the factors of knowledge and attitudes, without marginalizing the other factors already acknowledged (environmental, organizational, administrative). None of those studies have correlated nursing care rationing with a specific group of patients and since PwD constitute a major percentage of hospitalized patients, in correlation with the rapid epidemiological growth, the topic is of high importance. All in all, this is the first study that is going to recognize if there is any correlation among low level of knowledge and quality of care and implement an educational program, so as to promote care among PwD.

Although the reasons for care rationing have been investigated, this phenomenon is even observed in cases where the workload is not much. Nurses have become so familiar with the "chaos" associated with unexpected events and breaks in their processes, so they continue to act with prioritization even when they are not imposed by other factors [22, 100]. There have been reports of doctors and nurses placing older people at a lower priority, with a lot of interventions and medications, but little care and comfort [19]. This event was described as spam, but it often happens. Prioritization seems to be implemented through traditional biomedical approaches that go beyond ethical issues [40].

The study is going to be conducted only in three wards of the hospital, although nursing care settings are differential in other wards and this is a point for consideration. During the second phase of the study the total number of nurses per ward may be affected by sick leaves or training leaves and this might influence normal nursing care procedures. The intervention will last for only one day and it is not certain that the effects will last for a long time, meaning that there will be a need to repeat educational interventions at a later stage. The generalizability of the study's results should be interpreted in the lights of these limitations.

Patient and Public Involvement

During the second stage of the study patients and their carer participation is of high importance, by consenting to being observed. If they are not willing to do so, the study design for stage two will not be achievable. Research questions were informed based on published literature regarding carers' experience during hospitalization of PwD [21]. Also, informing them that care process is going to be observed they will share with us their priorities and their opinion about hospital care, so the outcome will be on stage three, as we will update our training program based on patients' and carers' experience. During phase one and two patient and public involvement is not achievable, but stage three will be modified based on their experiences.

ETHICS AND DISSEMINATION

The protocol was approved by Cyprus National Bioethics committee (EEBK: 2018.01.02) and by the Research committee of the Ministry of Health. Access to the field of research was obtained by each hospital manager and the managers of each ward. The relatives of patients with dementia will be informed that patients will be observed and the aims of the study will be explained, so as to gain their permission.

After the observer will be informed about the rooms that hospice PwD, she will be responsible for the recruitment of the patients and their carers. She will explain to both of them the aim, the design and the volunteer nature of the study, along with contact details for all the research team. If they agree, the relative will be asked to sign on the patients' behalf for participation in the study and then the data collection will start. Since PwD are characterized by cognitive impairment, their consent is often doubted. As patients' consent is an issue of conflict in the research field [101], we decided to proceed with the general practice regarding dementia studies and request relatives' signature [102], regardless of patients' capacity. The patient will be informed despite of his/her capacity, which is not going to be assessed. Also, they will be informed that study results will be available in lectures that the researchers make in cooperation with the national Alzheimer Society. In cases that are not able to participate they can contact a member of the research team and inform them about the results of the study.

The anonymity, the trustworthiness and the process of the collected data will also be explained in the consent form both for the nurses and well as the relatives of PwD, that

the data are going to be used only for the purpose of the particular study and when is finished are going to be destroyed. In order to remain the confidentiality and the anonymity of the participants none of the patients' or the nurses' identification will be included. Patients are going to be coded and no one except from the main researcher will be able to know to whom the data are referred. The research team will be the only one who will have access to the data. If any important modification of the protocol will take place all the relevant parties will be informed (Ethics Committee, Health Ministry). This study is in conjunction with the SPIRIT statement [103].

Dissemination strategy includes presentations in international and national scientific conferences. More emphasis will be given in nursing conferences, as the audience will be more benefited in clinical practice. All the results are going to be submitted in peer-reviewed journals for publication. Moreover, the results of the intervention stage are going to be presented in policy makers in order for the program to be implemented in a broader population of nurses. The results of the study are going to inform future study, as well, targeting carers of PwD and evaluate if the usefulness is as important as to nurses.

Author statement

Authors' contributions: Melina Evripidou has written the manuscript. Evridiki Papastavrou as the main supervisor of the project, contributed and supervised the writing process, reviewed the manuscript and consulted the first author. Anastasios Merkouris and Andreas Charalambous have reviewed and contributed in writing the manuscript.

Funding: The research is supported by Leventis foundation grant number EPI009/181120/820750. Publication fees were granted by the Cyprus University of Technology Open Access Author Fund.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

Acknowledgements: The authors gratefully acknowledge nurses and departmental officers for their cooperation and the permission to conduct the observation study to their wards.

License Statement: I, the Submitting Author has the right to grant and does grant on behalf of all authors of the Work (as defined in the below author licence), an exclusive licence and/or a non-exclusive licence for contributions from authors who are: i) UK Crown employees; ii) where BMJ has agreed a CC-BY licence shall apply, and/or iii) in accordance with the terms applicable for US Federal Government officers or employees acting as part of their official duties; on a worldwide, perpetual, irrevocable, royalty-free basis to BMJ Publishing Group Ltd (“BMJ”) its licensees and where the relevant Journal is co-owned by BMJ to the co-owners of the Journal, to publish the Work in BMJ Open and any other BMJ products and to exploit all rights, as set out in our licence.

References

1. Alzheimer’s Association. Alzheimer’s disease facts and figures. 2016. Available at: http://www.alz.org/documents_custom/2016-Facts-and-Figures-Fact-Sheet.pdf. Accessed 19 March 2019.
2. WHO. Dementia: a public health priority. 2012. Available at: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/. Accessed 14 February 2019.
3. Knapp M. Economic outcomes and levers: impacts for individuals and society. *IntPsychogeriatr*. 2007;19(3):483-95.
4. Robinson A, Eccleston C, Annear M, Elliott K.E, Andrews S, Stirling C, Ashby M, Donohue C, Banks S, Toye C. &McInerney F. Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *JournalofPalliativeCare*.2014; 30(3):158–165.
5. Bryans M, Keady J, Turner S, Wilcock J, Downs M &Iliffe S. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*.2003;12(17):1029–1037.
6. Kada S, Nygaard H.A, Mukesh B.N &Geitung J.T. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*.2009;18(16): 2383–2392.
7. Josefsson K, Sonde L &Wahlin T.-B.R. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*.2008;45(3):428–441.

8. Galvin J.E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M & McGillick J. "Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*.2010;24(4):372–379.
9. Marx K.A, Stanley I.H, Van Haitsma K, Moody J, Alonzi D, Hansen B.R &Gitlin L.N. Knowing versus doing: Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*.2014;40(12):26–34.
10. Barrett J.J., Haley W.E., Harrell L.E. & Powers R.E. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*.1997;11(2):99–106.
11. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). What is vulnerability?. 2014. <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/what-is-vulnerability/>. Accessed 21th January 2019.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Elder Abuse. 2017. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/index.html>. Accessed 3rd January 2019.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Elder Abuse. 2017. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/index.html>. Accessed 3rd January 2019.
14. WHO. Management of substance abuse. Process of translation and adaption of instruments.2016. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Accessed 13th March 2019.
15. Dixon J, Manthorpe J, Biggs S, Mowlam A, Tennant R., Tinker A&McCreadie C. Defining elder mistreatment: Reflections on the United Kingdom study of abuse and neglect of older people. *Ageing & Society*.2010;30(3)403–420.
16. Gilhooly M.L.M, Cairns D, Davies M, Harries P, Gilhooly K.J, Notley E. Framing the detection of financial elder abuse as bystander intervention: Decision cues, pathways to detection and barriers to action. *Journal of Adult Protection*.2013;15(2):54–68.
17. Manthorpe J. Elder abuse. In: Denning. Oxford textbook of old age psychiatry (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press. 2013. p.779-83.

18. Manthopre J. The abuse, neglect and mistreatment of older people with dementia in care home and hospitals in England: the potential for secondary data analysis: innovative practice. *Dementia*.2015;14(2):273-9.
19. Skirbekk H. & Nortvedt P. Making a difference: A qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*.2011;19(1):77–88.
20. Boyle M,Williams B, Tedd B, Molloy A.et al. Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2010. <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-71>. Assessed 22th February 2019.
21. Alzheimer Society. Counting the cost. 2009. https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/787/counting_the_cost.pdf. Accessed 9th February 2019.
22. Kalisch B.J, Landstrom G.L. & Hinshaw A.S. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*.2009;65(7):1509–1517.
23. Kalisch B,Tschannen D, Lee H, FrieseC. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*.2012;26(4):291–299.
24. Scott P. A, Harvey C, Felzmann H, Suhonen R, Habermann M, Halvorsen K, Papastavrou E. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics*.2018; <https://doi.org/10.1177/0969733018759831>
25. Papastavrou E. The ethics of care rationing within the current socioeconomic constraints. *Health Science Journal*.2012;6(3):362–364.
26. Ball J, Griffiths P, Rafferty A.M., Lindqvist R, Murrels T. QUANTITATIVE A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. *J of AdvNurs*. 2016;72(9):2086-97.
27. Schubert M, Carke S, Glass T, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholdsfor relationship between impacts of rationing of nursing care and nurse and patient reported Outcomes in Swiss hospitals : A correlational study.*Int J nurs Stud*.2010; 46(7):884–893.
28. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurses-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Manage*.2014;2(1):3-25.

29. Verall C, Abery E, Harvey C, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Blackmann I. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care--A South Australian study. *Collegian*.2015;22(4):413-20.
30. Blackman I. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*.2015;24(1-2):47-56.
31. Nortvedt P, Hem M.H. & Skirbekk H. The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing ethics*.2011;18(2):192-200.
32. Jones T, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care and implicitly rationed care: state of the science review. *Int J of Nursing Studies*.2015;52(6): 1121-37.
33. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual*.2014;29:415-22.
34. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J NursCare Qual*.2012;27:6-12
35. Lucero R. Nursing Informatics Implications from a Study of Unmet Nursing Care Needs. *Connecting Health and Humans*.2009;5043:817-821.
36. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P For the RN4CAST Consortium, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*.2017;26:559-568.
37. Morin D, Leblanc N. Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract*.2005; 11(5):214-220.
38. Kalisch B.J, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *Western J. Nurs. Res*.2014;36(7): 875-890.
39. Knopp-Sihota JA, Niehaus L, Squires JE, Norton PG, Estabrooks CA. Factors associated with rushed and missed resident care in western Canada nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *J Clin Nurs*.2015;24:1815-25.
40. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebo A, Grothe KH et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Journal of medical ethics*.2008;34(4):230-5.
41. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res*.2007;55(6):416-424.
42. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the

- quality of nursing care in hospitals. *Med Care*.2004;42(2):II-67–II-73.
43. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen M.A., De Geest S., Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud*.2013;50(2):240–252.
 44. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A.M, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *Br. Med. J. Qual. Safety*.2014;23(2):126– 135.
 45. Lucero R.J, Lake E.T, Aiken L.H. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J. Clin. Nurs*.2010;19(15–16):2185–2195.
 46. Hayward R.A, Asch S.M, Hogan M.M, Hofer T.P, Kerr E.A. Sins of omission: getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety.*J.Gen. Intern. Med*.2005;20:686–691.
 47. Brown P, Fraser K, Wong CA, Muise M, Cummings G. Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *J NursManag*.2012; DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01352.x
 48. Evripidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses’ knowledge and attitudes about dementia care: systematic literature review. *PerspectivPsychiatr Care* 2018.Doi: 10.1111/ppc.12291.
 49. Toye C, Lester L, Popescu A, McInerney F, Andrews S, Robinson AL. Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff.*Dementia* (London).2014;13(2):248-56.
 50. O’Connor M, McFadden S. Development and Psychometric Validation of Dementia Attitude Scale. *Int J of Alzheimer Disease*.2010.doi: 10.4061/2010/454218.
 51. Robinson A, Eccleston C, Annear M, Elliott K.E, Andrews S, Stirling C, Ashby M, Donohue C, Banks S, Toye C. &McInerney F. Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of Palliative Care*.2014;30(3):158–165.
 52. Kimzey M, Matel-Smith B, Alfred D. The impact of educational experiences on nursing students’ knowledge and attitudes toward people with Alzheimer’s disease: A mixed method study. *Nurse Education Today*.2016;46:57-63.

53. Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia- a questionnaire survey. *Nurse Education Today*.2012;33(9):962-8.
54. Breckler S.J. "Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude". *Journal of Personality and Social Psychology*.1984; 47(6):1191–1205.
55. WHO. Management of substance abuse. Process of translation and adaption of intruments.2016.
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.Accessed 13th September 2018.
56. Välimäki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Diaries as research data in a study on family caregivers of people with Alzheimer's disease: methodological issues. *J AdvNurs*.2007;59(1):68-76.
57. Ballermann MA, Shaw NT, Mayes DC, Gibney RT, Westbrook JI. Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC Med Inform DecisMak*.2011;17:11:32.
58. Jackson D, Wilkes L, Luck L. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study.*Collegian*.2014;21(1):65-70.
59. D'Antonio S, Bagnasco A, Bonetti L, Sasso L. Observation study on interruptions during nurses work in two surgical wards of a hospital in Liguria. *Prof Inferm*.2014;67(4):211-8.
60. Clisset P, Porock D, Harwood RH, Gladman JR. The response of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital setting: an observation and interview study. *J Clin Nurs*.2014;23(13-14):1820-9.
61. Hoviattalab K, HashemizadehH,Cruz G, Halfens Ruud J G, Dassen T. Nursing practice in the prevention of pressure ulcers : An observational study of German Hospitals Nursing practice in the prevention of pressure ulcers : an observational study of German Hospitals. *J Clin Nurs*.2015;11-12:1513-24.
62. Tan Y, Wai T, Sim C,I Ng. Optimising peripheral venous catheter usage in the general inpatient ward : a prospective observational study.*JClin Nurs*.2016;26:133-39.
63. Cohen L, Manion L, & Morrison K. Research methods in education. London, Routledge.2007.

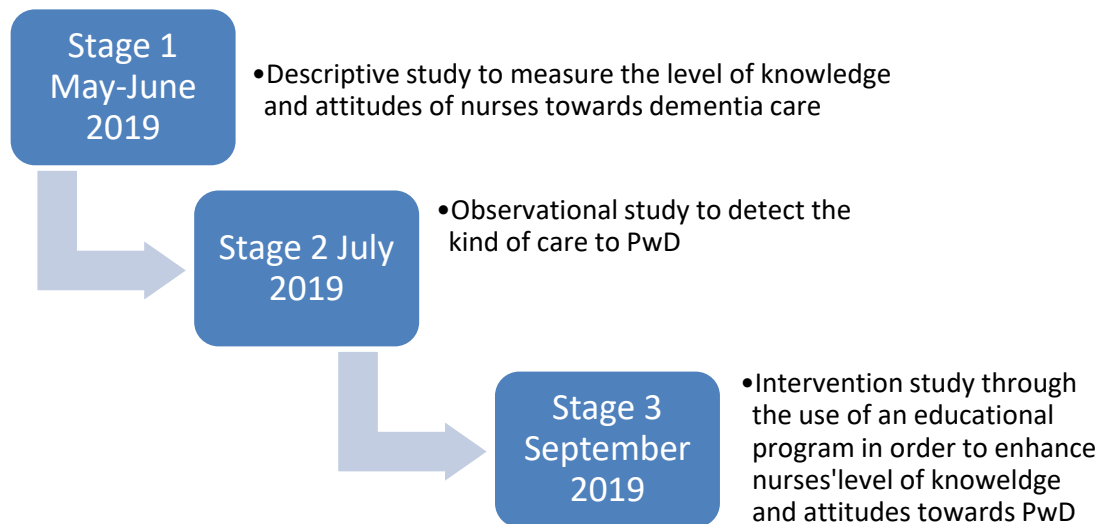
64. Marshall M. Sampling for qualitative research. *Family Practice*.1996;13(6):5225.
65. Streit S, Limacher A, Zeller A, Burrge M. D. Detecting dementia in patients with normal neuropsychological screening by Short Smell Test and Palmo-Mental Reflex Test: an observational study. *BMC Geriatrics*.2015;15:90.
66. Travers C, Byrne G.J, Pachana NA, Klein K, Gray LC. Prospective observational study of dementia in older patients admitted to acute hospitals. *Australas J Ageing*.2014;33(1):55-8.
67. Hager K, Calabrese P, Frolich L, Gobel C, Berer FM. An observational clinical study of the efficacy and tolerability of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease. *Dement GeriatrCogn Disord*.2003;15(4):189-98.
68. Goudra B, Singh P.M,Galvin E. Comparison of Compliance of Glove Use Among Anesthesia Providers: A Prospective Blinded Observational Study. *AANA Journal*.2014; 82(5):363-67.
69. Natalwala A, Potluri R, Uppal H, Heun R. Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007.*Dementia GeriatrCogn Disord*.2008;26(6):499-505.
70. Creswell J, Vicki L, Plano C. Designing and conducting mixed method research. Los Angeles: SAGE Publications. 2011.
71. Bernard H.R. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches. Lanham, MD: AltaMira Press.2011.
72. Lonner W.G, Berry J.W. Field notes in cross-cultural research. Newbury Park.CA: Sage Publications. 1986.
73. Erlingsson G, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*.2017;7(3):93-99.
74. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing plan open*.2016;2:8-14.
75. Kang Y, Moyle W, Venturato L. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*.2011;6(2):143-152.
76. Galvin J.E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M. &McGillick J. “Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*.2010;24(4):372–379.

77. Surr C.A, Smith S.J, Crossland J. & Robins J. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: a repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*.2015;53:144–151.
78. Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Graham P, Pilling M, Gregory J, Roach P, Fossey J. & Keady J. ‘Getting to know me’: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*.2014;18(4):481–488.
79. Manthorpe J, Iliffe S. & Eden A. Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing*.2003;44(2):183–191.
80. Davison T.E, McCabe M.P, Visser S, Hudgson C, Buchanan G. & George K. Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2007;22(9):868–873.
81. EinangAlnes R, Kirkevold M. &Skovdahl K. Insights gained through MarteMeo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing*.2011;6(2):123–132.
82. McCaffrey R, Tappen R.M, Lichtstein D.M. &Friedland M. Interprofessional education in community-based Alzheimer’s disease diagnosis and treatment. *Journal of Interprofessional Care*.2013;27(6):1356–1820.
83. Palmer J.L, Lach H.W, McGillick J, Murphy-White M, Carroll M.B. & Armstrong J.L. The dementia friendly hospital initiative education program for acute care nurses and staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*.2014;45(9):416–424.
84. Gustafsson M, Bohman DM, Borglin G. Challenges of conducting experimental studies within a clinical nursing context. *ApplNurs Res*.2014;27(2):133-6.
85. Borglin G, Gustafsson M, Krona H. A theory-based educational intervention targeting nurses' attitudes and knowledge concerning cancer-related pain management: a study protocol of a quasi-experimental design. *BMC Health Serv Res*.2011;23(11):233.
86. Mahedran R, Tan J,Griva K, Lim H, Ng H.Y, Chua J,Lim, SE and Kua EH. A pilot, quasi-experimental, mixed methods investigation into the efficacy of a group psychotherapy intervention for caregivers of outpatients with cancer: the COPE study protocol. *BMJ Open*.2015; 5(11):e008527.

87. Bail K, Berry H, Grealish L, Draper B, Karmel R, Gibson D. &Peut A. Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia, and delirium in hospitalised dementia patients: Retrospective cohort study. *BMJ Open*.2013;3:6.
88. Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris A. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of carer rationing. *Eur J Oncol Nurs*.2016;21:48-56.
89. Chassin M.R, Galvin R.W. The National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *J. Am. Med. Assoc*.1998;280(11):1000–1005
90. El-Jardali F, Lagace´ M. Making hospital care safer and better: the structure–process connection leading to adverse events. *Healthc. Q*.2005;8(2):40–48
91. Halvorsen K, Slettebø A, Nortvedt P, Pedersen R, Kirkevold M, Nordhaug M, Brinchmann BS. Priority dilemmas in dialysis – The impact of old age Priority dilemmas in dialysis: the impact of old age. *J Med ethics*.2008;34(8):585-9.
92. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res*.2010;42(4):22–39
93. Castner J, Wu Y.W.B, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western J. Nurs.Res*.2014. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945914535670> Accessed 11th January 2019.
94. Williams J. Care quality Commission Dignity and nutrition inspection program: National overview.2011.https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20111007_dignity_and_nutrition_inspection_report_final_update.pdf Acceded 1st October 2018.
95. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*.1994;308(6934):945-8.
96. Rochefort CM, Clarke S. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs*.2010;66(10):2213–2224.

97. Dhaini SR, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, Schwendimann R. Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.*2016;53:105-15.
98. Vryonides S, Papastavrou E. & Charalambous A. The ethical dimension of nursing care rationing : A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics.*2015;22(311):881–900.
99. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nurs Ethics.*2016;27.pii:0969733016664979.
100. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.*2006;21(4):306–313.
101. Howe E. Informed Consent, participation in research and the Alzheimer patient. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9:47-51.
102. Hedge S, Ellajisyula R. Capacity issues and decision-making in dementia. *Ann Indian Acad Neurol.* 2016;19:34-39.
103. Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, Hróbjartsson A, Mann H, Dickersin K, Berlin J, Doré C, Parulekar W, Summerskill W, Groves T, Schulz K, Sox H, Rockhold FW, Rennie D, Moher D. SPIRIT 2013 Statement: Defining standard protocol items for clinical trials. *AnnIntern Med.*2013;158:200-207.

Figure 1. Timeline of the study.



9. Βιβλιογραφία

- Aiken L. H., Sloane D., Griffiths P., Rafferty A. M., Bruyneel L., McHugh M., Van Achterberg T. 2017. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Anderberg P., Lepp M., Berglund A. L., & Segesten K. 2007. Preserving dignity in caring for older adults: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 635–643. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04375.x>
- Arvidsson E., Andre M., Borgquist L., Carlsson P. 2010. *Priority setting in primary health care*. 0–30. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-71>
- Bail K. 2015. Failure to Maintain. *BMC Health Services*. 15 (91), 1-9.
- Baillie L., & Gallagher A. 2012. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*, 27(5), 44–49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.5.44.c9333>
- Blackman I., Henderson J., Willis E., Hamilton P., Toffoli L., Verrall C., Harvey C. 2015. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1–2), 47–56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688>
- Bonnie, R.J., Wallace, R.B. 2003. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America*. Washington D.C.: National Research Council. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10406&page=1 (Accessed 25th February 2020).
- Chang Y., Lin Y., Chang H., & Lin C. 2005. Relationship to Level of Pain Intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331–339.
- Cho S. H., Kim Y. S., Yeon K. N., You S. J., & Lee I. D. 2015. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 62(2), 267–274. <https://doi.org/10.1111/inr.12173>
- Clissett P., Porock D., Harwood R. H., & Gladman J. R. F. 2014. The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: An observational and interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1820–1829. <https://doi.org/10.1111/jocn.12342>
- Cohen-mansfield J., Dakheel-ali M., Marx M. S., Regier N. G., Aviv T., & Spring S.

2016. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatric Research*, 228(1), 59–64.
- Connor M. L. O., & Mcfadden S. H. 2010. Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer Disease*, 10. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Curtis K. 2015. Compassion is an essential component of good nursing care and can be conveyed through the smallest actions. *Evidence based Nur* 18(3).
- Digby R, & Lee S. 2016. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *Journal of Clinical nursing* 1(1). <https://doi.org/10.1111/jpy.12247-14-058>
- Doherty D. 2014. Therapeutic touch and dementia care : An ongoing journey. *Nursing older people*, 18 (11),27-30.
- Donovan K., & Regehr C. 2017. Elder Abuse : Clinical , Ethical , and Legal Considerations in Social Work Practice. *Clinical social work journal*, 38, 174-82.
- Ellis M., & Astell A. 2017. Communicating with people living with dementia who are nonverbal : The creation of Adaptive Interaction. *Plos one*, 13 (4),1–21.
- Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., & Griffiths P. 2017. The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: A retrospective observational study. *Age and Ageing*, 46(5), 794–801.
- Gallagher A., L S., Wainwright P., Jones I. R., & Lee D. 2008. Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11>
- Gladman J., & Porock D. 2012. *Care of older people with cognitive impairment in general hospitals.* available at: http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1809-227_V01.pdf (assessed 5th February)
- Gleeson M., & Timmins F. 2004. Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *NURSING OLDER PEOPLE*, 16, 18–21.

- Griffiths P., Ball J., Drennan J., Dall'Ora C., Jones J., Maruotti A., Simon M. 2016. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline developo. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213–225. 2
- Halvorsen K., Førde R., & Nortvedt P. 2008. Professional challenges of bedside rationing in intensive care. *Nursing Ethics*, 15(6), 715–728.
- Heaslip V., & Board M. 2012. Does nurses vulnerability affect their ability to care? *Brit J Nurs*, 21(15), 914-16.
- Hope T. 2007. Ethical dilemmas Title of people with dementia. *British Journal of Community Nursing*, 14(12), 548–551.
- Jacelon C. S., Connelly T. W., Brown R., Proulx K., & Vo T. 2004. A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 76–83. x
- Jackson D., Wilkes L., Luck L., Jackson D., Wilkes L., & Luck L. 2014. Cues that predict violence in the hospital setting : Findings from an observational study Cues that predict violence in the hospital setting: Findings from an observational. *Collegian*, 21(1), 65–70. 6
- Jones T. L. 2016. What Nurses Do During Time Scarcity V and Why. *J Nur Adm*, 46(9), 449–454.
- Jones T. L., Hamilton P., & Murry N. 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137
- Jurgens P., Gladman J. R., Harwood R. H. 2012. Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 12, 57.
- Kalisch B., Lee H., & Rochman M. 2011. nursing staff teamowrk and job satisfaction. *J Nurs Manag*, 18(8), 938–947.
- Kang Y., Moyle W., & Venturato L. 2011. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 143–152.

- Kari A., & Heggestad T. 2015. Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia (London, England)*, 14(6), 825–841.
- Lestrud M. 2013. *Educational Interventions BT - Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (F. R. Volkmar, Ed.). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1457
- Lichtner V., Dowding D., Allcock N., Keady J., Sampson E. L., Briggs M., Closs S. J. 2016. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16(1), 427.
- Lillekroken D. 2015. The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia (London, England)*, 2050, 1–18.
- Lintern T. C., & Only L. 2001. *Quality in Dementia Care: Evaluating Staff Attitudes and Behaviour*. Available at: <http://e.bangor.ac.uk/4310/> (accessed 6th February)
- Lucero R. 2009. Nursing Informatics Implications from a Study of Unmet Nursing Care Needs. *Connecting Health and Humans*, 817–821.
- Lucero R. J., Lake E. T., & Aiken L. H. 2010. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2185–2195.
- Magelssen M., Nortvedt P., & Solbakk J. H. 2016. Rationing at the bedside: Immoral or unavoidable? *Clinical Ethics*, 11,(4), 112-121.
- Manthorpe J., Iliffe S., & Eden A. 2003. Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 183–191.
- Manthorpe J., Iliffe S., Samsi K., Cole L., Goodman C., Drennan V., & Warner J. 2010. Dementia, dignity and quality of life: Nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing*, 5(3), 235–244.
- McCormack B., & McCance T. V. 2006. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- Miller L. M., Whitlatch C. J., & Lyons K. S. 2014. Shared decision-making in dementia: A review of patient and family carer involvement. *Dementia (London, England)*, 15 (5), 1141-57.
- Morin D., & Leblanc N. 2005. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International*

- Journal of Nursing Practice*, 11(5), 214–220.
- Nortvedt P., Pedersen R., Grøthe K. H., Nordhaug M., Kirkevold M., Andersen B. 2008. Clinical prioritisations of healthcare for the aged--professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 332–335.
- Palmer D., & Lang N. M. 2013. Caring for elderly patients with dementia : nursing interventions. *Nursing research and reviews*,3, 107–117.
- Recio-saucedo A., Ora C. D., Ball J., Meredith P., Analyst I. 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes ? Review of the literature. *J Clin Nur*, 27 (11-12), 2248–2259.
- Rupp K., & Riley G. F. 2011. Longitudinal Patterns of Participation in the Social Security Disability Insurance and Supplemental Security Income Programs for People with Disabilities. *Social Security Bulletin*,71(310), 921–938.
- Samuelsson C., & Hyde L. C. 2011. Intonational Patterns of Nonverbal Vocalizations in People With Dementia. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementia*. 26 (7), 563-72.
- Scott P. A., Harvey C., Habermann M., Halvorsen K., Christiansen K., & Toffoli L. 2018. Resource allocation and rationing in nursing care : A discussion paper. *Nursing Ethics*,26 (5),1528-1539.
- Seedhouse D., & Gallagher A. 2002. Undignifying institutions. *Journal of medical Ethics*,28, 368–372.
- Srulovici A. D.2019. The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *J Adv Nur*, 75 (2),368–379.
- Stretch. 2013. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research☆. *Health Policy*, 90(0), 113–124.
- Stevens M., Biggs S., Dixon J., Tinker A.,Manthorpe J. 2013. Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *British Journal Of Sociology*. 64 (2), 267-86.
- Suhonen R., Papastavrou E., Efstathiou G., Tsangari H., Jarosova D., Leino-Kilpi H., Merkouris A. 2012. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372–380.

- Tønnessen S., Nortvedt P., & Førde R. 2011. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386–396.
- Torabizadeh C., Ebrahimi H., Torabizadeh C., Mohammadi E., & Valizadeh S. 2014. Patients ' perception of dignity in Iranian healthcare settings : A qualitative content analysis Patients ' perception of dignity in Iranian healthcare settings : a qualitative content analysis. *J Med Ethics*, 38 (12).
- Vasse E., Vernooij-dassen M., Spijker A., Rikkert M. O., & Koopmans R. 2010. A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *Int Psychogeriatric*, 22 (2), 189–200.
- Polit DF, Beck CT, Owen SV.2007. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. , 30 (4), 59-67.
- Whitehouse P. J. 2000. Ethical issues in dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2, 162–167.
- WHO. 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=A1085B29DF17B873EC5089B29B644730?sequence=1> (2017, accessed 1 March 2019)
- Kalisch B.J, Landstrom G.L. & Hinshaw A.S. 2009. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*,65,1509–1517.
- Kalisch B,Tschannen D, Lee H, FrieseC. 2012. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*, 26,291–299.
- Papastavrou E. 2012. The ethics of care rationing within the current socioeconomic constraints. *Health Science Journal*, 6, 362–364.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S.2007. Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res*,55,416–424.
- Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G.2014. Rationing of nursing care and nurses-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Manage*,2,3-25.
- Boyle M,Williams B, Tedd B, Molloy A.et al.2010. Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*.

- <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-71> (2010, assessed 22 February 2019)
- WHO. 2015. A human-based approach to health. https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf (2015, accessed 9 April 2019)
- Weiner C, Tabak N, Bergman R. 2003. The Use of Physical Restraints for Patients Suffering from Dementia. *Nursing Ethics*, 10, 512-25.
- Emmett C, Poole M, Bond J, Hughes C. 2013. Homeward bound or bound for a home? Assessing the capacity of dementia patients to make decisions about hospital discharge: Comparing practice with legal standards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 73-82.
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Mark S. Lachs. 2016. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56, S194–S205.
- Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. 2018. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*, 18, 167.
- Battersby D, Hemmings L. 1991. Clinical Performance of university nursing graduates. *Aust J Adv Nurs*, 9, 30-34.
- Lintern T. 2001. Quality in Dementia care: Evaluating Staff Attitudes and Behavior. Phd Thesis. Uiverity of Wales Bangor.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. 1989. A description of agitation in a nursing home. *J Geront*, 44, 77-84.
- Coates CJ. 1997. The caring efficiency scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. *Adv Prac Nurse Quart*, 3 (1) 53-59.
- Arstrom S, Nilsson M, Norberg A, Sandman P.O, Winblad B. 1991. Staff burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes. *Int J Nurs Stud*. 28(1), 65-75.
- Carpenter B, Basis S, Otilingam P, Hanson P, Gatz M. 2009. The Alzheimer's' Disease Knowledge Scale: development and psychometrics properties. *The Gerontologist*. 49 (2), 236-247.

Downs, M, Rae C. 1996. General practitioners approach to establishing and communicating a diagnosis of dementia. *Paper presented to the British Society of Gerontology*. Liverpool.

Kitwood T. 1995. Cultures of care: tradition and change. In Kitwood T, Benson S. 1995. (eds) *The New Culture of Dementia Care*. London, Hawker Publications, Ltd.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. 2002. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*. 17, 1-16. 10.1080/08870440290001494.

Aronsson G, Lantz A, Westlander G. 1992. Rapport 1992:11. Akademiker under 1990-talet. En studie av SACO-medlemmarnas arbetsvillkor. Undersökningsinstrument och studiens bakgrund. Arbetsmiljöinstitutet, Enheten för socialpsykologi, Solna.

Hagström T, Gamberale F, Sconfienza C, 1996. Det goda arbetet—ungdomars villkor nu och i framtiden. Beskrivning av frågeformulär. Rapport 10. Arbetslivsinstitutet, Solna.

Dong XQ. 2015. Elder Abuse: *Systematic Review and Implications for Practice*,63,1214-38.

Mukamad N, Sampson E.L. 2011.A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *International Psychogeriatric*,23,344–355.

Bail K, Berry H, Grealish L, Draper B, Karmel R, Gibson D. &Peut A.2013. Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia, and delirium in hospitalised dementia patients: Retrospective cohort study. *BMJ Open*,2013,6.

RANCARE.2016. Memorandum of Understanding for the implementation of the COST action “Rationing-Missed Nursing care: An international and multidimensional problem. <https://www.rancare-action.eu/wp-content/uploads/2016/11/CA15208-e-MOU.pdf> (2016, accessed 19 April 2019)

Välämäki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. 2007. Diaries as research data in a study on family caregivers of people with Alzheimer's disease: methodological issues. *J Adv Nurs*,59,68-76.

Ballermann MA, Shaw NT, Mayes DC, Gibney RT, Westbrook JI. 2011. Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC Med Inform Decis Mak*,17,11-32.

Jackson D, Wilkes L, Luck L. 2014. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study. *Collegian*,21,65-70.

D'Antonio S, Bagnasco A, Bonetti L, Sasso L. 2014. Observation study on interruptions during nurses work in two surgical wards of a hospital in Liguria. *Prof Inferm*,67,211-8.

Clisset P, Porock D, Harwood RH, Gladman JR. 2014. The response of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital setting: an observation and interview study. *J Clin Nurs*,23,1820-9.

Hoviattalab K, Hashemizadeh H, Cruz G, Halfens Ruud J G, Dassen T. 2015. Nursing practice in the prevention of pressure ulcers : An observational study of German Hospitals Nursing practice in the prevention of pressure ulcers: an observational study of German Hospitals. *J Clin Nurs*,11,1513-24.

Tan Y, Wai T, Sim C, Ng. 2016. Optimising peripheral venous catheter usage in the general inpatient ward : a prospective observational study. *J Clin Nurs*,26,133-39.

Goudra B, Singh P.M, Galvin E. 2014. Comparison of Compliance of Glove Use Among Anesthesia Providers: A Prospective Blinded Observational Study. *AANA Journal*,82,363-67.

Piredda M, Biagioli V, Barrella B, Carpisassi I, Ghinelli R, Giannarelli D, De Marinis MG. 2017. Factors affecting difficult peripheral intravenous cannulation in adults: a prospective observational study. *J Clin Nurs*,26,1074-1084.

Creswell J, Vicki L, Plano C. 2011. Designing and conducting mixed method research. Los Angeles: SAGE Publications.

Cohen L, Manion L, & Morrison K. 2007. Research methods in education. London, Routledge.

Alzheimer Disease International. Dementia statistics. 2015. <https://www.alz.co.uk/research/statistics> (2015, accessed 8 April 2019)

- Natalwala A, Potluri R, Uppal H, Heun R. 2008. Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. *Dementia Geriatr Cogn Disord*,26,499-505.
- Newbury, D.2001. Diaries and fieldnotes in the research process. *Research issues in art design and media*,1.
- Bernard H.R. 2011. *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: AltaMira Press.
- Lorish CD, Maisiak R. 1986. The Face Scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood. *Arthritis Rheum*,29,906-9.
- Erlingsson G, Brysiewicz P. 2017. A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*,7,93-99.
- Bengtsson M. 2016. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing plan open*,2,8-14.
- Williams J. 2011. Care quality Commission Dignity and nutrition inspection program: National overview. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20111007_dignity_and_nutrition_inspection_report_final_update.pdf (2011, accessed 1 May 2019).
- Gallagher A, Li S, Wainwright P, Jones I. R, & Lee D. 2008. Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC nursing*,7,11. doi:10.1186/1472-6955-7-11
- Jones T, Hamilton P, Murry N. 2015. Unfinished nursing care, missed care and implicitly rationed care: state of the science review. *Int J of Nursing Studies*,52,1121-37.
- Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hialtadottir I et al. 2018. Ethical elements in priority setting in nursing care: As scoping review. *Int J NurStud*,88,25-42.
- Gastmans C. 2013. Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nursing Ethics*,20,142-9.
- Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. 2004. A concept analysis of dignity for older adults. *J Adv Nurs*,48,76-83.
- Leget C. 2013. Analyzing dignity: a perspective from the ethics of care. *Med Health Care Philos*,16,945-52.

- Sevick MA, McConnell T, Muender M. 2003. Conducting Research Related to Treatment of Alzheimer's Disease: Ethical Issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 29,6-12.
- Filaković P, Erić AP, Mihanović M, Glavina T, Molnar S. 2011. Dementia and legal competency. *CollAntropol*,35,463-9.
- Kelly F, Innes A. 2013. Human rights, citizenship and dementia care nursing. *Int J OlderPeopleNurs*,8,61-70.
- Skirbekk H. & Nortvedt P. 2011. Making a difference: A qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*,19,77–88.
- Evrpidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou E.2018. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: systematic literature review. *Pespectiv Psychiatr Care*, 55,48-60.
- Ball J, Griffiths P, Rafferty A.M., Lindqvist R, Murrels T. 2016. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J of AdvNurs*,72,2086-97.
- Knopp-Sihota JA, Niehaus L, Squires JE, Norton PG, Estabrooks CA. 2015. Factors associated with rushed and missed resident care in western Canada nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *J Clin Nurs*,24,1815-25.
- Alzheimer's Association. 2016. Alzheimer's disease facts and figures. 2016. Available at: http://www.alz.org/documents_custom/2016-Facts-and-Figures-Fact-Sheet.pdf. Accessed 19 March 2019.
- WHO. Dementia: a public health priority. 2012. Available at: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/. Accessed 14 February 2019.
- Knapp M. 2007. Economic outcomes and levers: impacts for individuals and society. *IntPsychogeriatr*,19 (3),483-95.
- Robinson A, Eccleston C, Annear M, Elliott K.E, Andrews S, Stirling C, Ashby M, Donohue C, Banks S, Toye C. &McInerney F. 2014. Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *JournalofPalliativeCare*, 30(3),158–165.
- Bryans M, Keady J, Turner S, Wilcock J, Downs M &Ilfie S. 2003. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*,12(17),1029–1037.

Kada S, Nygaard H.A, Mukesh B.N &Geitung J.T.2009. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*,18(16), 2383–2392.

Josefsson K, Sonde L &Wahlin T.-B.R. 2008. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*,45(3),428–441.

Galvin J.E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M & McGillick J. 2010. “Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*,24(4),372–379.

Marx K.A, Stanley I.H, Van Haitisma K, Moody J, Alonzi D, Hansen B.R &Gitlin L.N. 2014. Knowing versus doing: Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*,40(12),26–34.

Barrett J.J., Haley W.E., Harrell L.E. & Powers R.E. 1997. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*,11(2),99–106.

WHO. 2016. Management of substance abuse. Process of translation and adaption of intruments.2016.

http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Accessed 13th March 2019.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). 2014. What is vulnerability? <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/what-is-vulnerability/>. Accessed 21th January 2019.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC).2009. Elder abuse: prevention Strategies. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/prevention.html> . Accessed 3rd January 2019.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC).2017. Elder Abuse. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/index.html>. Accessed 3rd January 2019.

Dixon J, Manthorpe J, Biggs S, Mowlam A, Tennant R., Tinker A&McCreadie C. 2010. Defining elder mistreatment: Reflections on the United Kingdom study of abuse and neglect of older people. *Ageing & Society*,30(3), 403–420.

Gilhooly M.L.M, Cairns D, Davies M, Harries P, Gilhooly K.J, Notley E. 2013. Framing the detection of financial elder abuse as bystander intervention: Decision

- cues, pathways to detection and barriers to action. *Journal of Adult Protection*,15(2),54–68.
- Manthorpe J. 2013. Elder abuse. In: Denning. Oxford textbook of old age psychiatry (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.779-83.
- Manthorpe J. 2015. The abuse, neglect and mistreatment of older people with dementia in care home and hospitals in England: the potential for secondary data analysis: innovative practice. *Dementia*,14(2),273-9.
- Alzheimer Society. Counting the cost. 2009. https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/787/counting_the_cost.pdf. Accessed 9th February 2019.
- Kalisch B.J, Landstrom G.L. & Hinshaw A.S. 2009. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7),1509–1517.
- Kalisch B,Tschannen D, Lee H, FrieseC. 2012. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*,26(4),291–299.
- Papastavrou E. 2012. The ethics of care rationing within the current socioeconomic constraints. *Health Science Journal*,6(3),362–364.
- Schubert M, Carke S, Glass T, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. 2010. Identifying thresholdsfor relationship between impacts of rationing of nursing care and nurse and patient reported Outcomes in Swiss hospitals : A correlational study.*Int J nurs Stud*,46(7),884–893.
- Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. 2014. Rationing of nursing care and nurses-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Manage*,2(1),3-25.
- Verall C, Aberly E, Harvey C, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Blackmann I. 2015. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care--A South Australian study.*Collegian*,22(4),413-20.
- Blackman I. 2015. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*,24(1–2),47–56.
- Nortvedt P, Hem M.H. & Skirbekk H. 2011. The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing ethics*,18(2),192–200.
- Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW.2014. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual*,29,415–22.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. 2012. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual*,27,6–12

- Lucero R. 2009. Nursing Informatics Implications from a Study of Unmet Nursing Care Needs. *Connecting Health and Humans*,5043,817–821.
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P For the RN4CAST Consortium, et al. 2017. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*,26,559-568.
- Morin D, Leblanc N. 2005. Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract*, 11(5),214–220.
- Kalisch B.J, Xie B. 2014. Errors of omission: missed nursing care. *Western J. Nurs. Res*,36(7), 875–890.
- Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebo A, Grothe KH et al. 2008. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Journal of medical ethics*,34,230–5.
- Sochalski J. 2004. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*,42(2),67-73.
- Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen M.A., De Geest S., Schwendimann R. 2013. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud*,50(2),240–252.
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A.M, et al. 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *Br. Med. J. Qual. Safety*,23(2),126–135.
- Lucero R.J, Lake E.T, Aiken L.H. 2010. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J. Clin. Nurs*,19(15–16),2185–2195.
- Hayward R.A, Asch S.M, Hogan M.M, Hofer T.P, Kerr E.A. 2005. Sins of omission: getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety. *J. Gen. Intern. Med*,20,686–691.
- Brown P, Fraser K, Wong CA, Muise M, Cummings G. 2012. Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *J NursManag*. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01352.x
- Dhaini SR, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, Schwendimann R. 2016. Care workers health in Swiss nursing homes and its

association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*,53,105-15.

Toye C, Lester L, Popescu A, McInerney F, Andrews S, Robinson AL.2014. Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff.*Dementia (London)*, 13(2),248-56.

Kimzey M, Matel-Smith B, Alfred D. 2016. The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. *Nurse Education Today*,46,57-63.

Breckler S.J. 1984. "Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude". *Journal of Personality and Social Psychology*,47(6),1191–1205.

WHO. 2016. Management of substance abuse. Process of translation and adaption of instruments.http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Accessed 13th September 2018.

Marshall M. Sampling for qualitative research. *Family Practice*.1996;13(6):5225.

Streit S, Limacher A, Zeller A, Burrge M. D. 2015. Detecting dementia in patients with normal neuropsychological screening by Short Smell Test and Palmo-Mental Reflex Test: an observational study. *BMC Geriatrics*,15,90.

Travers C, Byrne G.J, Pachana NA, Klein K, Gray LC. 2014. Prospective observational study of dementia in older patients admitted to acute hospitals. *Austral J Ageing*,33(1),55-8.

Hager K, Calabrese P, Frolich L, Gobel C, Berer FM. 2003. An observational clinical study of the efficacy and tolerability of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease. *Dement GeriatrCogn Disord*,15(4),189-98.

Lonner W.G, Berry J.W. 1986. Field notes in cross-cultural research. Newbury Park.CA: Sage Publications.

Kang Y, Moyle W, Venturato L. 2011. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*,6(2),143-152.

Surr C.A, Smith S.J, Crossland J. & Robins J. 2015. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: a repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*,53,144–151.

- Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Graham P, Pilling M, Gregory J, Roach P, Fossey J. & Keady J. 2014. 'Getting to know me': the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*,18(4),481–488.
- Manthorpe J, Iliffe S. & Eden A. 2003. Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing*,44(2),183–191.
- Davison T.E, McCabe M.P, Visser S, Hudgson C, Buchanan G. & George K. 2007. Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,22(9),868–873.
- EinangAlnes R, Kirkevold M. &Skovdahl K. 2011. Insights gained through MarteMeo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing*,6(2),123–132.
- McCaffrey R, Tappen R.M, Lichtstein D.M. &Friedland M. 2013. Interprofessional education in community-based Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *Journal of Interprofessional Care*,27(6),1356–1820.
- Palmer J.L, Lach H.W, McGillick J, Murphy-White M, Carroll M.B. & Armstrong J.L. 2014. The dementia friendly hospital initiative education program for acute care nurses and staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*,45(9),416–424.
- Gustafsson M, Bohman DM, Borglin G. 2014. Challenges of conducting experimental studies within a clinical nursing context. *ApplNurs Res*,27(2),133-6.
- Borglin G, Gustafsson M, Krona H. 2011. A theory-based educational intervention targeting nurses' attitudes and knowledge concerning cancer-related pain management: a study protocol of a quasi-experimental design. *BMC Health Serv Res*,23(11),233.
- Mahedran R, Tan J,Griva K, Lim H, Ng H.Y, Chua J,Lim, SE and Kua EH. 2015. A pilot, quasi-experimental, mixed methods investigation into the efficacy of a group psychotherapy intervention for caregivers of outpatients with cancer: the COPE study protocol. *BMJ Open*,5(11),e008527.
- Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris A. 2016. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of carer rationing. *Eur J Oncol Nurs*,21,48-56.
- Chassin M.R, Galvin R.W. 1998. The National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *J. Am. Med. Assoc*,280(11),1000–1005

- El-Jardali F, Lagace M. 2005. Making hospital care safer and better: the structure–process connection leading to adverse events. *Healthc. Q*,8(2),40–48
- Halvorsen K, Slettebø A, Nortvedt P, Pedersen R, Kirkevold M, Nordhaug M, Brinchmann BS. 2008. Priority dilemmas in dialysis – The impact of old age. *J Med ethics*,34(8),585-9.
- Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. 2010. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res*, 42(4),22–39
- Castner J, Wu Y.W.B, Dean-Baar S. 2014. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western J. Nurs.Res.* <http://dx.doi.org/10.1177/0193945914535670> Accessed 11th January 2019.
- McWhirter JP, Pennington CR.1994. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*, 308(6934),945-8.
- Rochefort CM, Clarke S. 2010. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs*,66(10),2213–2224.
- Vryonides S, Papastavrou E. & Charalambous A.2015. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*,22(311),881–900.
- Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. 2016. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nurs Ethics*,27.pii:0969733016664979.
- Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, Hróbjartsson A, Mann H, Dickersin K, Berlin J, Doré C, Parulekar W, Summerskill W, Groves T, Schulz K, Sox H, Rockhold FW, Rennie D, Moher D. 2013. SPIRIT 2013 Statement: Defining standard protocol items for clinical trials. *AnnIntern Med*,158,200-207.
- Bail K, GrealishL.'2016. Failure to Maintain': A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *Int J Nurs Stud*, 63,146-161.
- Howe E.2012. Informed Consent, participation in research and the Alzheimer patient. *Innov Clin Neurosci*, 9,47-51.
- Hedge S, Ellajisyula R. 2016. Capacity issues and decision-making in dementia. *Ann Indian Acad Neurol*,19,34-39.

- Montgomery P & H Bailey, P. 2007. Field Notes and Theoretical Memos in Grounded Theory. *Western journal of nursing research*,29,65-79.
- Suhonen R, Gustafsson M, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H.2010. Nurses' perceptions of individualized care. *JAN*, 66 (5),1035-46.
- Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J, Leino-Kilpi H. 2012. Nurses' assessments of individualised care in long-term care institutions. *J Clin Nurs*,21 (7-8),1178-88.
- Bayles K.A, Tomoeda CK, Cruz R, Mahendra, N. 2000. Communication Abilities of Individuals With Late-Stage Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*,14 (3), 176-81.
- Alzheimer's Society.2009. Counting the Cost. London: [Available at http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=787 (accessed 21st Sept 2012).].
- Bridges J, Flatley M, Meyer J.2010. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud*, 47,89–107
- Thune-Boyle I, Sampson E, Jones L, King M, Lee D, Blanchard M.2010. Challenges to improving end of life care of people with advanced dementia in the UK. *Dementia*, 9,259–284
- Tolson D, Smith M, Knight P.1999. An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design. *Journal of Advanced Nursing*, 30,1127–36
- Donnelly S, Battley J.2010. Relatives' experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *Mortality*, 15,81–100.
- Verhaeghe S, van Zuuren F, Grypdonck M, Duijnste M, Defloor T. 2010.The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma. *Journal of Clinical Nursing*, 19,583–589.
- Higgins I, Joyce T.2007. The immediate needs of relatives during the hospitalisation of acutely ill older relatives. *Contemporary Nurse*, 26,208–220.
- Adams T, Gardiner P.2005. Communication and interaction within dementia care triads. *Dementia*, 4,185–205

- Brooker D.2006. Person-centred dementia care: making services better. Jessica Kingsley: London.
- Harwood RH, Porock D, King N, Edwards G, Hammond S, Howe L, Russell C, Howard S, Jones RG, Marrant JD.2010. Development of a specialist medical and mental health unit for older people in an acute general hospital. University of Nottingham Medical Crises in Older People discussion paper series. Issue 5. Available at <http://www.nottingham.ac.uk/mcop/index.aspx> (accessed 15-8-19). ISBN ISSN 2044–4230.
- Harwood RH, Goldberg SE, Whittamore KH, Russell C, Gladman JR, Jones RG, Porock D, Lewis SA, Bradshaw LE, Elliot RA, of Medical Crises in Older People Study Group (MCOP).2011. Evaluation of a Medical and Mental Health Unit compared with standard care for older people whose emergency admission to an acute general hospital is complicated by concurrent 'confusion': a controlled clinical trial. Acronym: TEAM: Trial of an Elderly Acute care Medical and mental health unit. *Trials*, 12:123. <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/123> (accessed 15-8-19)
- Sampson EL, White N, Lord K, Leurent B, Vickerstaff V, Scott S, et al. 2015. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain*,156(4), 675–83
- Jurgens P, Gladman J., Harwood R. H, Clissett P. 2012. Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC Geriatrics*,12,57
- Lichtner V, Dowding D, Allcock, N, Keady J, Sampson E, Briggs M, Corbett A, James K, Lasrado R. 2016. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Serv Rev*, 16,427
- Fry M, Chenoweth L, MacGregor C, Arendts G. 2015. Emergency nurses perceptions of the role of family/carers in caring for cognitively impaired older persons in pain: A descriptive qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 52(8),1323–31.
- Jones D. 2013. A family living with Alzheimer's disease: The communicative challenges. *Dementia*.
- Watson B, Hewett D, Gallois C. 2019. Approaches and Methods in Intergroup Communication from: The Handbook of Intergroup Communication Routledge

<https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203148624.ch3>

Giles H, Gallois, C, Ogay T. 2005. "Communication Accommodation Theory: A look Back and a Look Ahead". In Gudykunst, William B. (ed.). *Theorizing About Intercultural Communication*. Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 121–148. ISBN 978-0-7619-2749-5.

Bates J, Taylor A. 2018. "Grandparent–Grandchild Relationships". *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*. 2016. Retrieved December 8, 2018.

Giles H, Coupland J, Coupland, N. 1991. "Accommodation Theory: Communication, Context, and Consequence". In Giles, Howard; Coupland, Justine; Coupland, N. (eds.). *Contexts of Accommodation*. New York, NY: Cambridge University Press.

Villagran M., Hajek C., Zhao X., Peterson E., & Wittenberg-Lyles E. 2012. Communication and culture: Predictors of treatment adherence among Mexican immigrant patients. *Journal of Health Psychology, 17*(3), 443–452. <https://doi.org/10.1177/1359105311417194>

Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont R, and MacGibbon B. 2008. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ, 178* (12), 1555-1562.

Baker G, Norton P, Flintoft V, Blais R, Brown R, Cox J, Etchells E, Ghali W, Hébert P, Majumdar S, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid R, Sheps R, Tamblyn R. 2004. *CMAJ, 170* (11), 1678-1686

CRICO. 2015. Malpractice risks in communication failures. <https://www.rmfi.harvard.edu/Malpractice-Data/Annual-Benchmark-Reports/Risks-in-Communication-Failures> (accessed 20 June 2019)

King BJ, Gilmore-Bykovskyi AL, Roiland RA, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJ. 2013. The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc, 61*(7), 1095–1102. doi:10.1111/jgs.12328

Sayre-Adams J, Wright S. 2001. *Therapeutic Touch* 2nd edition. 1995. Elsevier © Churchill Livingstone.

McLeod, S. A. 2018. Attitudes and behavior. *Simply psychology*. Available at: <https://www.simplypsychology.org/attitudes.html> (accessed 26th February 2020)

Dekker, H. & B. Dijkgraaf, F. Meijerink 2007. Behaviour and attitude; effect of attitude on behavioural desire with respect to foreign countries and peoples and Germany and Germans in particular, in: Poppe, E. & M. Verkuyten (eds.), *Culture and Conflict*, Amsterdam: Aksant Academic Publishers, 197-215.

Sayre-Adams J, Wright S, Aeyard B, Sykes M, Doherty D. 2001. Therapeutic touch in dementia care. *Nursing older People*. 14, (6),20-1.

Autton N. 1990. *Touch: an exploration*. London: Darton, Longman and Todd.

Chang S. 2003. The conceptual structure of physical touch in caring. *JAN*, 33 (6):820-7.

Estrabrooks C, Morse J. 1992. Towards a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *JAN*, 17, 448-56.

DeVos J. 1989. The patient with brain dysfunction. In Lewis S et al (Eds) *Manual of Psychosocial Nursing Interventions Promoting Mental Health in Medical-Surgical Settings*. London, WB Saunders Company.

Jenkins D, Price B. 1996. Dementia and personhood: a focus for care? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 84-90.

Kim EJ, Buschmann MT. 1999. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 3, 235-243.

McCann K, McKenna H. 1993. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 838-846.

Nesbitt Blondis M, Jackson BE. 1982. *Nonverbal Communication with Patients, Back to the Human Touch*. Second edition. New York, John Wiley & Sons.

Northouse LL, Northouse PG. 1998. *Health Communication Strategies for Health Professionals*. Third edition. London, Prentice Hall International.

Norberg A. 1986. Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 4, 315-323.

Scurfield M. 1998. Social interaction. In Marr J, Kershaw B (Eds) *Caring for Older People: Developing Specialist Practice*. London, Arnold.

- Tutton E. 1998. An exploration of touch and its use in nursing. In McMahon R, Pearson A (Eds) *Nursing as Therapy*. Second edition. Gloucester, Stanley Thornes Ltd.
- Routasalo P, Isola A. 1996. The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3, 2, 165-176.
- Perrin T. 1997. Occupational need in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 934-941.
- Kitwood T. 1997. On being a person. *Dementia reconsidered: The person comes first*. 7–19.
- Stokes G. 2000. Challenging behaviour in dementia: a person-centred approach. *Speechmark*.
- Klimova B, Kuca K. 2016. Speech and language impairments in dementia. *Journal of Applied Biomedicine*, 30, 14(2), 97–103.
- Sweeting H, Gilhooly M. 1997. Dementia and the phenomenon of social death. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 93–117.
- Åström S, Nilsson M, Norberg A, Sandman PO, Winblad B. 1991. Staff burnout in dementia care—relations to empathy and attitudes. *International journal of nursing studies*, 28(1), 65–75.
- Berg A, Hansson UW, Hallberg IR. 1994. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of advanced nursing*, 20 (4), 742–9. PMID: 7822611
- Chappell NL, Novak M. 1992. The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32(3), 351–9. PMID: 1500000
- Constable JF, Russell DW. 1986. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 12(1), 20–6. <https://doi.org/10.1080/0097840X>.
- Burgio LD, Engel BT, Hawkins A, McCormick K, Scheve A. 1990. A descriptive analysis of nursing staff behaviors in a teaching nursing home: Differences among NAs, LPNs, and RNs. *The Gerontologist*, 30(1), 107–12. PMID: 2311952
- Carstensen LL, Fisher JE, Malloy PM. 1995. Cognitive and affective characteristics of socially withdrawn nursing home residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1(3), 207–18.

- Woods R, editor. 1999. Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care. Wiley.
- Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. 1995. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Non verb Behav*, 19,223–4.
- Evans, L., Cotter, V. 2008. Avoiding Restraints in patients with dementia: understanding, prevention and management are the keys. *AJN*. 108 (3), 40-49.
- Magai, C, Cohen C. I. and Gomberg D.2002. Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International Psychogeriatrics*, 14, 25–38.
- Van Weert J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg P. M, Ribbe M. W. and Bensing J. M. 2005. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58, 312–326.
- Van Weert J. C, Janssen B. M, van Dulmen A. M, Spreeuwenberg P. M, Bensing J. M. and Ribbe M. W. 2006. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53,656-668.
- Cohen-Mansfield J, Werner P. 1997. Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *Int J Geriatr Psy-chiatry*, 12(11), 1079–1091.
- Bourbonnais A, Ducharme F. 2008. Screaming in elderly persons with dementia. A critical review of the literature. *Dementia*, 7(2), 205–225.
- Cohen-Mansfield J. 2000. “Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia.” *Alzheimer's Care Q*,1(4), 8–21.
- Kertesz A. 2004. Language in Alzheimer's disease. In: Morris R,Becker J, eds. *Cognitive Neuropsychology of Alzheimer's Dis-ease*. Oxford, UK: Oxford University Press; 197–218.
- PerkinsL,WithworthA,Lesser R. 1998. Conversing in dementia: a conversation analytic approach. *J Neurol*, 11(1-2),33–53.
- Ryan DP, Tainish SMM, Kolodny V, Lendrum BL, Fisher RH.1988. Noise-making amongst the elderly in long-term care. *Gerontologist*, 28(3),369–371.
- McGilton KS, Boscart V, Fox M, Sidani S, Rochon E, Sorin-Peters R.2009. A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health

- care providers caring for patients in residential care settings. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6(3), 149–159.
- Smith PA.2008. Compassion and smiles: what's the evidence? *J Res Nurs*, 13,367–70.
- Curtis K. 2014. Learning the requirements for compassionate practice: student vulnerability and courage. *Nurs Ethics*, 21,210–23
- Merriam-Webster Dictionary. Available at: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/compassion> accessed 2nd July 1, 2019
- Bharat G, Nazima M, Alpa G, Malkesh M, Nishal S. 2017. A Qualitative Study of Knowledge, Attitude and Practice towards Pharmacovigilance among Doctors and Nursing Staff in a Tertiary Care Hospital in India. *J Clin Diagn Res*, 11(4), FC01–FC03.
- Heydari A, Kareshki H, Armat M. 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 5, 121 doi: 10.15171/jcs.2016.013
- Levett-Jones T, Gersbach J, Arthur C, Roche J.2011. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. *Nurse Education in Practice*, 11, 64–69.
- Epstein RM, Hundert EM. 2002. Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287, 226–235.
- Khodayarian M, Vanaki Z, Navipour H, Vaezi AA. 2011. The effect of nursing management development program on clinical competency in coronary care unit. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 15(1),40–50.
- Karami A, Farokhzadian J, Foroughameri G. 2017. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS One*, 12(11):e0187863.
- Leino-Kilpi H, Gröndahl W, Pekonen A, Katajisto J, Suhone R, Valkeapää K, Virtanen H, and Salanterä S. 2015. Knowledge received by hospital patients—a factor connected with the patient-centred quality of nursing care. *Int J Nurs Pract*, 21, 689–698. doi: 10.1111/ijn.12277.

- Weiner MF, Tractenberg RE, Jin S, Gamst A, Thomas RG, Koss E, Thal LJ. 2002. Assessing Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory: scoring and clinical implications *J Psychiatr Res*, 36 (1), 19-25
- Brett L, Traynor V, Stapley P, Meedya S. 2016. Acceptability of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in an Australian residential aged care facility. *Colegian*, 24 (6), 579-584.
- Griffiths AW, Albertyn CP, Burnley NL, Creese B, Walwyn R, Holloway I, Safarikova J, Surr CA. 2020. Validation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Observational (CMAI-O) tool. *Int Psychogeriatr*, 32 (1), 75-85. doi: 10.1017/S1041610219000279.
- Weiner SJ, Auster S. 2007. From empathy to caring: defining the ideal approach to a healing relationship. *Yale J Biol Med*, 80(3), 123–130.
- Kyle RG, Medford W, Blundell J, Webster E, Munoz SA, Macaden L. 2017. Learning and unlearning dignity in care: Experiential and experimental educational approaches. *Nurse Educ Pract*, 25, 50-56.
- Jahanshahi Z, Sarabi AG, Bohrnai F, Nasiri M, ANboohi SZ. 2017. The correlation between the clinical competency and empathy of nurses: case study, intensive care units of the educational hospitals of Kerman medical science University, Iran. *Ann Trop Med Public Health*, 10, 694-7.
- Batson, C. D., Ahmad, N., & Stocks, E. L. 2004. Benefits and liabilities of empathy-induced altruism. In A. G. Miller (Ed.), *The social psychology of good and evil* (pp. 359-385). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Brenda K. Bryant, 1982. An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child Development*, 53, 2, 413-425.
- Konrath, S., & Grynberg, D. 2016. The positive (and negative) psychology of empathy. In D. F. Watt & J. Panksepp (Eds.), *Psychology of emotions, motivations and actions. Psychology and neurobiology of empathy*, 63-107. Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books
- Vévodová S, Vévoda J, Vetešnicková M, Kisvetrová H and Chrastina J. 2016. The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services, *Kontakt*, 18, 1, 17-21.

- Yu J, Kirk M.2008. Measurement of empathy in nursing research: systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 64, 5, 440-454.
- Åstrom S, Nilsson M, Norberg A. and Winblad B. 1990. Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1236-1244. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01738.x
- Aaron M. Gilson and Delores M. Moyer.2016. Predictors of empathy in dementia care staff, *American Journal of Alzheimer's Disease*,15, 4, 239-251.
- Murray JAH, editor. 1933. The Oxford English Dictionary. Vol. X. London: Oxford University Press; p.369. [Google Scholar]
- Flexner SB, Hauck LC, editors. 1987. The Random House dictionary of the English language. 2nd ed. New York: Random House; p. 1926.
- Merriam-Webster's Unabridged Dictionary [Internet] [cited 2019 Sep 19]. Available from:<http://www.m-w.com>.
- Goleman, D. 1995. Emotional intelligence. New York, NY, England: Bantam Books, Inc.
- Cherniss C, Goleman D.2001. Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Building. The Emotionally Intelligent Workplace. Northwest Missouri State University.
- Goleman D. 2011. The Brain and Emotional Intelligence: New Insights By Daniel Goleman More Than Sound, Florence, MA © 2011.
- Freshwater D. and Stickley T. 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11, 91-98.
- Sinclair S, Beamer K, Hack TF, et al. 2017. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*, 31(5), 437–447. doi:10.1177/0269216316663499
- Crump B. 2019. Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care. *Clin J Oncol Nurs*, 23 (3),E46-E51.
- Gurdogan EP, Kurt D, Aksoy B, Kınıcı E, Şen A. 2017. Nurses' perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity: A sample from Turkey. *Death Stud*, 41(3),180-187.
- Nåden D, Eriksson K.2004. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q*, 17(1), 86-91.

- Bayer A, Tadd W, Krajcik S. 2005. Dignity: the voice of older people. *Quality in ageing: policy, practice and research*, 6 (1),22-9.
- Baillie L, Matiti R. 2011. Dignity in Healthcare: a practical approach for nurses and midwives. Radcliffe Publishing.
- Avestan Z, Pakpour V, Rahmani A, Mohammadian R, Soheili A. 2019. The Correlation between Respecting the Dignity of Cancer Patients and the Quality of Nurse-Patient Communication. *Indian J Palliat Care*,25(2),190–196. doi:10.4103/IJPC.IJPC_46_18
- France: Declaration of the right of Man and the Citizen. 1789. <https://www.refworld.org/docid/3ae6b52410.html> [accessed 9 August 2019]
- Hunt L. 2007. Inventing human rights, New York: Norton & Norton.
- Douglas H. 2014. "Online Etymology Dictionary. Retrieved 9th August 2019.
- Aristoteles. Eudemian Ethics., translated by Anthony Kenny. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- Friedman, Samuel Robert, Rossi, Diana y Ralón, Gonzalo. 2015. Dignity Denial and Social Conflicts. *Rethinking Marxism*, 27, 65-84.
- Keymer B. 2007. "What is the key to dignity –wonder or empathy?" *Paper presented at the 4th annual conference of the HDCA, 18-20 September 2007, New York, USA.*
- McKean, E. 2005. *The new Oxford American dictionary*. New York, N.Y: Oxford University Press.
- American Holistic Nurses Association. 2018. Foundation, competencies and curricular guidelines for basic to doctoral holistic nursing education. Available at: <https://www.ahncc.org/wp-content/uploads/2017/10/ESSENTIALS-REQUISITES-20-Sept-30.pdf> (accessed 12th August 2019)
- Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. 2007. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 8,8.
- Tjale AA, Bruce J.2007. A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30(4),45-52.
- Morgan S, Yoder LH.2012. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*, 30(1),6-15.
- Selimen D, Andsoy II.2011. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J*, 93(4), 482-7.

- Davis-Floyd R.2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*, 75 Suppl 1,S5-S23.
- Olive P.2003. The holistic nursing care of patients with minor injuries. *Accid Emerg Nurs*, 11(1),27-32.
- Thompson EA, Quinn T, Paterson C, Cooke H, McQuigan D, Butters G.2008. Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complement Ther Clin Pract*, 14(1),25-32.
- Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. 2015. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*, 21(2),214–224. doi:10.4103/0973-1075.156506
- Kinnear D, Williams V, Victor C. 2014. The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC Res Notes*, 7,854. doi:10.1186/1756-0500-7-854
- Adib-Hajbaghery M, Aghajani M. 2015. Patients dignity in nursing. *Nurs Midwifery Stud*, 4(1):e22809.
- Griffin-Heslin VL. 2005. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs*, 13(4),251–7.
- Nayeri ND, Aghajani M.2010. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nurs Ethics*, 17(2),167–77.
- Baillie L. 2009. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*, 46(1),23–36.
- International Council of Nurses. 2012. The ICN code of ethics for nurses. Available from:http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.
- Zehtab S, Adib-Hajbaghery M. 2014. The importance of spiritual care in nursing. *Nurs Midwifery Stud*, 3(3), e22261.
- Kourkouta L, Papathanasiou IV. 2014. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*,26(1),65–67. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67
- Raya A. 2006. Nursing of man as a unique person. *Nosileftiki*, 45(1),19–24.
- Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negarandeh R, Rahnavard Z. 2011. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*, 13(1),23–34.
- Papadantonaki A. 2006. Communication and Nursing. *Nosileftiki*, 45(3),297–298.

- Wikström BM, Svidén G.2011. Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing Reports*, 1(1),e7–e7.
- Panagopoulou E, Benos A.2004. Communication in medical education. A matter of need or an unnecessary luxury? *Archives of Hellenic Medicine*, 21(4),385–390.
- Kourkouta L. 2011. Athens: PH. Paschalidis; 2011. Nursing Diagnostic.
- Yen PY, Kellye M, Lopetegui M, et al.2018. Nurses' Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. *AMIA Annu Symp Proc*, 1137–1146.
- Spencer R, Coiera E, Logan P. 2004. Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 44(3),268–273.
- Berg LM, Kallberg AS, Goransson KE, Ostergren J, Florin J, Ehrenberg A. 2013. Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Qual Saf*, 22(8),656–663.
- Walter SR, Li L, Dunsmuir WT, Westbrook JI. 2014. Managing competing demands through task-switching and multitasking: a multi-setting observational study of 200 clinicians over 1000 hours. *BMJ Qual Saf*, 23(3),231–241.
- Labrague LJ, Arteché DL, Yboa BC, Pacolor NF.2012. Operating Room Nurses' Knowledge and Practice of Sterile Technique. *J Nurs Care*, 1:113. doi:10.4172/2167-1168.1000113
- Michalopoulos A, Sparos L. 2003. Post-operative wound infections. *Nurs Stand*, 17(44),53-6.
- Luo Y, He GP, Zhou JW, Luo Y. 2010. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *Int J Infect Dis*, 14(12),e1106-14. doi: 10.1016/j.ijid.2009.03.037.
- Melo Dde S, Silva e Souza AC, Tipple AF, das Neves ZC, Pereira MS. 2006. Nurses' understanding of standard precautions at a public hospital in Goiania - GO, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 14(5),720-7.
- Bree-Williams FJ, Waterman H.1996. An examination of nurses' practices when performing aseptic technique for wound dressings. *J Adv Nurs*,23(1),48-54.
- Taifoori L, Valiee S.2015. Understanding or nurses' reactions to errors and using this understanding to improve patient safety.*ORNAC J*,33(3),13-22, 32-42.
- Shearer B, Marshall S, Buist MD, et al. 2012. What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of

bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 21,569-575.

Dawn S, Carley M, Ballantyne B, Skrutkowski M, Whynot A. 2014. Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (3), 268-277

Manias E, Aitken R, Dunning T. 2005. How graduate nurses use protocols to manage patients' medications. *J Clin Nurs*, 14 (8), 935-44.

van den Bemt PM, Idzinga JC, Robertz H, Kormelink DG, Pels N. 2009. Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system. *J Am Med Inform Assoc*, 16(4),486–492. doi:10.1197/jamia.M2959

Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. 2013.Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(3),228–231.

Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. 2011. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res*, 11,319.

Wright S, McSherry W. 2013. How much time do nurses spend on patient care? *Nursing Times*, 109, 2-5.

Lim S.C, Kaysar Mamun J, Lim KH. 2014. Comparison between elderly inpatient fallers with and without dementia. *Singapore Med J*, 55,67–71.

The Alzheimer Society of Ireland. 2012.I have dementia I have rights. <https://www.alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/Helpline%20and%20Information%20Resources/publications/ASI-A5-Know-Your-Rights-Booklet-Web.pdf?ext=.pdf>

WHO. 2012 Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>

Tadd W, Vanlaere L. & Gastmans C. 2010. Clarifying the Concept of Human Dignity in the Care of the Elderly. *Ethical Perspectives*, 17(2),253–281.

- Choe K., Kang Y., Park Y. 2015. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *J. Adv. Nurs*, 71, 1684–1693.
- Bentzen G, Harsvik A, Brinchmann B.S. 2013. Values that vanish into thin air": nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nurs. Res. Pract.* <https://doi.org/10.1155/2013/939153>.
- Skirbekk H, Nortvedt P. 2014. Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals. *Health Care Anal*, 22, 192–201
- Rooddehghan Z, Yekta Z.P, Nasrabadi A.N. 2016. Ethics of rationing of nursing care. *Nurs. Ethic.s* <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>. [Epub ahead of print].
- Sundin K, Fahlen U, Lundgren M, et al., 2014. Registered nurses' experiences of priorities in surgery care. *Clin. Nurs. Res*, 23, 153–170.
- Varekamp I, Meiland F.J, Hoos A.M, Wendte J.F, de Haes J.C, Krol L.J, et al. 1998. The meaning of urgency in the allocation of scarce health care resources; a comparison between renal transplantation and psychogeriatric nursing home care. *Health Policy*, 44, 135–148.
- Walton N.A, Martin D.K, Peter E.H. et al. 2007. Priority setting and cardiac surgery: a qualitative case study. *Health Policy*, 80, 444–458.
- Milton-Willey K, O'Brien L. 2010. Care of acutely ill older patients in hospital: clinical decision-making. *J. Clin. Nurs*, 19, 1252–1260.
- Alzheimer 's disease International. 2015. The Global Impact of dementia. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (assessed 24th September, 2018)
- Bowie P, Skinner J, de Wet C. 2013. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. *BMC Health Serv Res*, 7(13),50–50.
- Poh CL, Parasuram R, Kannusamy P.2013. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *Int J Evid Based Health*, 11(1),26–32.
- Ortega Mdel C, Cecagno D, Llor AM, de Siqueira HC, Montesinos MJ, Soler LM. 2015. Academic training of nursing professionals and its relevance to the

- workplace. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(3), 404–410. doi:10.1590/0104-1169.0432.2569.
- Barbera Ortega MC. 2014. "Adecuación de la Formación del Profesional de Enfermería en la Región de Murcia". Murcia: Universidad de Murcia.
- Fernández Losa N. 2002. El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuad Gestión*, 2 (1), 65–90.
- Surr CA, Gates C. 2017. What works in delivering dementia education or training to hospital staff? A critical synthesis of the evidence. *Int J Nurs Stud*, 75, 172-188.
- Åstrom S, Nilsson M, Norberg A, Sandman P.O, Winblad B. 1991. Staff burnout in dementia care - relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (1), 65-75.
- Coates C.J. 1997. The Caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3 (1), 53-59.
- Moyle W , Olorenshaw R , Wallis M. and Borbasi S. 2008. Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 121-130. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00114.x
- Smythe A, Jenkins C, Harries M, Atkins S, Miller J, Wright J, Wheeler N, Dee P, Bentham P, Oyebode J. 2014. Evaluation of dementia training for staff in acute hospital settings. *Nurs Older People*, 26 (2), 18-24.
- Skovdahl K, Larsson A. & Kihlgren M. 2004. Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 515–525.
- Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Pilling M, Gregory J, Keady J. 2018. 'Getting to Know Me': The second phase roll-out of a staff training programme for supporting people with dementia in general hospitals. *Dementia (London)*, 17(1), 96-109. doi: 10.1177/1471301216634926.
- O'Brien R, Goldberg SE, Pilnick A, Beeke S, Schneider J, Sartain K, Thomson L, Murray M, Baxendale B, Harwood RH. 2018. The VOICE study - A before and after study of a dementia communication skills training course. *PLoS One*, 11, 13(6), e0198567. doi: 10.1371/journal.pone.0198567.
- Norwood SL. 2010. Research essentials: foundation for evidence-based practice. New Jersey: Pearson.

McGreevy J. 2016. *Implementing culture change in long-term dementia care settings*. *Nursing Standard*, 30(19), 44–50. doi:10.7748/ns.30.19.44.s43

Shier V, Khodyakov D, Cohen L, Zimmerman S, Saliba D. 2014. What Does the Evidence Really Say About Culture Change in Nursing Homes? *The Gerontologist*, 54, (1), 6–16.

Alzheimer Society of Canada. 2018. “Culture Change in Long Term Care” An Overview of the Research in Six Long Term Care homes. Available at: https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/culture-change/culture_change_market_research_overview_e.pdf (assessed 14 April 2020)

Rooddehghan Z, ParsaYekta Z, & Nasrabadi A. N. 2019. Equity in nursing care: A grounded theory study. *Nursing Ethics*, 26, 598–610. <https://doi.org/10.1177/0969733017712079>

Suhonen R, & Charalambous A. 2019. The concept of individualized care. In R. Suhonen, M. Stolt, & E. Papastavrou (Eds.), *Individualized care* (pp. 27–38). Cham: Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-89899-5>

Kangasniemi M. 2010. Equality as a central concept of nursing ethics: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 824–832. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00781.x>

Martinsson L, Lundström S, & Sundelöf J. 2018. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. *PLoS ONE*, 13, e0201051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201051>

Papastavrou E, Igoumenidis M, Lemonidou C. 2019. Equality as an ethical concept within the context of nursing care rationing. *Nurs Philos*. 00:e12284. <https://doi.org/10.1111/nup.12284>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2014. Safe nurse staffing of adult wards in acute hospitals: Report from SSAC sub-group meeting expert paper 3 National Institute for Health and Care Excellence.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, & Zelevinsky K. 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, (22), 1715–1722.

Keogh B. 2013. Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: Overview report. Retrieved 7 of February 2020 from

[http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-](http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keoghreview/Documents/outcomes/keoghreview-final-report.pdf)

[keoghreview/Documents/outcomes/keoghreview-final-report.pdf](http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keoghreview/Documents/outcomes/keoghreview-final-report.pdf)

Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 2004. "Care Left Undone" during Nursing Shifts: Associations with Workload and Perceived Quality of Care. *BMJ Qual Saf*, 23, 116-125.

Moreno-monsiv G, Moreno-rodr C, Interrial-guzm G.2015. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3), 318-328.

Kalisch BJ. 2006. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*, 21(4), 306-313.

Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, et al.2016. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 60,63–71.

Ball J, Bruyneelc L, Aikend L, Sermeus W, Sloane D, Rafferty A, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P, RN4Cast Consortium.2018. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15.

Gibbon B, Crane J.2018. The impact of "missed care" on the professional socialization of nursing students: a qualitative research study. *Nurse Education Today*, 66, 18-24.

Goffman E. 1963. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bond J. 2001. Sociological perspectives. In C. Cantley (ed.) A handbook in dementia care. Buckingham: Open University, 42-61.

Batsch N.L, Mittelman M.S. and Alzheimer's Disease International. 2012. World Alzheimer's Report 2012: Overcoming the stigma in dementia. London: Alzheimer's Disease International. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf> [accessed 16 September 2019].

Kilduff A. 2014. Dementia and stigma: a review of the literature on the reality of living with dementia. *Mental Health Nursing*. 34,(5), 7-11

Link B.G. and Phelan J.C. 2006. Stigma and its Public Health Implications. *Lancet*, 367, (9509), 528–29.

Milne A. 2010. The 'D' word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health*, 19, (3), 227-223.

- Jones T, Willis E, Anat M.A. 2019. Advancing the science of unfinished nursing care : Exploring the benefits of cross - disciplinary knowledge exchange , knowledge integration and transdisciplinarity. *JAN*, 15208, 1-13.
- Godemann J. 2008. Knowledge integration: A key challenge for trans-disciplinary cooperation. *Environmental Education Research*, 14(6),625–641. <https://doi.org/10.1080/13504620802469188>
- Blackman I, Graddip H, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Dip G, Willis E. 2017. Predicting variations to missed nursing care : A three- nation comparison. *J Nurs Manag*, 1-9.
- Rosenberg M. J. & Hovland C. I. 1960. An analysis of cognitive balancing. In *Attitudes, Organization and Change: An analysis of consistency among attitude components*. Yale University Press: New Haven.
- Petty R. E. & Cacioppo J. T. 1985. The elaboration likelihood model of persuasion. In L Berkowitz (ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 1-8.
- Osgood C. E. & Tannenbaum P. H. 1955. The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 62, 42-55.
- Heider F. 1946. Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107-112.
- Spiers J. 2000. New perspectives on vulnerability' using emic and etic approaches. *J Adv Nurs*, 31,3, 715-21
- Elen H. 2006. Who speaks for the vulnerable? *Ortiop Nurs*, 25, 2, 133-6
- Jones T, Yoder L.2015. Dimensions of nurse work time: Progress in Instrumentation. *Nursing and Health Sciences*, 17, 323–330.
- Atkin K, Holmes J & Martin C.2005. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1081-1083.
- Clissett P, Porock D, Harwood R & Gladman J.2013. The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: An observational and interview study. *Journal of Clinical Nursing*,23,13-14.
- Harrison A & Zohhadi S. 2005. Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 472-480.

- World Health Organization. 2001. Abuse of the elderly. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Eds.). *World Report on Violence and Health* (pp. 123-146). Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf. (Accessed 3 September 2019)
- US Against Alzheimer's. 2011. National Institutes of Health Research Funding in Millions. <http://www.usagainstalzheimer.org/crisis> (accessed 6th May 2018)
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 2000. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- WHO. 2008. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *86*, (11). 817-908. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049528/en/> (Accessed 5th Aug ,2019).
- Harrad R, Sulla F. 2018. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed*, *89*, (7-S), 60–69.
- Okwaraji FE, Aguwa EN. 2014. Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *Afr Health Sci*, *14*, (1), 237–245. doi:10.4314/ahs.v14i1.37
- Gleeson M. 2004. Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing Older People*, *16*, 2, 18-22.
- Doherty D, Wright S, Aveyard B, Sykes M. 2006. Therapeutic touch and dementia care: an ongoing journey. *Nurs Older People*, *18*, (11), 27-30.
- O'Lynn C, Krautscheid L. 2011. Original research: 'how should I touch you?': a qualitative study of attitudes on intimate touch in nursing care. *Am J Nurs*, *111*, (3), 24-31.
- Gleeson M, Timinis F. 2005. A Review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *9*, (1), 69-77.
- Stonehouse DP. 2017. Available at : <https://usir.salford.ac.uk/id/eprint/46574/8/The%20Use%20of%20Touch%20in%20Developing%20a%20Therapeutic%20Relationship.pdf> (retrieved at 30th September 2019)
- Claire McElroy, Philip Esterhuizen. 2017. Compassionate communication in acute healthcare: establishing the face and content validity of a questionnaire. *Journal of Research in Nursing*, *22*, 1-2, 72-88.

- Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. 2018. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *West J Nurs Res*, 40,(6),779–798.
- Dementia UK. 2019. Delirium (confusion). Available at: <https://www.dementiauk.org/delirium/> (accessed 1st February 020)
- Rungtusanatha M. 1998. Let's not overlook content validity. *Decision Line*, 29, 10–13
- Lawshe C. 1975. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563–575.
- Saris W, Gallhofer I. 2007. Design, evaluation and analysis of questionnaires for survey research. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Streiner D, Norman G. 2008. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4th ed. Oxford University Press, Oxford.
- Reymont R. Joreskog K.1993. Applied factor analysis in the natural sciences. New York, Cambridge University Press.
- Bryant F, Yarnold P. 1995. Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: Grimm LG, Yarnold PR (eds) Reading and understanding multivariate analysis. American Psychological Association Books, Washington. 99–136.
- Fox S, Rainie L. 2002. Vital decisions: How Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick. 1–43. http://www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2002/PIP_Vital_Decisions_May2002.pdf.pdf. Accessed October 19, 2019.
- Fox S, Duggan M. 2015. Health online 2013. Health (Irvine Calif) 1-55. http://www.pewinternet.org/~//media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf. Accessed October 31, 2019.
- Cusack L, Del Mar, C, Chalmer I, Hoffmann T. 2016. Educational intervention to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of interventions: a systematic literature review protocol. *Sys Rev*, 5, 37.
- Wu Y, Brettle A, Zhou C, Ou J, Wang Y, Wang S. 2018. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse Education Today*, 70, 109-114.

- Laitila A, Mattila L, Melender H. 2016. A systematic review of the outcomes of educational interventions relevant to nurses with simultaneous strategies for guideline implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3-4, 320-340.
- Cró, M.L. & Andreucci, L. & Pinho, A.M. & Pereira, A. 2013. Resilience and psychomotricity in preschool education: A study with children that are socially, culturally, and economically disadvantaged. 366-378. 10.4018/978-1-4666-3986-7.ch019.
- Zandiyeh Z, Hedayati B, Zare E. 2015. Effect of public health nurses' educational intervention on self-care of the patients with type 2 diabetes. *J Educ Health Promot*, 4,88.
- Salamanca-Balen N, Seymour J, Caswell G, Whynes D, Tod A. 2018. The costs, resource use and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence. *Palliat Med*, 32(2),447–465. doi:10.1177/0269216317711570.
- Al-Abri R. 2007. Managing change in healthcare. *Oman Med J*, 22(3),9–10.
- Veeramah V. 2016. The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. *J Clin Nurs*, 25. (3-4), 340-50.
- Bergh AL, Friberg F, Persson E, Dahlborg-Lyckhage E. 2015. Registered Nurses' Patient Education in Everyday Primary Care Practice: Managers' Discourses. *Glob Qual Nurs Res*. 2:2333393615599168. doi:10.1177/2333393615599168
- Robertson G. 2017. Ageing and ageism: the impact of stereotypical attitudes on personal health and well-being outcomes and possible personal compensation strategies. *Journal Self and Society*, 45.
- Hsiao YH, Chang CH, Gean PW. 2018. Impact of social relationships on Alzheimer's memory impairment: mechanistic studies. *J Biomed Sci*, 25(1),3. doi:10.1186/s12929-018-0404-x
- Gavin A. 2006. Managing challenging behavior in dementia. *BMJ*, 332.756.
- Peisah C, Skladzien E. 2014. The use of Restraints and Psychotropic Medications in People with Dementia. *Alzheimer Australia*. 38.
- Fiok D, Foreman M. 2000. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in Elderly Individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, (1),20-40.
- Hardwood, L. 2015. The physical health of people with dementia. NHS Trust.

- Perkins, S.2008. Dementia and Falling. *Continuing Medical Education*, 35 (1), 44-47.
- Alzheimer society. 2009. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/delirium> (accessed 11th November, 2019)
- Alzheimer international. 2018. <https://homecareassistance.com/services/alzheimers-dementia-care-international-falls-mn/> (accessed 12th November, 2019)
- Dementia Australia. 2018. <https://www.dementia.org.au/about-dementia-and-memory-loss/about-dementia/behaviour/behaviour-changes> (accessed 11th November 2019)
- Fong T, Samir R, Sharon K.2009. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Natures Review Neurology*, 5 (4), 210-220.
- Vryonides S, Papastavrou E, Charalambouw A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. 2018. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics*, 25(6), 707–723.
- Annear, M. 2015. Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS): development and preliminary psychometric properties. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2375-2381. DOI: 10.1111/jgs.13707.
- Annear, M. 2015. What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. *BMC Geriatrics*, 15(5), 1-13. DOI: 10.1186/s12877-015-0008-1.
- Annear, M. 2016. A Japanese-language Dementia Knowledge Assessment Scale: psychometric performance and health student and professional understanding. *Geriatrics and Gerontology International*, 17 (1), 1746-51. DOI: 10.1111/ggi.12911
- Annear, M. 2016. A new standard in dementia knowledge measurement: comparative validation of the Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer’s Disease Knowledge Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1329-34. DOI 10.1111/jgs.14142.
- Annear, M. 2017. Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS): Confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatrics*, 17(1), 168-79. DOI: 10.1186/s12877-017-0552-y

- Parra-Anguita L, Moreno-Cámara S, López-Franco MD, Pancorbo-Hidalgo PL. 2018. Validation of the Spanish Version of the Dementia Knowledge Assessment Tool 2. *J Alzheimers Dis*, 65(4),1175-1183. doi: 10.3233/JAD-180290.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. 2008. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: John Wiley & Sons.
- McAlister AL, Perry CL, Parcel GS. 2008. How individuals, environments, and health behaviors interact. In: *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 169–188.
- Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. 2009. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, (2).
- Australia Dementia. 2017. Available at : https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_greek.pdf (accessed 20th November 2019)
- Li-Chun Huang, Ho-Jui Tung, Pei-Chao Lin. 2019. Associations among knowledge, attitudes, and practices toward palliative care consultation service in healthcare staffs: A cross-sectional study. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223754>
- Dickens, G.L., Ion, R., Waters, C. et al. 2019. Mental health nurses' attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare: systematic, integrative review of studies involving 7,549 nurses working in mental health settings. *BMC Nurs*, 18, 16. doi:10.1186/s12912-019-0339-x.
- Dementia Australia. 2019. Available at: https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-DementiaQandA22-PreventingFinancialAbuseofPeoplewithdementia_english.pdf (accessed 23rd November 2019)
- Evans L, Best C. 2014. Managing malnutrition in patients with dementia. *Nursing Standard*. 29, 28, 50-57. doi: 10.7748/ns.29.28.50.e9752.
- Alzheimer Association. 2019. Available at: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/depression> (accessed 23rd November 2019).
- Alzheimer Association. 2019. Available at: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/agression-anger> (accessed 23rd November 2019).

Alzheimer Association. 2019. Alzheimer Disease facts and figures. Available at: <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf> (accessed 31st January 2020).

Alzheimer Society. 2019. Available at: <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/symptoms/repetitive-behaviour> (accessed 24th November 2019).

Alzheimer Society. 2019. Available at: <https://www.alzheimers.org.uk/blog/how-offer-help-someone-dementia-who-doesnt-want-it> (accessed 25th November 2019)

Herrmann LK, Welter E, Leverenz J, Lerner AJ, Udelson N, Kanetsky C, Sajatovic M. 2018. A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? *Am J Geriatr Psychiatry*, 26. (3),316-331.

Aström S, Adolfsson R, Sandman PO, Wedman I, Winblad B.1987. Attitudes of health care personnel toward demented patients. *Compr Gerontol B*, 1(3),94-9.

Kuenzi, K., & Schaer-Moser, M. 2002. Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. The Labour Situation in Nursing in the Canton of Bern] (Synthesis report). *J of Nurs Scholarship*, 30, 4.

Shah M, Abdullah A, Khan H. 2015. Compare and Contrast of Grand Theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model. *Int Journal of Nursing*, 5,1.

George, L.1995. Nursing Theories: The base for professional Nursing Practice. 4th edition. Norwalk, CT: Appleton& Lange.

Orem E. 1980. Nursing Concepts of Practice. McGraw-Hill. London.

Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H. et al. 2014. Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC Nurs*,13, 26. doi:10.1186/1472-6955-13-26

AbuRuz ME, Hayeah HA, Al-Dweik G, et al. 2017. Knowledge, Attitudes, and Practice about Evidence-Based Practice: A Jordanian Study. *Health Sci J*, 11, 2.

European Observatory on Health Systems and Policies.2014. Cyprus, Health Systems and Policy Monitor. <https://www.hspm.org/countries/cyprus30042014/countrypage.aspx> (accessed 22nd December 2019)

OECD, EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (accessed 22nd December 2019)

- OECD. 2019. Health Expenditure. <https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm> (assessed 23rd December, 2019)
- WHO. 2019. Private-sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_568-6713-private-sector-expenditure-on-health-as-of-gdp-who-estimates/ (assessed 23rd December, 2019)
- WHO. 2019. Total health expenditure as % of GDP. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/ (assessed 23rd December, 2019)
- Eurostat. 2019. Government Expenditure on Health. https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Government_expenditure_on_health (assessed 23rd December, 2019)
- House of Lords, House of Commons, Joint Committee of Human Rights. 2007. The Human Rights of Older People in Healthcare, Eighteen Report of session 2006-7. *I*, Report and Formal Minutes. The Stationery Office Ltd, London.
- Kolb D. 1976. *The learning style inventory*: technical manual. Boston, McBer&Co.
- Kolb D. 1984. *Experiential learning*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. 2018. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169,467–473. doi: 10.7326/M18-0850
- Heggestad AK, Nortvedt P, Slettebø Å. 2013. 'Like a prison without bars': dementia and experiences of dignity. *Nurs Ethics*, 20 (8),881-92.
- Heggestad AK, Nortvedt P, Slettebø Å. 2015. Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia* (London), 14, (6),825-41. doi: 10.1177/1471301213512840.
- van Gennip IE, Pasman HR, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. 2016. How Dementia Affects Personal Dignity: A Qualitative Study on the Perspective of Individuals With Mild to Moderate Dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 71(3),491-501. doi: 10.1093/geronb/gbu137.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.
- Heggestad AK, Slettebø Å. 2015. How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling - a case study. *J Clin Nurs*, 24(15-16):2323-30. doi: 10.1111/jocn.12837.

- Johnston B, Lawton S, Pringle J. 2017. 'This is my story, how I remember it': In-depth analysis of Dignity Therapy documents from a study of Dignity Therapy for people with early stage dementia. *Dementia (London)*, 16(5),543-555. doi: 10.1177/1471301215605629.
- Johnston B, Lawton S, McCaw C, Law E, Murray J, Gibb J, Pringle J, Munro G, Rodriguez C.2016. Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. *Int J Older People Nurs*, 11(2),107-20. doi: 10.1111/opn.12103.
- Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. 2015. Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. *Nurs Ethics*, 22 (5),577-93. doi: 10.1177/0969733014549882.
- Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. 2016. Crucial dimensions constituting dignity experience in persons living with dementia. *Dementia (London)*, 15(4),578-95.
- Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. 2013. Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. *Nurs Ethics*, 20(8),861-80.
- Bridges J, Wilkinson C. 2011. Achieving dignity for older people with dementia in hospital. *Nursing Standard*, 25 (29), 42-47.
- Alzheimer Europe. 2008. Alzheimer Europe Report. Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports> (assessed 10th January 2020)
- Dementia Action Alliance. 2019. Dementia Action Alliance Annual Report 2017/18. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports> (assessed 10th January 2020)
- Alzheimer Association. 2019. Available at: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/types-of-dementia/huntington-s-disease> (accessed 15 January 2020)
- Prince M, Cosmas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, et al. 2014. Dementia UK: Update Second Edition report produced by King's College London and the London School of Economics for the Alzheimer's Society. Available at: http://eprints.lse.ac.uk/67858/1/Comas-Herrera_World%20Alzheimer%20report_2016.pdf (assessed 30th January 2020).
- Higgins P, Straub A. 2006. Understanding the error of our ways: Mapping the concepts of validity and reliability. *Nurs Outlook*, 54, 23–29

- Bland J, Altman D. 2002 Statistics notes: Validating scales and indexes. *Br Med J*, 324, 606–607
- Chaiklin H. 2011. Attitudes, Behavior, and Social Practice. *The Journal of Sociology & Social Welfare*. 38 (1).3.
- American Psychological Association. 2020. Teaching Tip Sheet: Attitudes and Behavior Change. Available at: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/attitude-change>
- Eagly A. H, & Chaiken S. 1993. The psychology of attitudes. Belmont, CA: Wadsworth.
- Sun F, Chima E, Wharton T, Iyengar V. 2020. National policy actions on dementia in the Americas and Asia-Pacific: Consensus and challenges. *Rev Panam Salud Publica*, 44:e2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.2>
- Karanikola M. 2019. Content Analysis in Critical and Emergency Care: A Discussion Paper. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13, (1). 8-23.
- Κάρλου, Χ. 2013. Διερεύνηση των συμπεριφορών φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική, σύγκριση των αντιλήψεων νοσηλευτών, ασθενών και των οικογενειών τους, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής
- Salimi S, Azimpour A. 2013. Determinants of Nurses' Caring Behaviors (DNCB): Preliminary Validation of a Scale. *J Caring Sci*.2 (4):269–278.
- Γαλάνης Π, Σπάρος Λ. 2010. Εγχειρίδιο Επιδημιολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Γαλάνης Π, Σπάρος Λ. 2012. Κλινική και επιδημιολογική έρευνα. Βασικές έννοιες. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Ουζουνή Χ, Νακάκης Κ. 2011. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50, 231-39.
- Μερκούρης Α. 2009. Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας. Εκδόσεις Έλλην.
- Κλαδή Α, Καραδήμα Γ, Βάσσος Ε, Καρφάκης Ν, Βασιλόπουλος Δ, Πάνας Μ. 2011. Η χορεία του Huntington Γενετική και επιδημιολογική μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό. *Archives of Hellenic Medicine*, 28 (6) 785-793.
- Ελληνική Εταιρεία Αλτσχάιμερ και Συναφών διαταραχών. 2018. <http://www.alzheimer-hellas.gr/index.php/el/alzheimer-disease/ekseliktika-stadia> (accessed 20th November 2019)

Τσολάκη Μ, Κάζης Α. 2005. Άνοια. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
Κοτζαμπασάκη Σ. 2010. Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και άλλες
Επιστήμες Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα.