



Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο
Κύπρου

Σχολή Επιστημών Υγείας

Διδακτορική Διατριβή

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ**

Μαρία Παπαϊωάννου

Λεμεσός, Μάιος 2022

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική Διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

της

Μαρίας Παπαϊωάννου

Λεμεσός, Μάιος 2022

Έντυπο έγκρισης Επιτροπής Επίβλεψης

Διδακτορική διατριβή

Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Παρουσιάστηκε από

Μαρία Παπαϊωάννου

στις 24/5/2022

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Ευάγγελος Κωνσταντίνου, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Πρόεδρος)

Δρ. Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ (Μέλος)

Δρ. Ανδρέας Χαραλάμπους, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ (Μέλος)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Δρ. Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ, Επιβλέπων

Δρ. Ευριδίκη Παπασταύρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ, Μέλος (Επιβλέπουσα έως 31/8/2021)

Δρ. Χριστιάνα Κούτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ, Μέλος

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Μάιος 2022

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright © Παπαϊωάννου Μαρία 2022

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.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Δρ. Ευριδίκη Παπασταύρου για τη συνεχή στήριξη και τη επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε κατά την διάρκεια της μελέτης, καθώς για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε βοηθώντας με να υλοποιήσω ένα μεγάλο προσωπικό μου στόχο. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Αναστάσιο Μερκούρη για την συνεχή εμπύχωση και στήριξη ιδιαίτερα στο τελευταίο έτος των σπουδών μου ως επιβλέπων καθηγητής, λόγω αφυπηρέτησης της Δρ. Παπασταύρου καθώς και την Δρ. Χριστιάνα Κούτα για τις πολύτιμες συμβουλές κατά την εκπόνηση της διατριβής. Θα ήθελα τέλος να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Σάββα και τα παιδιά μου Μελίνα, Γιώργο και Σέργιο, γιατί χωρίς τη δική τους στήριξη και κατανόηση, δεν θα είχα καταφέρει να παρακολουθήσω το απαιτητικό πρόγραμμα σπουδών.

Η υποτροφία διδακτορικών σπουδών που έλαβα από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών Κύπρου, μου πρόσφερε τη δυνατότητα πραγματοποίησης της ερευνητικής μου προσπάθειας, χωρίς να επιβαρύνω την οικογένεια οικονομικά. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους και συναδέλφους, που συνέβαλαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

Σας ευχαριστώ από καρδιάς!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οξεία σύγχυση / παραλήρημα αποτελεί την πιο κοινή έκτακτη ανάγκη θεραπείας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικίας > 60 ετών), τα οποία νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες. Λόγω της ανησυχίας, των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων που έχει ο ασθενής με παραλήρημα, βραχυπρόθεσμα φαίνεται να διατρέχει κίνδυνο η ασφάλεια του, ενώ μακροπρόθεσμα μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου για τους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Υλικό και Μέθοδος: Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι περιγραφικός - συσχέτισης. Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα τμήματα στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων) σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (N=835). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Nurses Knowledge of Delirium των Hare et al. για την αξιολόγηση των γνώσεων, ενώ για τη διερεύνηση των στάσεων, λόγω μη ανεύρεσης ενός κατάλληλου για το σκοπό της έρευνας έγκυρου και αξιόπιστου ερωτηματολογίου, αναπτύχθηκε το ATOD (Attitude Tool of Delirium).

Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου στάσεων περιελάμβανε 4 στάδια: α) προσδιορισμός περιεχομένου β) ανάπτυξη περιεχομένου γ) αξιολόγηση περιεχομένου με εγκυρότητα όψεως και εγκυρότητα περιεχομένου δ) αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων με αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, αξιοπιστίας δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας, καθώς επίσης και αξιολόγηση της εγκυρότητας δομής με παραγοντική ανάλυση (factor analysis). Στα πλαίσια της έρευνας πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 237 νοσηλευτών, με στόχο την περαιτέρω αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων και εντοπισμό πιθανών προβλημάτων κατά την διεξαγωγή της μελέτης. Οι στατιστικές δοκιμασίες περιλάμβαναν περιγραφική και συμπερασματολογική στατιστική με παραμετρικές (t-test, ANOVA, συντελεστή συσχέτισης Pearson) και τη δοκιμασία X^2 . Επιπλέον, έγινε μια συνολική ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis) των στάσεων, ως εξαρτημένη μεταβλητή, με τις γνώσεις και τα δημογραφικά στοιχεία ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες στη έρευνα ήταν 558 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης 67%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ήταν χαμηλό. Συγκεκριμένα, στο ερωτηματολόγιο γνώσεων, στις 25 από τις 36 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν ($\Delta E < 50\%$). Ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2%. Χαμηλό ήταν το επίπεδο, τόσο στην συνολική κλίμακα 36 ερωτήσεων όπου $MT = 15,14$, $TA = 5,28$, αλλά και στις 3 υποκλίμακες. Στην κατηγορία για τα εργαλεία μέτρησης του παραληρήματος (7 ερωτήσεων), η μέση τιμή ήταν 2,90 ($TA = 1,33$) και στην κατηγορία για την παρουσία παραληρήματος παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος (28 ερωτήσεων) η μέση τιμή ήταν 11,88 ($TA = 4,54$). Στην κατηγορία ορισμός, σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής για τον ορισμό του παραληρήματος και τα συμπτώματα που το περιγράφουν και το προσδιορίζουν καλύτερα, μόνο 38% των συμμετεχόντων απάντησαν ορθά. Άξιο αναφοράς ότι μόνο 1 στους 4 συμμετέχοντες είχε δώσει λανθασμένη απάντηση σε περισσότερες από 16 ερωτήσεις και ότι το 23% των συμμετεχόντων είχε κάτω από 9 ορθές απαντήσεις.

Επιπλέον, επιβεβαιώνεται η μη ύπαρξη θετικών στάσεων για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα. Στο ερωτηματολόγιο στάσεων από τις 23 ερωτήσεις, σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, στις 14 οι νοσηλευτές είχαν ποσοστό θετικών στάσεων κάτω από 50% και μόνο στις 9 ερωτήσεις φαίνεται να είχαν θετική στάση. Η μέση τιμή στην συνολική κλίμακά ήταν 3,21 ($TA = 0,50$). Τα μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικής στάσης ήταν σε ερωτήσεις από διαφορετικούς παράγοντες. Στον παράγοντα συναίσθημα οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δεν αισθάνονται άνετα να νοσηλεύουν ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα (57,3%), ($MT = 2,27$, $TA = 1,02$) και αυτό επιβεβαιώνεται και στον παράγοντα συμπεριφορά, όπου λιγότεροι από τους μισούς (47,7%) δήλωσαν ότι αποφεύγουν τους ασθενείς με οξεία σύγχυση /παραλήρημα κατά τη βάρδια τους. Επιπλέον σε δηλώσεις στον παράγοντα αντίληψη, αναφέρουν πως δεν υποψιάζονται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα και ένας ηλικιωμένος ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση (62,9%), ($MT = 2,42$, $TA = 0,94$), ενώ θεωρούν ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη (57%), ($MT = 2,38$, $TA = 0,91$). Άξιο αναφοράς ότι μόνο το 10% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν χρησιμοποιεί τον φυσικό περιορισμό για την ανησυχία του ασθενή.

Όσο αφορά τις αναλύσεις συσχέτισης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών σχετίζονται μεταξύ τους ($p = 0,56$, $r^2 = 0,31$). Παράγοντες που επηρέασαν το επίπεδο γνώσεων ήταν το φύλο, οι γυναίκες είχαν καλύτερη βαθμολογία ($p = 0,030$), η κατοχή

μεταπτυχιακού τίτλου και ο χώρος / τμήμα εργασίας. Στη συνολική κλίμακα, οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση ($MT=16,85$) σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα ($p<0,001$).

Παράγοντες που επηρέασαν τις στάσεις των νοσηλευτών ήταν ο χώρος / τμήμα εργασίας. Post hoc έλεγχοι έδειξαν ότι νοσηλευτές στην ΜΕΘ ($MT=3,17$) είχαν στατιστικά πιο θετική στάση στον παράγοντα «αντιλήψεις» σε σχέση με τους νοσηλευτές στο Παθολογικό Τμήμα ($MT=3,02$, $p=0,024$).

Στα πλαίσια της μελέτης αυτής αναπτύχθηκε εργαλείο αξιολόγησης των στάσεων των νοσηλευτών για τη οξεία σύγχυση / παραλήρημα, το ATOD, το οποίο αποτελείται από 23 ερωτήσεις οι οποίες κατατάσσονται σε 3 θεματικές κατηγορίες (αντίληψη, συμπεριφορά και συναίσθημα με αντίστοιχη εξήγηση διακύμανσης κάθε κατηγορίες στο 37,03%, 12,79%, 5,65% και eigenvalue 2,33). Η αξιοπιστία του εργαλείου με την χρήση του Cronbach's alpha ήταν ικανοποιητική ($\alpha=0,89$).

Συμπεράσματα: Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και μη ύπαρξη θετικών στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα συνάδουν με τα ευρήματα παρόμοιων μελετών όπως έχουν δημοσιευτεί στη διεθνή βιβλιογραφία με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην μπορούν να αναγνωρίσουν το παραλήρημα ειδικά στα ηλικιωμένα άτομα με επικίνδυνες επιπτώσεις στην έκβαση της νόσου. Επίσης οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών φαίνεται να συνάδουν με τις γενικότερα αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών κατά των ηλικιωμένων σύμφωνα με την επικρατούσα επιστημονική βιβλιογραφία, οι οποίες επηρεάζουν τη φροντίδα.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που είχαν εξειδίκευση ή ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου είχαν καλύτερες γνώσεις από αυτούς που δεν είχαν και αυτό πιθανό να οφείλετε στην κατάρτιση που είχαν λάβει κατά την μεταβασική τους εκπαίδευση. Επιπλέον οι εργαζόμενοι σε ΜΕΘ φάνηκε να έχουν καλύτερες γνώσεις και θετικότερες στάσεις από το υπόλοιπο προσωπικό και αυτό πιθανό να οφείλεται στην εμπειρία των νοσηλευτών ΜΕΘ.

Από τα αποτελέσματα, διαφαίνεται η ανάγκη για εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών, την ενδυνάμωση και ευαισθητοποίησή τους για τους ασθενείς με την οξεία σύγχυση/παραλήρημα. Υποστηρικτική θα ήταν η εισαγωγή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης σε όλους τους νοσηλευτές, ανά τακτά χρονικά διαστήματα αναφορικά με την εκτίμηση και την φροντίδα των ασθενών που

εμφανίζουν παραλήρημα, για την ορθή αντιμετώπισή του. Το Εργαλείο μέτρησης των στάσεων για το παραλήρημα (ATOD), είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση των στάσεων απέναντι στο παραλήρημα και τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μελλοντικούς ερευνητές με ασφάλεια.

Λέξεις ευρετηριασμού: οξεία σύγχυση, παραλήρημα, νοσηλευτές, γνώσεις, στάσεις

ABSTRACT

Introduction: Acute confusion/delirium is the most common need for emergency treatment for hospitalized older people (> 60 years old), and it can have serious consequences. Due to the anxiety, illusions, and hallucinations that a patient with delirium has, in the short term his safety seems to be at risk, while in the long term it may result in permanent impairment of mental function.

Aim: The purpose of this study was to investigate the level of knowledge and attitudes of nurses working in the public hospitals in Cyprus, towards patients with acute confusion/delirium.

Method: The design of the study is descriptive - correlative. The target population included all the nurses who were working in departments with an increased incidence of delirium (Intensive Care Units, Orthopedic, Surgical and Medical Units and Accident and Emergency Departments) in all public hospitals in Cyprus (N=835). For the collection of data, the Nurses Knowledge of Delirium of Hare et al. was used to evaluate knowledge, while for the investigation of attitudes, a special tool was developed (ATOD, Attitude Tool of Delirium), due to the failure to find a valid and reliable questionnaire, suitable for the study.

The development of the attitude questionnaire included 4 stages: a) identification of content b) content development c) content evaluation with face validity tests and content validity index d) evaluation of psychometric properties with the reliability of internal consistency, test-retest, and structural validity. As part of the research, a pilot study was conducted on a sample of 237 nurses, aiming to further evaluate the validity and reliability of the tools and identify any possible problems during the study.

The statistical analysis included descriptive and inferential statistics with parametric tests (t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient) and X^2 test. In addition, a total regression analysis of the attitudes was made, as a dependent variable, with knowledge and demographic data as independent variables and similar controls were made in reverse.

Results: The survey participants were 558 nurses (67% response rate). Of the 25 out of 36 knowledge questions related to delirium, most nurses answered incorrectly or that they didn't know (CI<50%). The average correct answers were 42.2%. Low knowledge level was both on the total scale of 36 questions, where mean value was 15.14 (SD=5.28) but also on the 3 subscales. In the category about delirium measurement tools (7 questions) the mean value was

2.90 (SD=1.33) and in the category about the presence of delirium risk factors for delirium development (28 questions) the mean value was 11.88 (SD=4.54). In the definition category, in a multiple-choice question about the definition of delirium and the symptoms that describe it and better identify it, only 38% of the participants answered correctly. It is worth mentioning that only 1 in 4 participants had given an incorrect answer to more than 16 questions and that 23% of the participants had less than 9 correct answers

In addition, the absence of positive attitudes for acute confusion/delirium is confirmed. In attitudes questionnaire, on a five-point Likert scale of the 14 out of 23 questions, nurses had a positive attitude rate below 50% and only in 9 questions they seem to have had positive attitude. The average value in the total scale was 3,21 (SD= 0,50). The highest rates of negative attitudes were in questions from all different factors. In the factor “emotion”, nurses reported that they do not feel comfortable nursing patients with acute confusion / delirium (57,3%), (M=2,27, SD=1,02) and this is also confirmed in the factor “behavior”, where less than half (47,7%) said they avoid patients with acute confusion /delirium during their shift, In addition, in statements to the factor “perception”, they said that they do not suspect that there may be any other problem and an elderly patient is acutely confused (62,9%), (M=2,42, SD=0,94), while they consider that the use of physical restrictions in patients with acute confusion/delirium is necessary (57%), (M=2,38, SD=0,91). It is worth mentioning that only 10% of the participants replied that they do not use the physical restriction for the patient's anxiety.

In terms of correlation analyses, the results showed that nurses' knowledge and attitudes are related to each other and contrarywise ($p=0,56$, $r^2=0,31$). Factors that influenced the level of knowledge were gender, women had a better score ($p=0,030$), having a master's degree and the unit/department of work. On the overall scale, ICU nurses had statistically greater knowledge (M=16,85) than nurses working in other units ($p<0,001$).

Factors that influenced the attitudes of the nurses were the unit/ department. Post hoc tests showed that nurses in the ICU (M=3,17) had a statistically more positive attitude to the factor "perceptions" than the nurses in medical units (MT=3.02, $p=0,024$).

Significant was also the creation of the attitude tool developed in the context of this study, where outcomes resulted in ATOD, which consists of 23 questions which are classified into 3 thematic categories (perception, behavior, and emotion, with a corresponding explanation of variation in each category in 37,03%, 12,79%, 5,65% and eigenvalue 2,33). In addition, the

reliability of the tool was measured with the use of Cronbach's alpha with a satisfactory result at 0,89.

Conclusion: The study showed a low level of knowledge about delirium among nurses and the absence of positive attitudes, which may also affect the quality of provided care, and the results are consistent with the findings of similar studies, as a result, nurses cannot recognize delirium especially in elderly people with dangerous effects on the disease's outcomes. Also, nurse's negative attitudes, which seem to be consistent with the generally negative attitudes of nurses towards the elderly according to the prevailing scientific literature, which affect care.

Regarding the characteristics of the participants, it seems that the nurses who had a specialization or held a master's degree had better knowledge than those who did not, and this is probably due to the training they had received during their post-basic training. In addition, ICU employees seemed to have better knowledge and more positive attitudes than the rest of the staff and this is likely due to the experience of ICU nurses.

The results brought into light the need for the development of educational programs to improve the level of knowledge and attitudes of nurses and to strengthen and raise their awareness in patients with acute confusion / delirium care. The introduction of continuous education programs for all nurses would be supportive, which need to be implemented at regular intervals regarding the assessment and care of patients who have delirium, for its proper care.

The Attitude Tool of Delirium (ATOD) is a reliable and valid instrument for the assessment of attitudes toward delirium and the results showed that it can be safely used by future researchers.

Keywords: acute confusion, delirium, nurses, knowledge, attitudes

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT	10
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	17
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	18
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	19
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	21
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	25
Κεφάλαιο 1^ο Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα.....	26
1.1 Εισαγωγή	27
1.2 Έννοιες και ορισμοί.....	30
1.3 Ιστορικό του παραληρήματος.....	32
1.4 Ονοματολογία και χρήση των όρων στον Κυπριακό πληθυσμό	35
1.5 Είδη – Μορφές - Αιτίες οξείας σύγχυσης / παραληρήματος.....	37
1.6 Επιδημιολογικά στοιχεία	39
1.7 Η οικονομική πτυχή του προβλήματος	42
1.8 Οι Επιπτώσεις από την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα	42
1.9 Εντοπισμός της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος	43
1.10 Εργαλεία εκτίμησης της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος.....	44
1.11 Σημαντικότητα της μελέτης της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος.....	46
Κεφάλαιο 2^ο Εννοιολογικό και Θεωρητικό Υπόβαθρο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα.....	51
2.1 Εισαγωγή	51
2.2 Εννοιολογικός ορισμός γνώσεων	51
2.2.1 Αξιολόγηση του επιπέδου Γνώσεων	55
2.2.2 Αξιολόγηση του επιπέδου Γνώσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.	56
2.3 Εννοιολογικός ορισμός των στάσεων.....	59
2.3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις Στάσεων	60
2.3.2 Στάσεις στην νοσηλευτική πρακτική	63

2.3.3 Αξιολόγηση των στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.	64
2.4 Μάθηση / Εκπαίδευση – Κατάρτιση Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα	66
2.4.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις Μάθησης	66
2.4.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση – Κατάρτιση	69
2.4.3 Συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών	71
Κεφάλαιο 3^ο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο.....	76
3.1 Εισαγωγή	76
3.2 Το Σύστημα Υγείας στην Κύπρο.....	77
3.3 Εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο – Αυτονόμηση Δημόσιων Νοσηλευτηρίων	82
3.4 Προκλήσεις Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ΟΚΥΠΥ σήμερα.....	83
Κεφάλαιο 4^ο Βιβλιογραφική ανασκόπηση γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα:	87
4.1 Εισαγωγή	87
4.2 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης - Scoping Review	87
4.2.1 Στάδιο προσδιορισμού του ερωτήματος της έρευνας	88
4.2.2 Στάδιο αναζήτησης και εντοπισμός σχετικών μελετών	89
4.2.3 Στάδιο επιλογής μελετών	90
4.2.4 Στάδιο χαρτογράφησης των δεδομένων.....	91
4.2.5 Στάδιο ταξινόμησης, σύνοψης και αναφοράς των αποτελεσμάτων.....	92
4.3 Αποτελέσματα Ανασκόπησης	94
4.3.1 Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.....	106
4.3.2 Στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.....	107
4.3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για τις πρακτικές φροντίδας ασθενών με παραλήρημα.....	109
4.4 Επίλογος	115
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	116
Κεφάλαιο 5^ο Μεθοδολογία Έρευνας.....	118
5.1 Εισαγωγή	118
5.2 Σκοπός και στόχοι έρευνας.....	118
5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	118
5.4 Χώρος - Περιβάλλον Διεξαγωγής της Μελέτης.....	118
5.5 Δείγμα της μελέτης	120
5.6 Ηθικά ζητήματα.....	121

5.7 Εργαλεία μέτρησης.....	121
5.7.1 Ερωτηματολόγιο γνώσεων.....	122
5.7.2 Ερωτηματολόγιο στάσεων.....	124
5.7.3 Πιλοτική μελέτη για την αξιολόγηση των εργαλείων.....	125
5.7.4 Μελέτη πεδίου.....	126
5.8 Ανάλυση των δεδομένων.....	127
5.8.1 Ανάλυση ερωτηματολογίου γνώσεων.....	127
5.8.2 Ανάλυση Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	128
Κεφάλαιο 6° Ανάπτυξη του εργαλείου διερεύνησης των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων. 130	
6.1 Εισαγωγή.....	130
6.2 Μεθοδολογία Σχεδιασμού Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	130
6.2.1 Προσδιορισμός περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	132
6.2.2 Ανάπτυξη περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	132
6.2.3 Εγκυρότητα όψεως Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	132
6.2.4 Εγκυρότητα περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων.....	132
6.2.5 Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου στάσεων.....	133
6.3 Αποτελέσματα Σχεδιασμού ερωτηματολογίου στάσεων.....	133
6.3.1 Αποτελέσματα προσδιορισμού περιεχομένου ερωτηματολογίου στάσεων.....	133
6.3.2 Αποτελέσματα ανάπτυξης και κριτικής περιεχομένου ερωτηματολογίου στάσεων.....	134
6.3.3 Μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στάσεων.....	135
Κεφάλαιο 7° Αποτελέσματα.....	144
7.1 Εισαγωγή.....	144
7.2 Πιλοτική Μελέτη - Διαδικασία αξιολόγησης των ερευνητικών εργαλείων γνώσεων και στάσεων.....	144
7.2.1 Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου γνώσεων.....	145
7.2.2 Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου στάσεων.....	147
7.3 Αποτελέσματα από την ανάλυση δεδομένων του τελικού δείγματος.....	148
7.3.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	149
7.3.2 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(1): Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;.....	152
7.3.3 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3 (2): Ποιες είναι οι στάσεις των νοσηλευτών για τη οξεία σύγχυση παραλήρημα;.....	163

7.3.4 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(3): Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών και τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα;	166
7.3.5 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(4): Υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών;	167
7.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίων στο τελικό δείγμα.....	180
7.4.1 Αξιοπιστία εργαλείου γνώσεων στο τελικό δείγμα.....	180
7.4.2 Αξιοπιστία εργαλείου στάσεων στο τελικό δείγμα	182
7.4.3 Εγκυρότητα εργαλείου στάσεων - Παραγοντική Ανάλυση (επιβεβαιωτική)	183
Κεφάλαιο 8^ο Συζήτηση	189
8.1 Εισαγωγή	189
8.2 Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.....	191
8.3 Στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα	193
8.4 Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.	196
8.5 Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών.	197
8.6 Εργαλεία Αξιολόγησης Γνώσεων και Στάσεων	199
8.7 Περιορισμοί έρευνας	202
Κεφάλαιο 9 Συμπεράσματα – Εισηγήσεις.....	204
9.1 Προτάσεις για Εκπαίδευση.....	204
9.2 Προτάσεις για κλινική εφαρμογή	205
9.3 Προτάσεις για έρευνα	206
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	208
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	231
Παράρτημα 1: Εξασφάλιση Αδειών χρήσης εργαλείου γνώσεων.....	231
Παράρτημα 2: Ερωτηματολόγιο Διδακτορικής Διατριβής	232
Παράρτημα 3: Δημοσίευση Άρθρου στο Journal of Nursing Measurement.....	239
Παράρτημα 4: Δημοσίευση Άρθρου στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά	259
Παράρτημα 5: Δημοσίευση Βιβλ. ανασκόπησης στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλ.Χρονικά.....	274
Παράρτημα 6: Άρθρα που υποβλήθηκαν προς δημοσίευση στο περιοδικό BMC Nursing.....	313
Παράρτημα 7: Διάχυση αποτελεσμάτων σε συνέδρια εντός Κύπρου και διεθνή	342
Παράρτημα 8: Αιτήματα άλλων ερευνητών για άδειες χρήσης του ερωτηματολογίου ATOD (Attitude Tool of Delirium)	343

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Στάδια Μεθοδολογίας Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	88
Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ροής επιλεγμένων μελετών ανασκόπησης	93
Διάγραμμα 3: Διαδικασία επιλογής και μελέτης των εργαλείων μέτρησης	122
Διάγραμμα 4 : Στάδια Ερευνητικού Σχεδιασμού.....	130
Διάγραμμα 5 : Θέση Εργασίας συμμετεχόντων στην μελέτη.....	149
Διάγραμμα 6 : Νοσοκομείο Εργασίας των συμμετεχόντων στην μελέτη.....	150
Διάγραμμα 7 : Τμήμα Εργασίας συμμετεχόντων στην μελέτη.....	150
Διάγραμμα 8 : Σπουδές των συμμετεχόντων στην μελέτη	151
Διάγραμμα 9 : Ποσοστό ορθών απαντήσεων ερωτηματολογίου γνώσεων	160

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχημα 1: Ιστορική αναδρομή ονοματολογίας του “delirium”	33
Σχήμα 2: Επίπεδα ταξινόμιας γνωστικού άξονα	54
Σχημα 3: Ο Κυκλος της βιωματικης Μαθησης του Kolb	68
Σχήμα 4: Χάρτης χωρών διεξαγωγής των μελετών της ανασκόπησης.....	94
Σχήμα 5: Τύπος δείκτη διάκρισης	162

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Λέξεις - Κλειδιά αναζήτησης και στρατηγική αναζήτησης	90
Πίνακας 2: Πίνακες Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	97
Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών με βάση τη θεματική ανάλυση αποτελεσμάτων της ανασκόπησης	113
Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	136
Πίνακας 5: Item Total Correlations, Squared Multiple Correlation και Cronbach's Alpha όταν είχαν τα στοιχεία είχαν αφαιρεθεί	138
Πίνακας 6: Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης με Direct Oblimin Rotation	139
Πίνακας 7: Ομαδοποίηση παραγόντων	141
Πίνακας 8: Συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων	146
Πίνακας 9: Αποτελέσματα του ελέγχου McNemar για τη μέθοδο εξέτασης-επανεξέτασης (test-retest) για τις 36 ερωτήσεις γνώσεων	147
Πίνακας 10: Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τους 3 παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων	148
Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική, άθροισμα ορθών απαντήσεων ανά κατηγορία	153
Πίνακας 12: Άθροισμα ορθών απαντήσεων για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος	154
Πίνακας 13: Άθροισμα ορθών απαντήσεων για την παρουσία του παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος	155
Πίνακας 14: Άθροισμα ορθών απαντήσεων Συνολική Κλίμακα 1.1-1.36	156
Πίνακας 15: Οι γνώσεις των νοσηλευτών για το παραλήρημα (ορθές απαντήσεις %)	157
Πίνακας 16: Απαντήσεις ερωτηματολογίου στάσεων	165
Πίνακας 17: Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων των συμμετεχόντων	167
Πίνακας 18: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό φύλο	169

Πίνακας 19: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα.....	170
Πίνακας 20: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό σπουδές.....	171
Πίνακας 21: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου	172
Πίνακας 22: Συσχέτιση Γνώσεων με Ηλικία, Εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία..	173
Πίνακας 23: Συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το Τμήμα εργασίας.....	175
Πίνακας 24: Συσχέτιση παλινδρόμησης στη συνολική κλίμακα των στάσεων.....	177
Πίνακας 25: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης – συναισθήματα	178
Πίνακας 26:Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης – συμπεριφορά.....	178
Πίνακας 27: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης - αντίληψη.....	179
Πίνακας 28: Ανάλυση παλινδρόμησης στη συνολική κλίμακα γνώσεων (1.1-1.36).....	179
Πίνακας 29: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα γνώσεων για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος (1.2-1.8)	180
Πίνακας 30: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου γνώσεων με Διορθωμένη Συσχέτιση ερώτησης με συνολική κλίμακα και αν η ερώτηση αφαιρεθεί.....	181
Πίνακας 31: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου στάσεων- Συσχετίσεις ερωτήσεων με τη συνολική κλίμακα και Cronbach's alpha όταν μια ερώτηση αφαιρεθεί.....	182
Πίνακας 32: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση.....	183
Πίνακας 33: Squared multiple correlations	185
Πίνακας 34: Κριτήρια Προσαρμογής.....	186

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος παραλήρημα αναφέρεται σε οξεία συγχυτική κατάσταση, η οποία οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων και ασθενειών, σε κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων ή πολλαπλής αιτιολογίας. Η οξεία σύγχυση - παραλήρημα είναι ένα περίπλοκο κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωστικής λειτουργικότητας ή αντίληψης του ατόμου, που αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και τα συμπτώματα του τείνουν να κυμαίνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (NICE 2010, American Psychiatric Association, 2013).

Η μελέτη του θέματος είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη Νοσηλευτική αφού οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οξείας σύγχυσης / παραληρήματος και δεδομένου ότι τα 2/3 περίπου των νοσηλευτικών κλινών καταλαμβάνονται από ασθενείς αυτής της ηλικιακής ομάδας. Φαίνεται λοιπόν, ότι η μελέτη του προβλήματος αποτελεί εκπαιδευτική προτεραιότητα. Η αναγνώριση και η διαχείριση του φαινομένου γίνεται ακόμα πιο σημαντική για τον λόγο ότι η οξεία σύγχυση/ παραλήρημα είναι αποτέλεσμα αιφνίδιας αλλαγής στη νοητική κατάσταση ενός ατόμου, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα συγκέντρωσης, τη σκέψη, τη μνήμη και τον ύπνο του και προκαλεί διακυμάνσεις στο επίπεδο συνείδησης του.

Δυστυχώς η οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι μία κατάσταση η οποία αν δεν αναγνωριστεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα, ενδέχεται να οδηγήσει σε εγκεφαλική βλάβη και μόνιμη αναπηρία με τεράστιο κόστος αφού αυξάνει το χρόνο νοσηλείας, την πιθανότητα θανάτου, τις επανεισαγωγές και διπλασιάζει το κόστος νοσηλευτικής φροντίδας (Zipser, et al., 2021). Πρόσφατες μελέτες οι οποίες έχουν διερευνήσει το κόστος της φροντίδας αυτής, βρήκαν ότι είναι τεράστιο και πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με το κόστος παρεμβάσεων πρόληψης (Young, et.al., 2021), ενώ ανασκοπήσεις για το οικονομικό κόστος του παραληρήματος σε 17 μελέτες δείχνουν ακόμα μεγαλύτερα ποσά (Kinchin, et al., 2021).

Η οξεία σύγχυση - παραλήρημα παρουσιάζεται σε ποσοστό μέχρι το 55% των ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών (Ahmed, et al., 2014, Rood et al., 2018) και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για μόνιμη γνωστική και λειτουργική έκπτωση. Μπορεί όμως να προληφθεί σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (Singler and Thomas, 2017) και είναι συχνά αναστρέψιμη με τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου (Espino et al., 1998, Robinson and Eiseman, 2008, Bush et. al., 2017). Παρόλο που η οξεία σύγχυση / παραλήρημα μελετήθηκε κυρίως σε σχέση με ασθενείς με σοβαρή / κρίσιμη νόσο, υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που υποστηρίζουν

ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε νοσοκομειακό περιβάλλον (Vasilevskis, et al., 2012).

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι περίπου 11% - 25% και ένα επιπλέον ποσοστό 29% - 31% των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών ενδέχεται να αναπτύξει οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Οι παράγοντες κινδύνου του παραληρήματος, περιλαμβάνουν την άνοια, την προχωρημένη ηλικία, τις συννοσηρότητες, τη μειωμένη όραση, την κατάθλιψη, τις λοιμώξεις και την αφυδάτωση (Vasilevskis et al., 2012 Mori et al., 2016). Επιπλέον οι Ahmed et al. (2014), σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 11 δημοσιευμένων άρθρων, διαπίστωσαν ότι η άνοια, η σοβαρότητα της ασθένειας, η μειωμένη όραση, η παρουσία καθετήρα ουροποιητικού συστήματος, το χαμηλό επίπεδο λευκωματίνης και το διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο σχετίζονται με την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Όσον αφορά στις γνώσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την οξεία σύγχυση / παραλήρημα υπάρχουν αρκετά επιστημονικά δεδομένα στα οποία διαφαίνεται μειωμένη αναγνώριση του παραληρήματος, σε ηλικιωμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Sinvani et al., 2016, Van Velthuisen et al., 2017, Xing et al., 2017), ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό (Bellelli et al., 2014, El Hussein, et al., 2015, Xing et al., 2017). Το ίδιο χαμηλό είναι διαχρονικά και το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την οξεία σύγχυση – παραλήρημα (Fick et al 2007, Devlin et al., 2008, Hare et al., 2008, Voyer, et al., 2008; Flagg et al., 2010, Forsgren and Eriksson, 2010, Hamdan-Mansour et al., 2010, Agar et al., 2011, Donahue et al., 2011, Meako, et al., 2011, Ramaswamy et al., 2011, Siddiqi et al., 2011, Christensen, 2014, Rice et al., 2014, Varghese, et al., 2014, Steeg, et al., 2015, Sinvani et al., 2016, Xing et al., 2017, Trogrlić, et al., 2017, Salameh, et al., 2021), και ελλοχεύει ο κίνδυνος οι ασθενείς να μην αναγνωριστούν (διαγνωστούν) έγκαιρα και να τύχουν ορθής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα οι ασθενείς οι οποίοι το βιώνουν σιωπηρά (Young and George, 2003, Fick et al., 2007, Rice et al., 2014).

Η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα είχε διερευνηθεί και στον ελληνικό χώρο από τους Ουζούνη και Νακάκη (2012) και διαφάνηκε επίσης ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών και στην Ελλάδα είναι σε χαμηλά επίπεδα. Οι νοσηλευτές σε μεγάλο αριθμό ερωτήσεων απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν και το 80,5% δήλωσε ότι εφαρμόζει τον σωματικό περιορισμό για τον έλεγχο της ανησυχίας των ασθενών που εμφανίζουν οξεία σύγχυση/ παραλήρημα.

Σχετικά με τις στάσεις των νοσηλευτών προς τους ασθενείς με την οξεία σύγχυση / παραλήρημα υπάρχουν αναφορές όπου καταδεικνύουν την αρνητική τους στάση κατά την νοσηλείας (Trogrlié et al., 2017, Inouye, 2018). Η φροντίδα ενός νοσηλευόμενου ασθενούς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα περιγράφεται να είναι αγχωτική και εξαντλητική (Le Blanc, et al., 2018, Brooke and Manneh, 2018), ενώ αναφέρουν συναισθήματα δυσφορίας και απογοήτευσης, επισημαίνοντας τη δυσάρεστη φύση διαχείρισης του παραληρήματος (Bélanger and Ducharme, 2011, Zamoscik, et al., 2017).

Στην Κύπρο το θέμα των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών προς τους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα δεν είχε διερευνηθεί πριν την συγκεκριμένη μελέτη και αυτός ήταν και ένας από τους λόγους εκπόνησης της σχετικής έρευνας.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Μετά από ενδελεχή μελέτη της βιβλιογραφίας φάνηκε ότι δεν υπήρχε ένα αξιόπιστο και έγκυρο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης των στάσεων των νοσηλευτών για το θέμα, γι' αυτό και στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής αποφασίστηκε η δημιουργία εργαλείου το οποίο να μετρά τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στην οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Η διατριβή αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό μέρος και διαρθρώνεται σε οκτώ (8) κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο του Γενικού μέρους αναφέρεται στην ορολογία και το θεωρητικό πλαίσιο για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα και στην μάθηση – εκπαίδευση και κατάρτιση για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Σύστημα Υγείας στην Κύπρο, κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης και τι ισχύει σήμερα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση και το παραλήρημα.

Το πρώτο κεφάλαιο του δεύτερου, ερευνητικού μέρους της διατριβής, το πέμπτο κεφάλαιο, αναφέρεται στην μεθοδολογία της έρευνας, τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας, στην περιγραφή του δείγματος τον τρόπο συλλογής δεδομένων και την στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη του εργαλείου διερεύνησης των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και την αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων του εργαλείου.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

Στο όγδοο κεφάλαιο διεξάγεται συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με την διεθνή βιβλιογραφία καθώς και αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας και τέλος,

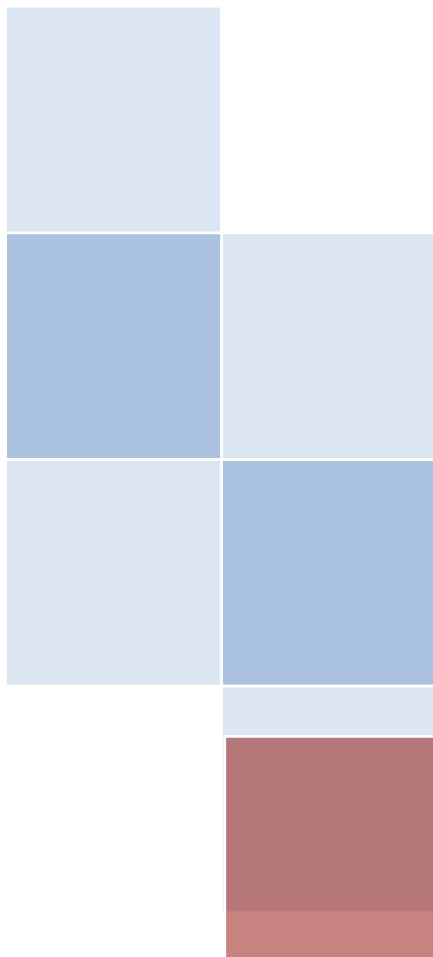
Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά τα συμπεράσματα της έρευνας για την διερεύνηση των γνώσεων και τις στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα καθώς και εισηγήσεις- προτάσεις για εκπαίδευση, κλινική εφαρμογή και έρευνα.

Ι. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ



Κεφάλαιο 1^ο Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

1.1 Εισαγωγή

Η οξεία σύγχυση / παραλήρημα αποτελεί την πιο κοινή έκτακτη ανάγκη θεραπείας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικίας > 60 ετών), τα οποία νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες.

Στην επιστημονική βιβλιογραφία επικρατεί μία σύγχυση των όρων με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι και ορισμοί για τις έννοιες διαχρονικά, ενώ πιο επικρατέστερος στην αγγλική βιβλιογραφία είναι ο όρος delirium. Παρόλα αυτά, στο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης του παραληρήματος, το Confusion Assessment Method (CAM) χρησιμοποιείται ο όρος σύγχυση (confusion) ενώ εκτιμά την παρουσία του παραληρήματος.

Για την χρήση του όρου στον κυπριακό πληθυσμό, πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση στον κυπριακό τύπο, εφημερίδες, περιοδικά και μέσα κοινωνικής δικτύωσης για το πως αναφέρεται και πότε χρησιμοποιείται ο όρος αυτός και διαφάνηκε ότι χρησιμοποιείται με τον ίδιο τρόπο. Επιπλέον σε ερώτημα - δημοσκόπηση σε συνάδελφους νοσηλευτές, φίλους και γνωστούς για την ερμηνεία και κατανόηση των όρων κατά την αναφορά τους, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε σύγχυση στην διαφοροποίηση των εννοιών.

Η μελέτη ασχολείται με το παραλήρημα, η οποία αποτελεί μία μορφή οξείας σύγχυσης και για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης θα χρησιμοποιηθούν και οι δύο όροι. Ο όρος «οξεία σύγχυση \ παραλήρημα», γιατί κατά την γνώμη της ερευνητικής ομάδας είναι ακριβέστερος στο να περιγράψει την κατάσταση του ασθενή, ανταποκρίνεται καλύτερα στους σκοπούς της μελέτης η οποία αφορά κυρίως στην αναγνώριση ατόμων σε συγχυτική κατάσταση παρά σε ιατρικές διαγνώσεις ή παρεμβάσεις και είναι πιο κατανοητός στους νοσηλευτές στην κυπριακή κοινωνία.

Η συχνότητα της οξείας σύγχυσης/ παραληρήματος μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών κυμαίνεται από 17% - 22% και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή, την αξιοπρέπεια και την ασφάλεια των νοσηλευόμενων ασθενών σε παθολογικές και χειρουργικές μονάδες νοσηλείας (Erden et al, 2014) και σε 71% σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Pisani et al , 2007, Ahmed et al 2014, Rood et al., 2018), με μια ακόμα πιο αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς άνω 80 ετών (Ryan et al, 2013, Inouye, et. al., 2014.).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση οξείας σύγχυσης / παραληρήματος, λόγω πολλαπλών προδιαθεσικών παραγόντων όπως η άνοια, τα προβλήματα ακοής, τα προβλήματα όρασης, η μειωμένη κινητικότητα και η πολυφαρμακία (Inouye, et al., 2014, Hein, et al., 2014). Εκτός από τους πιο πάνω παράγοντες κινδύνου, η πανδημία Covid-19 έχει αναδείξει τον κίνδυνο εμφάνισης του παραληρήματος ακόμη υψηλότερο για τους ηλικιωμένους ασθενείς, ένεκα της απομόνωσης, της ακινητοποίησης των ασθενών και της απομάκρυνσης της οικογένειας από κοντά τους (Rozzini et. al., 2020, Duggan, et al., 2021).

Παρόλο που το παραλήρημα μελετήθηκε κυρίως σε σχέση με ασθενείς με σοβαρή / κρίσιμη νόσο, υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που υποστηρίζουν ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε νοσοκομειακό περιβάλλον (Vasilevskis, et al 2012). Ωστόσο ο πραγματικός επιπολασμός της παρουσίας του παραληρήματος είναι άγνωστος επειδή το παραλήρημα συχνά δεν αναγνωρίζεται ή διαγιγνώσκεται λανθασμένα (Heidrich and English, 2016).

Οι επιπτώσεις από την οξεία σύγχυση είναι τόσο βραχυπρόθεσμες αλλά πιθανολογούνται και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν την παράταση νοσηλείας (Ely, 2001, Oimet 2007, Thomason, 2005), την παράταση ανάγκης για μηχανική υποστήριξη (Ely 2004) και παραμονή σε ΜΕΘ (Ely, 2001, Thomason, 2005). Λόγω της σύγχυσης, των ψευδαισθήσεων και των παραισθήσεων που έχει ο ασθενής με παραλήρημα βραχυπρόθεσμα φαίνεται να διατρέχει κίνδυνο η ασφάλεια του (Wachter 2012) και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος πτώσης, αυτό-αφαίρεσης γραμμών, καθετήρων κ.α. (Maldonado, 2008, Milbrandt, 2004, Thomason, 2005). Επιπλέον το παραλήρημα συνδέεται επίσης με μακροπρόθεσμη γνωστική δυσλειτουργία, έχοντας επίπτωση στη μνήμη, την προσοχή, τη συγκέντρωση, τη εκτελεστική και κινητική λειτουργικότητα, ενώ μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

Μπορεί όμως να προληφθεί σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (Singler & Thomas, 2017) και είναι συχνά αναστρέψιμη με τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου (Espino et al 1998, Robinson & Eiseman, 2008, Bush et al 2017). Μεγάλη έμφαση θα πρέπει να δίδεται σε παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην μείωση της εμφάνιση του παραληρήματος (αναλγησία, περιβάλλον, φωτισμός, προσωπικά αντικείμενα, συμμετοχή οικογένειας στην φροντίδα, κ.α.) ενώ μεγάλη βαρύτητα, θα πρέπει να δοθεί στον έγκαιρο εντοπισμό του.

Καθοριστικό σημείο στην έκβαση του ασθενούς που παρουσιάζει οξεία σύγχυση είναι η χρονική διάρκεια της σύγχυσης. Όσο περισσότερες ημέρες παραμένει ο ασθενής σε σύγχυση, τόσο μεγαλύτερες είναι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία του, στη νοητική αλλά και

την κινητική του λειτουργικότητα (Marcantonio et al,1994) και ίσως οδηγήσει και σε θάνατο (Foreman 2001, Adamis et al 2007, Witlox et al 2010).

Ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα, το πρόβλημα μπορεί να μην εντοπισθεί έγκαιρα και πολλοί επαγγελματίες υγείας μπορεί να το εκλάβουν ως θέμα το οποίο συνδέεται με συμπτώματα γήρατος, ή υπάρχουσες καταστάσεις όπως για παράδειγμα την άνοια (Cole, et al., 2008). Ο έγκαιρος εντοπισμός, η αξιολόγηση και η διαχείριση των συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική ευημερία του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι κεντρικής σημασίας για την φροντίδα (World Health Organization, 2021).

Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την οξεία σύγχυση είναι περιορισμένες (Hare et al., 2008, Voyer et al., 2008, Ουζούνη και Νακάκης 2012, O'Mahony et al., 2011, Meako et al., 2011, Varghese, et al., 2014, El Hussein, et al., 2015, Marino et al., 2015, Sampaio and Sequeira, 2015, Steeg, et al., 2015, Sinvani et al., 2016, Akrou and Verloo, 2017, Hickin et al., 2017, Van Velthuijsen et al., 2017) και ελλοχεύει ο κίνδυνος οι ασθενείς να μην αναγνωριστούν (διαγνωστούν) έγκαιρα και να τύχουν ορθής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς (Bellelli et al., 2014; El Hussein, Hirst and Salyers, 2015; Van Velthuijsen et al., 2017) και οι ασθενείς οι οποίοι το βιώνουν σιωπηρά (Young and George., 2003, Fick et al.,2007, Rice et al., 2011).

Επιπλέον μέσα από ερευνητικές ομάδες και ομάδες εργασίας διαφάνηκε ότι υπάρχει ανεπάρκεια γνώσεων του προσωπικού να διαχειριστεί τα περιστατικά αυτά, ενώ υπάρχουν αναφορές και για κακοποίηση συγχυτικών ασθενών, με περιέδση επί κλίνης, χλευασμό μέχρι και με χειροδικία και απρεπή συμπεριφορά. Επειδή η φροντίδα αυτών των ασθενών είναι ιδιαίτερα δύσκολη, προβληματική και επιβαρυντική και ο φόρτος των υπόλοιπων περιστατικών πάρα πολύ μεγάλος, παρουσιάζεται συχνά το φαινόμενο παραμέλησης ή αποφυγής του συγχυτικού ασθενή, διότι οι νοσηλευτές δυσκολεύονται ή δε γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν τους ασθενείς αυτούς, λόγω δικής τους ανεπάρκειας (Dahlke and Phinney, 2008). Επιπλέον λόγω της ανεπάρκειας γνώσεων διαχείρισης των περιστατικών αυτών, η φροντίδα ενός νοσηλεύομένου ασθενούς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα περιγράφεται ως αγχωτική και εξαντλητική (Le Blanc, et al., 2018). Ωστόσο υπάρχουν αναφορές ότι οι ασθενείς είναι υποτιμημένοι ή αγνοούνται (Inouye, 2018), ενώ φαίνεται να θεωρούνται ως μη δημοφιλείς ή ως επιβάρυνση (El Hussein, et al., 2015, El Hussein and Hirst, 2016) και αυτό επεκτείνει την έκταση του προβλήματος.

Οι επιπτώσεις του προβλήματος πέρα από τον ασθενή, είναι δυνατό να επιβαρύνουν περισσότερο το γενικότερο σύστημα υγείας τόσο σε οικονομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο, αφού αυξάνονται οι μέρες νοσηλείας, η ανάγκη για δαπανηρές παρεμβάσεις σε περίπτωση επιπλοκών, καθώς και η ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας (O'Mahony et al 2011). Ωστόσο, η έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη της οξείας σύγχυσης είναι επιτακτική, για αποφυγή τόσο των βραχυπρόθεσμων, όσο και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στη υγεία του ασθενή. Επομένως απαιτείται ενδελεχής διερεύνηση του θέματος, καθώς και παρέμβαση για βελτιστοποίηση των γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, για έγκαιρη αναγνώριση και ορθό χειρισμό των περιστατικών αυτών.

1.2 Έννοιες και ορισμοί

Σύγχυση - Παραλήρημα - Ντελίριο

Στην επιστημονική βιβλιογραφία επικρατεί μία «σύγχυση των όρων» με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι και ορισμοί, ενώ ορισμένοι όροι να χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι ή συνώνυμοι.

Ο όρος «Σύγχυση» αναφέρεται στη διαταραχή που συνίσταται στην αδυναμία τού ασθενούς να προσανατολιστεί σε τόπο, χρόνο ή πρόσωπο. Υπάρχει διάκριση σημασιολογική, μορφολογική και ορθογραφική ανάμεσα στους όρους σύγχυση όπως «μπέρδεμα, ανακάτεμα - "νοητική" διαταραχή» και στον όρο σύγχυση «ψυχική αναστάτωση, εκνευρισμός, ταραχή». Ετυμολογικά ο όρος σύγχυση είναι παράγωγο τού συγγέω, ενώ το νεότερο σύγχυση παράγεται από το ρήμα συγχίζω (Μπαμπινιώτης, 2005).

Η οξεία σύγχυση πολλές φορές καλείται παραλήρημα και αποτελεί ένα κοινό κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης, της γνωστικής λειτουργικότητας ή αντίληψης του ατόμου, η οποία τείνει να κυμαίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2010, American Psychiatric Association, 2013, Kang et al 2013).

Ένας άλλος όρος που συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πιο πάνω φαινόμενο είναι το ντελίριο (delirium). Ο όρος ντελίριο (παραλήρημα) προέρχεται από λατινική λέξη delirio-delirare (de-lira, βγαίνω από το αυλάκι) που σημαίνει “offthetrack” (παρεκκλίνω από την ευθεία γραμμή της λογικής, είμαι τρελός, παραληρώ). Ο όρος delirium (παραλήρημα) αναφέρεται σε οξεία συγχυτική κατάσταση που οφείλεται σε ευρέως φάσματος παθολογικές

καταστάσεις και ασθένειες, καθώς επίσης σε κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων (Cole 1999, Freter et al 2005, Χριστοδούλου 2006).

Στην Πέμπτη, Αναθεωρημένη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), το παραλήρημα θεωρείται ως μια από τις γνωστικές διαταραχές, με τον πυρήνα του θεμελιώδες ελλείμματος να ανευρίσκεται στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR για τη διάγνωση του παραληρήματος περιλαμβάνονται τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

α) Διαταραχή της συνείδησης (δηλαδή, ελαττωμένη διαύγεια της αντίληψης του περιβάλλοντος) με ελαττωμένη ικανότητα εστιασμού, διατήρησης ή μετατόπισης της προσοχής.

β) Μία μεταβολή στις γνωστικές λειτουργίες (όπως ελλείμματα μνήμης, αποπροσανατολισμός ή διαταραχές του λόγου) ή ανάπτυξη μιας διαταραχής της αντίληψης, η οποία δεν εξηγείται καλύτερα με προ υπάρχουσα, εγκατεστημένη ή εξελισσόμενη άνοια.

γ) Η διαταραχή αναπτύσσεται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες έως ημέρες) και τείνει να έχει διακυμάνσεις στη διάρκεια της ημέρας.

δ) Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή προκαλείται από τις άμεσες συνέπειες στη φυσιολογία του οργανισμού κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης (American Psychiatric Association, 2013).

Ο όρος σύγχυση ή παραλήρημα σημαίνει έναν αριθμό πολλών διαφορετικών εκδηλώσεων, οι οποίες συχνότερα ορίζονται ως «ένα παροδικό οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την οξεία έναρξη του αποπροσανατολισμού της προσοχής και της γνωστικής ικανότητας συνοδευόμενο από διαταραχές της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και αντίληψης».

Το παραλήρημα ή οξεία σύγχυση έχουν πολλές κοινές εκδηλώσεις κυρίως με την άνοια αλλά και με το άγχος και την κατάθλιψη, καθιστώντας προβληματική την ακριβή εκτίμηση και την άμεση εφαρμογή των παρεμβάσεων. Αυτή η καθυστέρηση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης και της συχνότητας των συμπτωμάτων προκαλώντας παράλληλα αδικαιολόγητη καταπόνηση των ασθενών καθώς και των μελών της οικογένειάς του οι οποίοι γίνονται μάρτυρες των μεταβολών της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς τους.

1.3 Ιστορικό του παραληρήματος

Η έννοια του παραληρήματος χρονολογείται από την αρχαιότητα και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι όροι για περιγραφή του διαχρονικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται ως σύμπτωμα και σε άλλες ως σύνδρομο, όμως είναι σαφές ότι, κατά τη διάρκεια των χιλιετιών, το παραλήρημα ήταν και εξακολουθεί να είναι, ένα εξαιρετικά θανατηφόρο σύνδρομο, με σοβαρές νοητικές και ψυχικές επιπτώσεις στους επιζώντες τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Adamis et al., 2007).

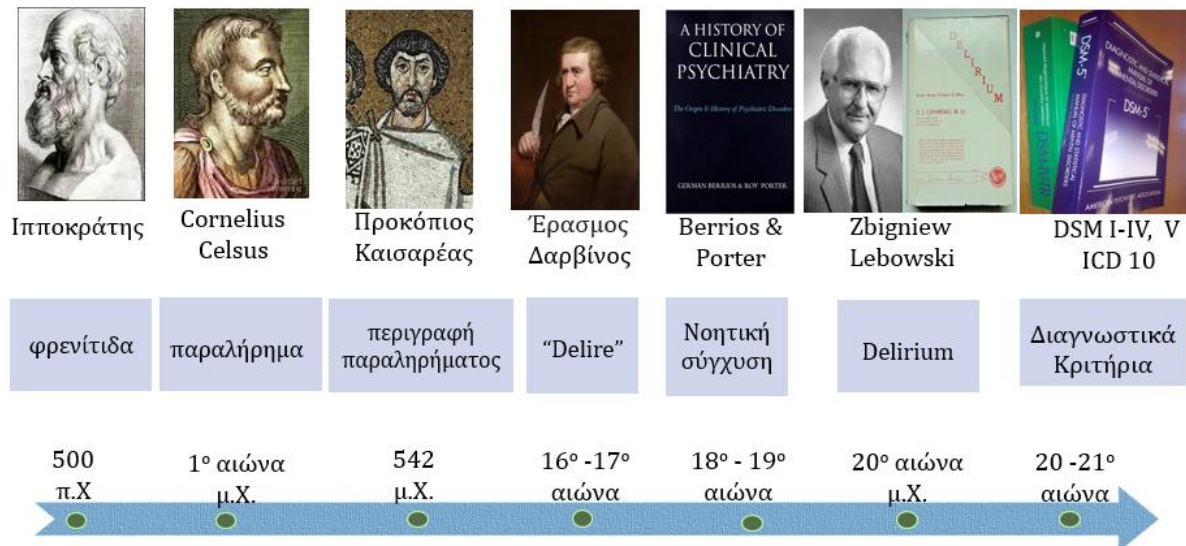
Σήμερα διανύουμε «τρεις χιλιετίες διερεύνησης του παραληρήματος» και οι έννοιες είχαν συζητηθεί κατά πολύ μέχρι την εμφάνιση των δύο διεθνών συστημάτων ταξινόμησης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και της Διεθνούς Ταξινόμηση των Ασθενειών, ICD (International Classification of Diseases). Τόσο το ICD όσο και το DSM ορίζουν το παραλήρημα ως διαταραχή αλλά στη συνέχεια το χαρακτηρίζουν ως σύνδρομο. Δεδομένου ότι τα δύο συστήματα δεν καθορίζουν το παραλήρημα ανάλογα με το αποτέλεσμα, είχε υποστηριχθεί ότι το παραλήρημα θα πρέπει να ορίζεται σύμφωνα με τη γνωστική – νοητική κατάσταση των ασθενών (Treloar and Macdonald, 1997).

Ο όρος παραλήρημα χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην ιατρική γραφή από τον Cornelius Celsus τον 1^ο αιώνα μ.Χ., για να περιγράψει ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια πυρετού ή τραύματος στο κεφάλι και εναλλακτικά χρησιμοποιούσε τον όρο φρενίτιδα που είχε προηγουμένως εισαχθεί από τον Ιπποκράτη το 500 π.Χ. (Σχήμα 1).

Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι η τρέχουσα ονοματολογία για το παραλήρημα συγγέεται λόγω των διαφορετικών ονομάτων που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό και την περιγραφή του. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε δεκαέξι διαφορετικές λέξεις για να αναφέρει και να κατονομάσει το κλινικό σύνδρομο που σήμερα ονομάζουμε παραλήρημα όπως λήρος (Λέρος), μανία, παραφροσύνη, παράληρος, φρενίτις, λήθαργος, τρέλα κλπ. Σύμφωνα με τους Caraceni και Grassi το 2003, υπάρχει μια εμφανής ομοιομορφία της ονοματολογίας κατά την αρχαιότητα ενώ στη σημερινή περίοδο η ανομοιομορφία μπορεί να οφείλεται στη μετάφραση πολλών διακριτών λέξεων ως παραλήρημα, «delirium» στα αγγλικά.

Κατά τη μεσαιωνική περίοδο δόθηκε από τον ιστορικό Προκόπιο τον Καισαρέα μια αξιοσημείωτα ακριβής περιγραφή του παραληρήματος (Υπερ των Πολέμων λόγος II, xxii–xxxi), ο οποίος περιέγραψε μια επιδημία πιθανής παθολογικής νόσου στην

Κωνσταντινούπολη το 542 μ.Χ. με περιστασιακά παρουσία ψευδαισθήσεων να προηγούνται της νόσου. Μερικοί ασθενείς αναφέρει πως γίνονταν βίαιοι και παρουσίαζαν αϋπνία και υπερδιέγερση (υπερκινητικό παραλήρημα), ενώ άλλοι έπεφταν σε κώμα, ξεχνώντας όσους γνώριζαν και ήταν συνεχώς υπνηλικοί (υποκινητικό παραλήρημα).



Σχήμα 1: Ιστορική αναδρομή ονοματολογίας του “delirium”

Σε όλη την αρχαία και μεσαιωνική εποχή υπήρχαν καλές περιγραφές για το τι εμείς σήμερα αποκαλούμε παραλήρημα, αλλά με πολλά διαφορετικά ονόματα. Οι βασικοί υποτύποι του παραληρήματος περιεγράφηκαν είτε ως ξεχωριστές ασθένειες είτε ως διαφορετικές μορφές της ίδιας ασθένειας. Ωστόσο υπήρξε ασυμφωνία σχετικά με τις επιπτώσεις του παραληρήματος και εάν προκαλείτο από πυρετικές ασθένειες ή εάν αποτελούσε μια σοβαρή κλινική κατάσταση.

Στο δέκατο ένατο αιώνα αναπτύχθηκαν οι όροι που περιγράφουν το παραλήρημα με ακόμη μεγαλύτερη ασάφεια. Σύμφωνα με τους Berrios και Porter (1995), αυτό οφειλόταν εν μέρει σε γλωσσικούς λόγους, όπου ο όρος «delire» στην Γαλλία χρησιμοποιήθηκε για να αναφερθούν τόσο στις ψευδαισθήσεις όσο και σε φρενίτιδα. Έτσι, υπήρχε αναγκαιότητα ενός όρου για το οργανικό παραλήρημα, οπότε εισήχθη ο όρος «νοητική σύγχυση». Αν και ο Berrios το πρότεινε, αυτό δεν επηρέασε τη βρετανική ψυχιατρική, και παρουσιάζει παραλληλισμούς με τις απόψεις του Δαρβίνου, ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο Delirium για να περιγράψει τι θα θεωρούσε σήμερα μια σωματική ψευδαίσθηση. Ο όρος «σύγχυση» ως συνώνυμο με το παραλήρημα, είναι ευρέως διαδεδομένος σε όλες τις χώρες μέχρι σήμερα. Κατά τη διάρκεια του δέκατου ένατου αιώνα, οι παλιοί όροι, όπως φρενίτιδα, φρενέση,

λήθαργος και παραφρένεια ή παραφράσης εξαφανίστηκαν σταδιακά από την ιατρική ορολογία και η συζήτηση στράφηκε κυρίως προς την ψυχοπαθολογία του παραληρήματος και των σχέσεων του με τα όνειρα και με τις διαταραχές της συνείδησης ως βασικό χαρακτηριστικό του παραληρήματος.

Τον 19^ο αιώνα ο Sutton (1813) πρότεινε τον όρο *Delirium tremens* (εξαιτίας του έντονου τρόμου των χεριών) που προκαλείται από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή ως αποτέλεσμα της ευαισθησίας στο αλκοόλ σε ορισμένους ανθρώπους και την ξεχώρισαν από τη φρενέση, ενώ ο Greiner (1817) εισάγαγε την έννοια της θόλωσης της συνείδησης ως κύριο χαρακτηριστικό του παραληρήματος. Το 1870, ο Hood ανέφερε περιπτώσεις «γεροντικού *Delirium*» και δήλωσε ότι αυτό ήταν δυνητικά αναστρέψιμο, αλλά θα μπορούσε να είναι θανατηφόρο εάν δεν αντιμετωπιστεί. (Adamis et al., 2007).

Τον 20^ο αιώνα, ο Pickett (1904) πρότεινε τη διάκριση μεταξύ του παραληρήματος και της σύγχυσης στους ηλικιωμένους, πιστεύοντας ότι το παραλήρημα έχει πάντα μια οργανική αιτία, ενώ η σύγχυση μπορεί να προκληθεί από άλλους μη οργανικούς παράγοντες ενώ ο Bonhoeffer πρόσθεσε ότι το οξύ παραλήρημα είχε κακή πρόγνωση.

Οι Engel και Romano (1959) χρησιμοποίησαν το EEG για να διερευνήσουν το παραλήρημα και βρήκαν ότι σχετίζεται με μείωση του εγκεφαλικού μεταβολικού ρυθμού όπως υποδεικνύεται με την αύξηση της δραστηριότητας των αργών κυμάτων (Adamis et al., 2007).

Τον 20^ο αιώνα, ο Zbigniew Lipowski, ο οποίος εργάστηκε και έγραψε εκτενώς για το παραλήρημα, θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης έρευνας για την κατάσταση αυτή.

Κατά το τελευταίο μισό του εικοστού αιώνα, έγιναν προσπάθειες για ορισμό των διανοητικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου του παραληρήματος και προέκυψαν δύο συστήματα ταξινόμησης: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών, ICD (International Classification of Diseases).

Στον 21ο αιώνα, βλέπουμε να χρησιμοποιείται ένας συνδυαστικός όρος του «*Delirium*» και «*acute confusion*» τόσο από την Oxford Medicine, αλλά και σε βιβλία Νευροψυχολογίας, Παθολογίας και Ψυχιατρικής και σε επιστημονικά άρθρα.

Φιλοσοφικές θεωρίες σχετικά με το σώμα, την ψυχή και τη σχέση τους, επηρέασαν επίσης τους ορισμούς του παραληρήματος, καθώς αυτό είναι ένα από τα ελάχιστα κλινικά σημεία

στα οποία είναι προφανές ότι μια φυσική αιτία μπορεί να προκαλέσει ψυχικά προβλήματα. Ένας κρίσιμος παράγοντας για την αύξηση του παραληρήματος ήταν η δημογραφική αλλαγή, ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες, με το αυξανόμενο ποσοστό των νοσοκομειακών κλινών που καταλαμβάνουν ηλικιωμένοι οι οποίοι τείνουν να έχουν πολλαπλά φυσικά και γνωστικά προβλήματα

1.4 Ονοματολογία και χρήση των όρων στον Κυπριακό πληθυσμό

Η ονοματολογία και η χρήση του όρου στον Κυπριακό πληθυσμό ήταν κάτι το οποίο προβληματίσε την ερευνητική ομάδα και για τον λόγο αυτό, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης έγινε μια ανασκόπηση της χρήσης των όρων στον κυπριακό πληθυσμό.

Η ανασκόπησης έγινε με δύο μεθόδους.

- i. Την διερεύνηση της χρήσης του όρου στα ελληνικά, σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τον κυπριακό ελεύθερο τύπο και
- ii. Την δημοσκόπηση για την χρήση του όρου στην κυπριακή κοινωνία.

Με τον όρο «Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης» (Social Network Sites), θεωρούμε κάθε είδους κοινωνική επαφή μεταξύ ανθρώπων, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και τη μεταξύ τους ενημέρωση (Ellison & Boyd, 2013). Η εξαιρετικά μεταβλητή και δυναμική χρήση λέξεων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αλλά και τον ελεύθερο τύπο παρουσιάζει σοβαρές προκλήσεις τόσο για την έρευνα όσο και για εμπορικές εφαρμογές. Με την προσπάθειά μας αυτή επιδιώξαμε να διερευνήσουμε την ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει η έννοια αυτή από μέλη στο κυπριακό περιβάλλον στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έτσι ώστε να είναι αντιληπτή μεταξύ των Κύπριων πολιτών και αναγνωστών του Κυπριακού τύπου. Το μεγαλύτερο μέρος της επικοινωνίας στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης είναι σε μορφή κειμένου, όπως και στον τύπο.

Για την διερεύνηση των όρων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης χρησιμοποιήθηκε το πρώτο βήμα της μεθόδου «Social Media Mining για έννοιες, των Sahlgren and Karlgren, (2009), η οποία αναφέρεται στη διαδικασία απόκτησης μαζικών πληροφοριών και δεδομένων από περιεχόμενο που δημιουργείται από τους χρήστες σε ιστοσελίδες κοινωνικών μέσων δικτύωσης και εφαρμογές για κινητά, προκειμένου να εξαχθούν μοτίβα, να διαμορφωθούν συμπεράσματα σχετικά με τους χρήστες και τις πληροφορίες τους, συχνά με σκοπό τη διαφήμιση στους χρήστες ή τη διεξαγωγή έρευνας ή μελέτης.

Για δική μας την διερεύνηση, αρχικά έγινε μια αναζήτηση των όρων «παραλήρημα», «οξεία σύγχυση» και «ντελίριο» στις πλατφόρμες αναζήτησης του **Facebook**, και **Google Plus** στις κατηγορίες δημοσιεύσεις, φωτογραφίες (περιγραφή), εκδηλώσεις, ομάδες και στην εφαρμογή **Twitter** στις κατηγορίες κορυφαία, πρόσφατα και φωτογραφίες (περιγραφή) αντίστοιχα, και καταγράφηκε η συχνότητα εμφάνισής τους σε δημοσιεύσεις/ αναρτήσεις των τελευταίων πέντε ετών (2015-2017). Στη αναζήτηση είχε οριστεί τοποθεσία δημοσιεύσεων / αναρτήσεων Κύπρος για την εμφάνιση των τάσεων και θεμάτων. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι χρησιμοποιούνται συχνότερα οι όροι οξεία σύγχυση (43%) και παραλήρημα (39%), ενώ ο όρος ντελίριο χρησιμοποιείται πολύ αραιά (18%).

Επιπλέον η ίδια αναζήτηση έγινε και στον ελεύθερο κυπριακό τύπο μέσω του ψηφιοποιημένου αρχείου του Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών Κύπρου, το οποίο διαθέτει την πλουσιότερη συλλογή εφημερίδων και περιοδικών που έχουν εκδοθεί στην Κύπρο από το 1878. Έγινε διερεύνηση και καταγραφή της συχνότητας χρήσης των όρων «παραλήρημα», «οξεία σύγχυση» και «ντελίριο» μέσω του πεδίου αναζήτησης της ιστοσελίδας. Από την διερεύνηση διαπιστώθηκε ότι η αναφορά τους όρους «οξεία σύγχυση» (4142 – 47%) και «παραλήρημα» (3587 – 40.5 %) ήταν κατά πολύ πιο συχνή από τον όρο «ντελίριο» (1113 - 12.5%) (Κυπριακή Δημοκρατία, ΓΤ&Π, 2017)

Στην συνέχεια εφόσον είχαμε αποκλείσει τελείως τον όρο «ντελίριο» και οι άλλοι 2 όροι είχαν πολύ κοντινά ποσοστά χρήσης του, προχωρήσαμε σε δημοσκόπηση για την χρήση του όρου στην κυπριακή κοινωνία. Την ίδια περίοδο λοιπόν (2016-2017), ρωτήσαμε 30 νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακή δομή καθώς και άλλους 30 πολίτες φίλους και γνωστούς από το κοινωνικό μου περιβάλλον για το πιο όρο από τους δύο θεωρούν πιο δόκιμο για να περιγράψει την κατάσταση αυτή καλύτερα.

Από τις απόψεις των συμμετεχόντων καταγράφηκε να υπάρχει δυσκολία στην διαφοροποίηση των εννοιών, ότι θεωρούσαν και τις δύο ταυτόσημες, ενώ κάποιιοι μας επισήμαναν και την χρήση του όρου «σαντανωμένος», από το κυπριακό ρήμα «σαντανώνομαι», που στην κυπριακή διάλεκτο σημαίνει μπλέκομαι, μπερδεύομαι, συγχύζομαι (Χατζηγιάννου, 1996). Οι Κύπριοι όμως χρησιμοποιούν την κυπριακή διάλεκτο μόνο στον προφορικό λόγο, και όχι στον γραπτό ή τον επίσημο λόγο, ενώ η ύπαρξη γλωσσικής διμορφίας στην Κύπρο επηρεάζει τον βαθμό κατανόησης και χρήσης της ελληνικής γλώσσας (Ζαννεττίδου-Πουγεράση, 2020).

Από τις δύο πιο πάνω μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνησης της ονοματολογία και της χρήση όρου που να περιγράφει την κατάσταση του ασθενή στον Κυπριακό πληθυσμό, καταλήξαμε στην χρήση του συνδυαστικού όρου «οξεία σύγχυση / παραλήρημα», για τους σκοπούς της μελέτης όπως χρησιμοποιείται στην διεθνή βιβλιογραφία συνδυαστικά.

1.5 Είδη – Μορφές - Αιτίες οξείας σύγχυσης / παραληρήματος

Στην εκδήλωση του το παραλήρημα μπορεί να συγγέεται με άνοια ή ψυχική ασθένεια. Η αναγνώριση του, μπορεί να είναι δύσκολη. Σύμφωνα με τους Meagher et al (2009), διακρίνεται σε τρεις υπο-τύπους ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή:

- i. **Υπερκινητικός τύπος** (hyperactive type), με αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, ανησυχία, ταραχή, μειωμένος έλεγχος της συμπεριφοράς, γρήγορες αλλαγές στη διάθεση, παραισθήσεις και άρνηση συνεργασίας. Οι ασθενείς με αυτό το είδος παραληρήματος είναι πιο εύκολο να αναγνωριστούν και να λάβουν έγκαιρη παρέμβαση. Ωστόσο, το υπερδραστικό παραλήρημα μπορεί να είναι περισσότερο επιβαρυντικό (σωματικά και συναισθηματικά) για το νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα και μπορεί να απαιτήσει περισσότερη χρόνο και ενέργεια για την φροντίδα.
- ii. **Υποκινητικός τύπος / Κατασταλμένος** - (hypoactive type), με μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, βραδύτητα, νωθρότητα, αφύσικη υπνηλία, εικόνα ζάλης και δυσκολία στην εστίαση της προσοχής.
- iii. **Μεικτός τύπος** (mixed type), όπου υπάρχει μια διακύμανση των άλλων δύο τύπων μέσα στη μέρα. Το άτομο μπορεί να αλλάξει από την υπερκινητική σε υποκινητική κατάσταση.

Οι υποδραστικές-υποκινητικές παραληρητικές μορφές χαρακτηρίζονται από λήθαργο και καταστολή, αποκρίνονται αργά σε αμφισβήτηση και δείχνουν μικρή αυθόρμητη κίνηση (Meagher,2009). Οι ασθενείς με αυτήν την παραλλαγή είναι λιγότερο απαιτητικοί και κατά συνέπεια δεν αναγνωρίζονται (Hare et al., 2009). Σε αντίθεση με την άνοια, η οποία είναι χρόνια κατάσταση σύγχυσης, το παραλήρημα αποτελεί μια οξεία κατάσταση σύγχυσης.

Παρόλο που η αναγνώριση και η διάγνωση του παραληρήματος είναι αρκετά δύσκολα και βασίζονται κυρίως στην εικόνα του ασθενή, το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο του

American Psychiatric Association 2013, 5η έκδοση, απαριθμεί πέντε βασικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν το παραλήρημα, όπως:

α) Η διαταραχή της προσοχής (μειωμένη ικανότητα να κατευθύνει, να εστιάσει, να διατηρήσει και να μετατοπίσει την προσοχή) και της επίγνωσης (μειωμένος προσανατολισμός στο περιβάλλον).

β) Η διαταραχή αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες έως λίγες μέρες), παρουσιάζεται με μια αλλαγή από την βασική προσοχή και επίγνωση και τείνει να κυμαίνεται κατά τη διάρκεια μιας ημέρας.

γ) Μια πρόσθετη διαταραχή στη γνωστική λειτουργία (π.χ. έλλειψη μνήμης, αποπροσανατολισμός, γλώσσα, οπτικοακουστική ικανότητα ή αντίληψη).

δ) Οι διαταραχές στα κριτήρια α) και γ) να μην εξηγούνται καλύτερα από μια προ-υπάρχουσα, υπάρχουσα ή υπό εξέλιξη νευρογνωστική διαταραχή και να μην εμφανίζονται στο πλαίσιο ενός σοβαρά μειωμένου επιπέδου συνείδησης, όπως το κώμα.

ε) Να υπάρχουν στοιχεία από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση φυσιολογική συνέπεια κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης, τοξίκωσης ή απόσυρσης ουσιών ή έκθεσης σε τοξίνη ή να οφείλεται σε πολλαπλές αιτιολογίες.

Ωστόσο, οι κορυφαίοι Επιστημονικοί Οργανισμοί στην πρακτική του παραληρήματος, το American Delirium Society (ADS) και το European Delirium Association (EDA), σε κοινή τους θέση για το παραλήρημα (2014), προτείνουν μια πιο περιεκτική ερμηνεία των κριτηρίων DSM-5, που θα έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη ασφάλεια των ασθενών μέσω της ευρύτερης πρόληψης και εντοπισμού παραληρήματος.

Το παραλήρημα έχει οξεία έναρξη καθώς και περίοδο διακυμάνσεων ως προς την έντασή του και συνήθως αναπτύσσεται σε διάρκεια 1 – 2 ημερών, ενώ μπορεί να διαρκέσει από ημέρες ως και 4 βδομάδες. Είναι μια σοβαρή κατάσταση που συνδέεται με κακή έκβαση. Ωστόσο, υπάρχει πρόληψη και θεραπεία εάν αντιμετωπίζεται ως επείγουσα κατάσταση.

Το παραλήρημα μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας σωματικής ασθένειας ή διαταραχής, όπως είναι η:

- Δηλητηρίαση
- Ενδοκρανιακά αίτια
- Ενδοκρinoπάθειες
- Όγκοι εγκεφάλου
- Μεταστατική νόσος (πνεύμονα, μαστός, μελάνωμα, π. έντερο & προστάτη)
- Μεταβολικές διαταραχές (υπερκαλιαιμία, υπονατρίαζ, υποξία, ηπατική ανεπάρκεια)
- Λοίμωξη
- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία (π.χ. 5FU, μεθοτρεξάτη, κυτταραβίνη, πλατίνα κ.α.)
- Άλλα φάρμακα (π.χ. στεροειδή, κατασταλτικά, υπνωτικά) και στέρηση ψυχοδραστικών ουσιών

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος σύμφωνα με τους Aldemir, et al (2001) θεωρούνται:

- η μεγάλη ηλικία
- το φύλο - άρρεν
- προηγούμενο επεισόδιο νοητικής έκπτωσης
- υπάρχουσα νευροεκφυλιστική ή αγγειακή εγκεφαλική βλάβη
- προηγούμενο ιστορικό παρουσίας παραληρήματος
- υπόνατρίαζ - υπερνατρίαζ
- αισθητηριακές βλάβες όπως μειωμένη όραση ή ακοή
- χρήση φαρμακευτικών ουσιών (ψυχότροπα – αναισθητικά) και η
- ακινησία ή η ακινητοποίηση

1.6 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η οξεία σύγχυση παρατηρείται συχνά στους νοσηλευόμενους ασθενείς σε ποσοστό περίπου 10% - 20% στο συνολικό πληθυσμό των ενηλίκων ασθενών Γενικών Νοσοκομείων (Inouye 2006, Erden et al, 2014) και στο 40% - 50% των ατόμων άνω των 65 ετών που νοσηλεύονται σε αυτά (Lundstrom et al 2007, Eeles et al 2010), ενώ το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κυμαίνεται από 70% - 80% (Pisani et al 2007, Ryan et al 2013).

Εξίσου υψηλή, είναι και η συχνότητα εμφάνισης της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος και σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς σε ποσοστό μεταξύ 26% και 52% (Evered et al., 2018). Η συχνότητα εμφάνισης της οξείας σύγχυσης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι 8 - 17% του συνόλου των ηλικιωμένων, ενώ στις στέγες ηλικιωμένων το ποσοστό ανέρχεται στο 40 - 45%. Σε μετα-ανάλυση 37 μελετών σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση εντοπίστηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού παραληρήματος ήταν σχεδόν 19% (Watt et. al., 2018). Οι πολύ μικρής ηλικίας και οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς στο παραλήρημα. Οι ασθενείς με ιστορικό παραληρήματος ή εγκεφαλικής βλάβης, νοητικής έκπτωσης και άνοιας είναι περισσότερο πιθανόν να υποστούν επεισόδιο οξείας σύγχυσης απ' ότι ο γενικός πληθυσμός (Tullmann 2008, National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions 2010, Fong et al., 2012, Addesi et al., 2018).

Σε συστηματική ανασκόπηση, οι Hosie et al (2013) διαπίστωσαν ότι σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον ανακουφιστικής φροντίδας, το παραλήρημα επηρέασε το 13 - 42% των ασθενών και από αυτούς το 26 - 62% κατά την εισαγωγή και το 59 - 88% κοντά στο τέλος της ζωής. Ο πραγματικός επιπολασμός της πάθησης όμως, σύμφωνα με του Heidrich και English (2016), αναφέρουν πως είναι άγνωστος, για τον λόγο ότι το παραλήρημα συχνά δεν αναγνωρίζεται ή διαγιγνώσκεται λανθασμένα. Επιπλέον στους ασθενείς που παρουσίασαν επεισόδιο οξείας σύγχυσης, η θνητότητα εντός του επόμενου τριμήνου κυμαίνεται στο 23 - 33% και εντός του επόμενου έτους στο 50% (Foreman, 2001).

Άξιο αναφοράς είναι το ότι τα περιστατικά οξείας σύγχυσης εμφανίζονται με σημαντικά ποσοστά, τα οποία συχνά υποδιαγιγνώσκονται, με ποσοστό περίπου 25% των περιπτώσεων να παραμένει αδιάγνωστο (Young and George, 2003), ενώ τα αδιάγνωστα περιστατικά παρουσίασαν συχνότητα σε 75% των περιπτώσεων, ιδιαίτερα σε ασθενής με σιωπηλό παραλήρημα (Rice et al., 2011).

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 33 μελετών στην Ευρώπη για τον επιπολασμό του παραληρήματος σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς, βρήκαν ότι ο συνολικός επιπολασμός του παραληρήματος ήταν 23% (Gibb, et al., 2020).

Ο επιπολασμός του παραληρήματος παρουσιάζεται σε πιο σε υψηλά επίπεδα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, καθώς σε συστηματική ανασκόπηση μελετών από τη Βόρεια και Νότια Αμερική, την Ευρώπη και την Ασία αναφέρουν συνολικό επιπολασμό 31,8% σε ασθενείς ΜΕΘ (Krewulak, et al., 2018), ενώ ο επιπολασμός φτάνει το 50–70% σε καρκινοπαθείς διασωληνομένους ασθενείς (Almeida, et al., 2014).

Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του British Geriatrics Society κατά την περίοδο της πανδημίας, η οποία αφορούσε 11,553 περιστατικά COVID-19, εντόπισε ότι περίπου ένας στους τρεις ασθενείς με COVID-19 ανέπτυξε παραλήρημα και ότι αυτό σχετίζεται με 3 φορές υψηλότερη θνησιμότητα (Shao, et al., 2021).

Στην Κύπρο η συχνότητα της οξείας σύγχυσης σε νοσηλευόμενους ασθενείς είναι άγνωστη, λόγω απουσίας σχετικών μελετών. Ανάγοντας στον Κυπριακό πληθυσμό σε δεδομένα άλλων χωρών, ενώ σήμερα στην Κύπρο τα επεισόδια οξείας σύγχυσης συμβαίνουν σε ίδια συχνότητα με αυτή των χωρών της Ε.Ε. (10 - 17% και 40% >65 ετών). Λαμβάνοντας υπόψη την γήρανση του πληθυσμού, σύμφωνα με την Eurostat, προβλέπεται ότι το 2050 οι ηλικιωμένοι στην Κύπρο θα αποτελούν το 25% του πληθυσμού ενώ σήμερα αποτελούν το 13,1% (Eurostat 2014), γεγονός το οποίο αναμένεται να αυξήσει τα χρόνια νοσήματα, τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και ενδεχομένως και τα περιστατικά οξείας σύγχυσης.

Σε αντίθεση με τα περισσότερα αναπτυγμένα κράτη, στη χώρα μας υπάρχει σχεδόν πλήρης απουσία όχι μόνο δεδομένων, αλλά και κάθε είδους σχεδιασμός για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση αυτού το οξέος προβλήματος το οποίο συνοδεύει πολλά νοσήματα και που πιθανό να καταλήξει σε χρόνια νόσημα. Φυσικά η απουσία δεδομένων θα μπορούσε να αποδοθεί στην ανυπαρξία ενός ορθά δομημένου συστήματος υγείας για πολλά χρόνια, ενώ αναμένεται ότι, η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ) το οποίο εισήχθη τα τελευταία 2 χρόνια θα επιλύσει πολλά οργανωτικά προβλήματα.

Το παραλήρημα όμως μπορεί να προληφθεί σε 30 - 40% των περιπτώσεων και για τον λόγο αυτό κατέχει σημαντικό ρόλο στη Δημόσια Υγεία, στοχεύοντας σε παρεμβάσεις για την πρόληψη του παραληρήματος αλλά και των μεταγενέστερων επιπλοκών.

Τα τελευταία χρόνια η οξεία σύγχυση περιλαμβάνεται πλέον στην ατζέντα της ασφάλειας των ασθενών (Wachter 2012) και χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως δείκτης ποιότητας στην φροντίδα των ηλικιωμένων (Shekelle et al., 2001, AHRQ 2003, Reston and Schoelles , 2013 , Inouye et. al., 2014).

1.7 Η οικονομική πτυχή του προβλήματος

Εκτός από την ανθρωπιστική και κοινωνική διάσταση του προβλήματος, το ετήσιο οικονομικό κόστος φροντίδας για τους ασθενείς αυτούς υπερβαίνει τα \$164 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο στις ΗΠΑ και τα \$182 δισεκατομμύρια σε 18 χώρες τη Ευρωπαϊκής Ένωσης, το έτος 2011 (OECD 2012, WHO 2012, Kalish et al., 2014). Πρόσφατη συστημική ανασκόπηση των Kinchin et. al. (2020) για το οικονομικό κόστος του παραληρήματος καταδεικνύει πως το παραλήρημα κατά το 2019 απόφερε επιπλέον κόστος από \$806 (Ισπανία) έως \$24.509 (Φιλανδία) σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, σε μονάδα εντατικής θεραπείας μεταξύ \$1.529 και \$14.462, και μεταξύ κατοίκων βρίσκονται στην κοινότητα μεταξύ \$1.045 και \$12,452. Με βάση τα πιο πάνω αναφέρει ότι σε εθνικό επίπεδο (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) κόστισε κάπου μεταξύ των 6,6 δισεκατομμυρίων δολαρίων και 82,4 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Η συχνότητα εμφάνισης του παραληρήματος σε ασθενείς άνω των 65 ετών είναι 31% (Krewulak et al., 2018), ενώ το επιπρόσθετο κόστος του παραληρήματος κυμαίνεται μεταξύ \$1.529 και \$19.050 ανά διαμονή στο νοσοκομείο (Kinchin et al., 2020).

Ωστόσο το κόστος του παραληρήματος μπορεί να είναι και υψηλότερο κατά 52% σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει άνοια (Kinchin et al., 2020), κόστος το οποίο θα μπορούσε να προληφθεί και να προβλεφθεί για εξοικονόμηση πόρων και δαπανών.

1.8 Οι Επιπτώσεις από την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα

Οι επιπτώσεις από την οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι τόσο βραχυπρόθεσμες αλλά πιθανολογούνται και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Τα δυσμενή αποτελέσματα τους περιλαμβάνουν την παράταση της διάρκειας του μηχανικού αερισμού (Ely 2004), παρατεταμένη παραμονή σε ΜΕΘ (Ely, 2001, Thomason, 2005), παρατεταμένη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο (Ely, 2001, Oimet 2007, Thomason, 2005); υψηλότερη θνησιμότητα (Ely 2004, Pisani 2009, Shehabi2010, Shu-MinLin, 2009, Thomason 2005), μεγαλύτερο κίνδυνο αυτό-αφαίρεσης καθετήρων και σωλήνων και την αύξηση του κόστους (Maldonado, 2008, Milbrandt, 2004, Thomason, 2005).

Επιπλέον η οξεία σύγχυση / παραλήρημα συνδέεται επίσης με μακροπρόθεσμη γνωστική δυσλειτουργία, έχοντας επίπτωση στη μνήμη, την προσοχή, τη συγκέντρωση, τη εκτελεστική και κινητική λειτουργικότητα, ενώ υπάρχουν αναφορές ότι μπορεί να οδηγήσει σε μία πιο μόνιμη ψυχική διαταραχή ακόμη και όταν η άμεση αιτία που το προκάλεσε παύει να υφίσταται πλέον (Fong et al., 2012).

1.9 Εντοπισμός της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος

Ο εντοπισμός της οξείας σύγχυσης - παραληρήματος είναι πολύ σημαντικός γιατί η έγκαιρη παρέμβαση και αντιμετώπιση αυτού του οξέος προβλήματος και των άλλων συνοδών νοσημάτων, που μπορεί να καταλήξει σε χρόνιο νόσημα ή ακόμα και σε θάνατο.

Για τον εντοπισμό του παραληρήματος χρησιμοποιείται συνδυασμός μεθόδων για την εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς, όπως η φυσική εξέταση καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις για τη διάγνωση του και την ταυτοποίηση της υποκείμενης νόσου.

Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι η οξεία σύγχυση παραλήρημα δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα από το προσωπικό (Hare et al., 2008, Voyer et al., 2008, O'Mahony et al., 2011) ιδιαίτερα ο υπό-κινητικός τύπος της νόσου (Meako et al., 2011).

Σε συστηματική ανασκόπηση 10 μελετών των Steis and Fick, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν αναγνώριζαν την οξεία σύγχυση / παραλήρημα (Steis and Fick, 2008). Μειωμένη αναγνώριση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος, διαπιστώθηκε και σε μελέτες που αφορούσαν την νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών (Bellelli et al., 2014; El Hussein, et al., 2015, Van Velthuisen et al., 2017).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα στην Ελλάδα, σε δείγμα 108 νοσηλευτών που εργάζονταν σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές σε δύο Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας και σε τρία επαρχιακά (Ουζούνη και Νακάκη 2012).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις συνοσηρότητες και την αναγνώριση του παραληρήματος. Η άνοια, η οποία συχνά συνυπάρχει με το παραλήρημα και η υποτονική κλινική εικόνα του κατεσταλμένου τύπου, αποτελούν βασικούς λόγους μη αναγνώρισης του παραληρήματος (Fick et al., 2007). Μια άλλη δυσκολία που υπήρχε στον εντοπισμό του παραληρήματος οφειλόταν στην αδυναμία ομιλίας που παρουσίαζαν οι διασωληνωμένοι ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Οι δυσκολίες αυτές έχουν όμως αντιμετωπιστεί με την προσαρμογή των διαγνωστικών εργαλείων για την εφαρμογή τους σε διασωληνωμένους ασθενείς όπως θα δούμε πιο κάτω

και στο ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ και πλέον η αναγνώριση του παραληρήματος είναι εφικτή από όλους τους επαγγελματίες υγείας (Lin et al., 2008).

1.10 Εργαλεία εκτίμησης της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος

Για τον καθορισμό της επιδημιολογίας και των παραγόντων κινδύνου του παραληρήματος, διαφάνηκε η ανάγκη ανάπτυξης έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων εκτίμησης του παραληρήματος. Με την χρήση των εργαλείων, θα μπορούσαν να προληφθούν μετέπειτα γνωστικές επιπτώσεις και να διενεργούνται οι ανάλογες παρεμβάσεις. Η μη χρησιμοποίηση αξιόπιστων διαγνωστικών εργαλείων για την εκτίμηση των διακυμάνσεων της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, οδηγεί το παραλήρημα να παραμένει αδιάγνωστο και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος επιπλοκών (Cason McNeeley, 2004).

Πέραν των 40 διαφορετικών εργαλείων έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα για την διάγνωση του παραληρήματος. Σε συστηματική ανασκόπηση των εργαλείων για τη διάγνωση του παραληρήματος των Mariz et al το 2016, αναφέρουν ότι υπάρχουν επτά διαφορετικές κλίμακες εκτίμησης του παραληρήματος οι οποίες έχουν σταθμιστεί και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στις ΜΕΘ.

- 1) Confusion Assessment Method (CAM);
- 2) Προσαρμοσμένο Confusion Assessment Method για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (mCAM-ED);
- 3) Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU);
- 4) Delirium Triage Screen (DTS);
- 5) Brief Confusion Assessment Method (bCAM);
- 6) Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM);
- 7) Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS).

Όπως αναφέρουν η πιο σύντομη προσέγγιση δύο βημάτων για την παρακολούθηση παραληρήματος στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, καθορίστηκε με το Delirium Triage Screen (DTS) και τη Σύντομη Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης (bCAM), ενώ η διαγνωστική ακρίβεια της Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) για το παραλήρημα είχε καλή ευαισθησία και ειδικότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Το CAM - ICU θεωρήθηκε ως το πιθανό πρότυπο αναφοράς για χρήση, λαμβάνοντας υπόψη την αξιολόγηση προηγούμενων γνωστικών αλλαγών (Mariz et al., 2016).

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Helfand et al, για τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε μονάδες / τμήματα εκτός των ΜΕΘ, έθεσαν κάποια κριτήρια για την αξιολόγηση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν μέχρι σήμερα. Κατά την αξιολόγηση των εργαλείων, έπρεπε να πληρούνται δύο από τα τρία ακόλουθα κριτήρια, ο αριθμός παραπομπών 200 ή περισσότερες, η ισχυρή μεθοδολογία επικύρωσης στην αρχική τους έκδοση και η εκπλήρωση των κριτηρίων DSM-5. Με βάση τα πιο πάνω κριτήρια αναφέρουν ότι τα πιο αξιόλογα προς χρήση είναι το Confusion Assessment Method (CAM), Delirium Observation Screening Scale (DOS), το Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98), και το Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) (Helfand et al,2021).

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο διάγνωσης του παραληρήματος είναι το CAM (Confusion Assessment Method). Το CAM που είναι βασισμένο στα κριτήρια DSM-III-R, έχει επικυρωθεί στις διάφορες έρευνες (Inouye et al, 1990). Το εργαλείο αυτό έχει την υψηλή ευαισθησία και ιδιομορφία και η δοκιμασία μπορεί να διαρκέσει από δύο έως πέντε λεπτά (Samuels and Neugroschl, 2005).

Η Μέθοδος υπολογισμού της σύγχυσης με το CAM (Confusion Assessment Method) εξετάζει τέσσερα κριτήρια. Η διάγνωση του παραληρήματος με την CAM προϋποθέτει την παρουσία των κριτηρίων 1 και 2 και ενός εκ των 3 και 4.

Κριτήριο 1: Οξεία έναρξη και διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Λήψη ιστορικού από την νοσηλεύτρια ή οικογένεια αν υπάρχει οξεία μεταβολή της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς τις προηγούμενες μέρες, αν η διανοητική σύγχυση του ασθενούς έχει διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας, αν έρχεται και φεύγει, αν είναι άλλοτε σοβαρή και άλλοτε ήπια;

Κριτήριο 2: Διαταραχή της προσοχής. Ισχύει σε θετική απάντηση στην ακόλουθη ερώτηση: Έχει ο ασθενής δυσκολία να εστιάσει την προσοχή του; (αφηρημένος, δυσκολεύεται να παρακολουθήσει μία συζήτηση κπλ).

Κριτήριο 3: Αποδιοργάνωση της σκέψης. Ισχύει αν είναι η σκέψη του ασθενούς αποδιοργανωμένη και ακατάληπτη, όπως π.χ. έχει ο ασθενής θολή και μη λογική ροή ιδεών, αλλάζει απρόβλεπτα θέμα συζήτησης;

Κριτήριο 4: Προσβολή του επιπέδου συνείδησης. Το κριτήριο αυτό ισχύει σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής είναι διεγερτικός, ληθαργικός ή σε κώμα .

(Inouye et al, 1990).

Το CAM-ICU είναι μια τροποποιημένη έκδοση του CAM που προορίζεται για χρήση σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Το CAM-ICU είναι ένα εργαλείο εκτίμησης του παραληρήματος για χρήση από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και περιλαμβάνει τυποποιημένες μη λεκτικές αξιολογήσεις για ασθενείς με μηχανικά αεριζόμενο και μη αεριζόμενο ICU. Αναπτύχθηκε από τους Ely et al το 1999 και τα χαρακτηριστικά απόδοσής του έχουν αξιολογηθεί από τους δημιουργούς του σε δύο μελέτες.

Η Μέθοδος Αξιολόγησης της Σύγχυσης για τη ΜΕΘ (CAM-ICU) χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση του παραληρήματος. Το εργαλείο (CAM-ICU) έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά, έχει σταθμιστεί και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση του παραληρήματος σε Έλληνες ασθενείς ΜΕΘ και μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στη καθημερινή πράξη μετά από την κατάλληλη εκπαίδευση (Adamis et al., 2011).

1.11 Σημαντικότητα της μελέτης της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος

Η παρουσία οξείας σύγχυσης / παραληρήματος στους νοσηλευόμενους ασθενείς αποτελεί ένα μείζον θέμα το οποίο χρήζει μελέτης και διερεύνησης, γιατί η έγκαιρη διάγνωσή του αλλά και η σωστή διαχείριση του, θα συντελέσει στον περιορισμό του προβλήματος και των μεταγενέστερων επιπλοκών που πιθανό να παρουσιαστούν, καθώς και στην εξοικονόμηση δαπανών και πόρων στον τομέα της Υγείας.

Η μελέτη του θέματος είναι πολύ σημαντική πρώτιστα γιατί μας ενδιαφέρει πως βιώνει ένας ασθενής την οξεία σύγχυση / παραληρήματα καθώς και η ορθή αντιμετώπισή του από τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν δηλώσεις από ασθενείς οι οποίοι βίωσαν παραλήρημα ότι ήταν πολύ τρομακτική και βασανιστική εμπειρία, ενώ περιγράφεται πως, ...«το νοσοκομειακό περιβάλλον μετατρεπόταν σε ένα ονειρικό σκηνικό, όπου το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πονηρά πλάσματα, κυρίως τσιγγάνες, με έναν τρομερό αρχηγό που καθοδηγούσε τους πάντες και που στην πορεία έπαιζε και πολιτικό ρόλο»... δημιουργώντας τους φόβο και άγχος. Τα παραληρήματα συνεχίζονται και ο ασθενής ...βλέπει έναν παπά που είναι ταυτόχρονα χριστιανός και μουσουλμάνος και τον μεταφέρει σε ονειρικά μέρη...». Άλλοτε ακούει αεροπλανάκια να προσγειώνονται στον διάδρομο, άλλοτε

ακούει καμπανάκια και νομίζει πως είναι Χριστούγεννα ή συναγεμμός, άλλοτε νομίζει πως βρίσκεται σε ένα πλοιάριο που κόβει βόλτες..... «ενώ συνεχίζουν να τον πολιορκούν πολιτικές φαντασιώσεις ότι μια παγκόσμια τεχνοκρατική συνωμοσία ελέγχει όλον τον κόσμο κτλ.....» (Τζαβάρας, 2007).

Επιπλέον υπάρχουν μαρτυρίες της οικογένειας των ασθενών οι οποίοι και βιώνουν και αυτοί συναισθηματική επιβάρυνση και νιώθουν αγωνία και φόβο για την κατάσταση του αγαπημένου τους προσώπου, ενώ δεν αναγνωρίζουν την συμπεριφορά του και δεν μπορούν να κάνουν κάτι για να τον βοηθήσουν (Stenwall et al., 2008, Cohen & Pace, 2009, Day & Higgins, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας όμως, αποτελούν την ομάδα η οποία έρχεται σε επαφή μαζί τους καθημερινά, καθ' όλη την διάρκεια του 24ώρου στα πλαίσια της παροχής φροντίδας και αποτελούν την πρώτη γραμμή υπεράσπισης των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που θα εντοπίσουν πρώτοι την οξεία σύγχυση του ασθενή και θα τον αντιμετωπίσουν. Δυστυχώς όμως... «στα νοσοκομεία τα περιστατικά παραληρήματος, κάνουν το προσωπικό “να τρέμει” και... απέναντι στα περιστατικά αυτά φαίνεται να υπάρχει σοβαρό έλλειμμα εκπαίδευσης περί της φύσης, πρόληψης και αντιμετώπισής τους» (Μαργαρίτης, 2017) και επιπλέον υπάρχουν μαρτυρίες παραμέλησης των περιστατικών αυτών, απρεπούς συμπεριφοράς και κακής διαχείρισης τους, πιθανόν λόγω άγνοιας τους ορθού χειρισμού και αντιμετώπισής τους.

Όπως προαναφέρθηκε, η οξεία σύγχυση παραλήρημα συνδέεται με πληθώρα ανεπιθύμητων επακόλουθων καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων της παράτασης του χρόνου ανάγκης για μηχανική υποστήριξη και παραμονής στην ΜΕΘ (Shehabi, et al., 2010) καθώς και παράταση της διάρκειας νοσηλείας σε γενικά νοσηλευτικά τμήματα, (McCusker, et al., 2003), θέτοντας έτσι τους ασθενείς σε κίνδυνο για πρόσθετες ιατρικές επιπλοκές που σχετίζονται με την παρατεταμένη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (Inouye et al., 1998).

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν επίσης αυξημένο κίνδυνο ανάγκης για εισαγωγή σε κέντρα αποκατάστασης ή επανεισαγωγής τους στο νοσοκομείο (Inouye et al. 1998), ενώ μετά από χειρουργική επέμβαση, φαίνεται να διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών (Watt, et al, 2018). Μακροπρόθεσμα, οι ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα παρουσιάζουν γνωστική και λειτουργική έκπτωση και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξη άνοιας ή την επιδείνωση προ - υπάρχουσας άνοιας (Webster et al., 1999, Davis, et al., 2012).

Επιπλέον η οξεία σύγχυση / παραλήρημα φαίνεται να συνδέεται και με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με εκτιμώμενο κόστος μεταξύ \$16,303 και \$64,421 ανά ασθενή και η εθνική επιβάρυνση στις ΗΠΑ, \$143 μέχρι \$152 δισεκατομμύρια ετησίως (Leslie and Inouye, 2011). Ωστόσο, σύμφωνα με τους (Webster et al., 1999) η οξεία σύγχυση παραλήρημα σχετίζεται με αυξανόμενα ποσοστά θνησιμότητας και σε μετα-ανάλυση των Witlox et al σε νοσηλευόμενους ασθενείς με παραλήρημα εντοπίστηκε 95% πιο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν παρουσίασαν οξεία σύγχυση / παραλήρημα κατά την νοσηλεία τους (Witlox et al., 2010).

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Kinchin et. al., 2020 αναφορικά με το οικονομικό κόστος της οξείας σύγχυσης παραληρήματος, καταδεικνύει ότι κατά το 2019 απόφερε επιπλέον κόστος από \$806 (Ισπανία) έως \$24.509 (Φιλανδία) στο κόστος φροντίδας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι δαπάνες αυτές φαίνεται να σχετίζονται κυρίως με παρατεταμένη νοσηλεία, το υψηλότερο κόστος στα ημερήσια νοσήλια (π.χ. νοσηλεία σε ΜΑΦ, ΜΕΘ) και τα αυξημένα ποσοστά για ανάγκες κατ'οίκον νοσηλείας και συνέχιση της φροντίδας σε κέντρα αποκατάστασης και σε οίκους ευγηρίας (Webster et al., 1999, NICE 2010, Leslie and Inouye, 2011). Για τους πιο πάνω λόγους, η πρόληψη αλλά και ο έγκαιρος εντοπισμός της παρουσίας της οξείας σύγχυσης παραληρήματος είναι εξίσου σημαντικά, για αποφυγή τόσο των βραχυπρόθεσμων, όσο και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στη υγεία του ασθενή αλλά και ανάλογα την οικονομική επιβάρυνση των Συστημάτων Υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί και σε ασθενείς με υποκινητικό τύπο παραληρήματος που συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Ο υποκινητικός τύπος παραληρήματος σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση, καθώς οι ασθενείς αυτοί, παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα (6 μηνών), σε σύγκριση με τους ασθενείς που παρουσιάζουν άλλους υποτύπους παραληρήματος (Robinson et. al., 2011, Collet et al., 2018). Η πρόληψη, ο εντοπισμός και η διαχείριση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος είναι καθοριστικής σημασίας στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών, τόσο κατά την εισαγωγή τους στο νοσηλευτήριο, όσο και μετά το εξιτήριο (Ali and Cascella, 2021).

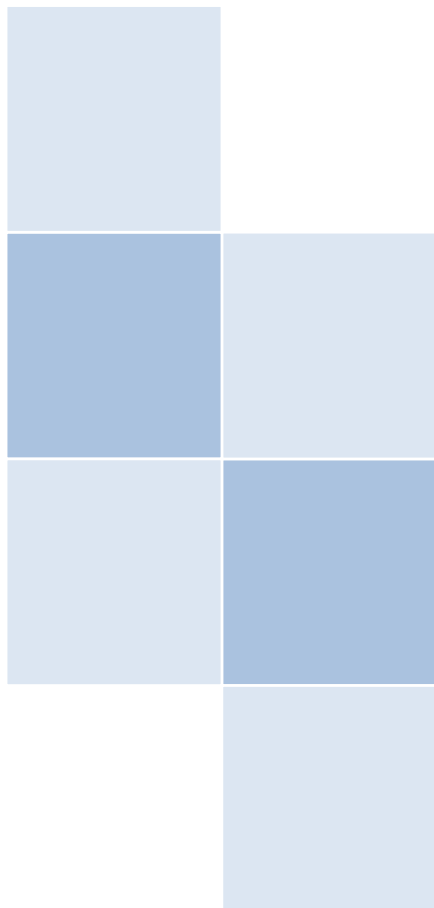
Μέχρι σήμερα υπάρχει παγκόσμια σύγκλιση απόψεων όσον αφορά τη σοβαρότητα του παραληρήματος και την κακή του πρόγνωση και επίσης ότι εάν το αποτέλεσμα δεν ήταν ο θάνατος, (Foreman, 2001), η πλήρης ανάκαμψη ήταν πιθανή. Ωστόσο κάποιοι ερευνητές κατά τη διάρκεια των αιώνων, αναφέρουν ότι το παραλήρημα μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη διανοητική διαταραχή ακόμη και μετά την απομάκρυνση της αιτίας που το προκάλεσε (Fong et al., 2012).

Επομένως απαιτείται ενδεδειγμένη διερεύνηση του θέματος, καθώς και παρέμβαση για βελτίωση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων του προσωπικού, για έγκαιρη αναγνώριση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος και τον ορθό χειρισμό των περιστατικών αυτών. Εξίσου επωφελής θα είναι και η μελέτη και εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για συστηματική αξιολόγηση των ασθενών ως ρουτίνα για τον έγκαιρο εντοπισμό της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος και η εφαρμογή δεσμίδων μέτρων πρόληψής εμφάνισής τους. Με τον έγκαιρο εντοπισμό της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος και την πρόληψη θα αποφευχθούν οι ευρύτερες προεκτάσεις του παραληρήματος στα Συστήματα Υγείας και αχρείαστη επιβάρυνση τους.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ/ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ



Κεφάλαιο 2^ο Εννοιολογικό και Θεωρητικό Υπόβαθρο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

2.1 Εισαγωγή

Για πολλούς ανθρώπους οι όροι γνώση, στάσεις και δεξιότητες είναι παρόμοιες έννοιες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της επάρκειας. Αν και υπάρχει σχέση μεταξύ των γνώσεων και στάσεων, δεν ισχύει πάντα το ότι η καλύτερη γνώση θα οδηγήσει στην υιοθέτηση συγκεκριμένης στάσης και αποδοχής (Jallinoja και Aro, 2000).

Η κατανόηση των στάσεων είναι σημαντική λόγω της επιρροής τους στη συμπεριφορά ενός ατόμου. Στην πράξη ο όρος «στάσεις» χρησιμοποιείται συχνά ως έκφραση ομπρέλα, που καλύπτει έννοιες όπως προτιμήσεις, αισθήματα, συναισθήματα, πεποιθήσεις, προσδοκίες, κρίσεις και εκτιμήσεις (Jain, 2014).

Φαίνεται γενικά ότι το επίπεδο γνώσης, όσο αφορά την οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι χαμηλό και ότι οι στάσεις των νοσηλευτών είναι αρνητικές. Μια αιτία πιθανολογείτε να είναι η μάθηση και η κατάρτιση των νοσηλευτών αλλά και η προπτυχιακή τους εκπαίδευση, όπου γίνεται πολύ περιορισμένη αναφορά στο θέμα της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος (Wand, 2011, Baker , 2015).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στο εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο των γνώσεων και των στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα και τα υπάρχοντα εργαλεία και μεθόδους αξιολόγησης των γνώσεων και στάσεων τους, καθώς και αναφορά στην έννοια μάθηση , κατάρτιση και προπτυχιακή εκπαίδευση, ιδιαίτερα στην Κύπρο.

2.2 Εννοιολογικός ορισμός γνώσεων

Η γνώση αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης από την αρχαιότητα, με πρωτεργάτες τους Έλληνες φιλόσοφους, Πλάτωνα, Φαίδωνα και Θεαίτητο, όπου όρισαν τη γνώση ως μια αιτιολογημένη ορθή πίστη. Με την πάροδο των ετών έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί, χωρίς όμως να υπάρχει μεταξύ τους απόλυτη συμφωνία, αλλά έχουν κοινά σημεία και ο ένας ορισμός συμπλήρωνε το άλλο (Ευαγγέλου, 2009).

Ωστόσο η γνώση αναφέρεται ως η πεποίθηση για την πραγματικότητα ενός αντικειμένου, φαινομένου ή γεγονότος και η οποία αποκτιέται με την παρατήρηση και τη μελέτη (Χατζηιακώβου 1992). Οι Nonaka και Takeouchi (1995), υποστηρίζουν τον ορισμό της γνώσης ως «αιτιολογημένη αληθής πεποίθηση».

Η γνώση σύμφωνα με τον Κουτσάκο (1993), ορίζεται ως το σύνολο των πληροφοριών οι οποίες αναφέρονται στο περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, τεχνολογικό, εκπαιδευτικό, επιστημονικό), είναι οργανωμένες έννοιες, κατηγορίες, ορισμοί, κανόνες, νόμοι, αξιώματα και οι οποίες συντίθενται σε συστήματα ή θεωρίες. Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν στο ότι η πληροφορία αποτελεί το μέσο για την δημιουργία της γνώσης. «Η γνώση ταυτίζεται με κάποια πεποίθηση που έχει παραχθεί από την πληροφορία», «Η πληροφορία είναι αγαθό ικανό να αποφέρει γνώση, και η πληροφορία που μεταφέρει ένα σήμα είναι ότι μπορούμε να μάθουμε από αυτό» (Nonaka and Takeuchi, 1995).

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2002), η γνώση ορίζεται το σύνολο των πληροφοριών που αποκτά κανείς και των παραστάσεων που να σχηματίζει μέσω των αισθήσεων και της νοητικής επεξεργασίας των δεδομένων τους. Η γνώση είναι μεταβλητή διαχρονικά, αποκτάται τόσο με την εκπαίδευση όσο και με την πρακτική εμπειρία και είναι άμεσα συνδεδεμένη με την έρευνα και την καινοτομία. Η γνώση ορίζεται και ως η εξοικείωση, η συνειδητοποίηση και η κατανόηση για κάποιο γεγονός, πληροφορία, περιγραφή ή κάποια δεξιότητα που αποκτάται μέσω της εκπαίδευσης ή της εμπειρίας, με την αντίληψη ή την εξερεύνηση (Manichander, 2015).

Οι γνώσεις που αποκτά ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του τον βοηθούν να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του και σε πολλές περιπτώσεις να αλλάζει το περιβάλλον αυτό προς όφελός του.

Διακρίνουμε τρία διαφορετικά είδη γνώσης ανάλογα με την ιδιαίτερη λειτουργία που αντιλαμβανόμαστε ότι επιτελεί το κάθε είδος γνώσης.

- Στοιχειώδης Γνώση (factual knowledge): Είναι το είδος της απλής γνώσης μεμονωμένων στοιχείων (π.χ. απλές έννοιες, βασική ορολογία, μεμονωμένα γεγονότα όπως χρονολογίες, ονόματα κ.λπ.) που κατακτούμε αρχικά, καθώς μαθαίνουμε κάτι για πρώτη φορά. Η στοιχειώδης γνώση αφορά τη γνώση απλών στοιχείων του πεδίου, χωρίς όμως την κατανόηση της ουσιαστικής μεταξύ τους σύνδεσης.
- Εννοιολογική Γνώση (conceptual knowledge): Είναι το είδος της γνώσης που αναπτύσσουμε καθώς δημιουργούμε νέες κατηγοριοποιήσεις (έννοιες) με τις οποίες περιγράφουμε τα φαινόμενα του κόσμου και παράλληλα συνδέουμε τις έννοιες μεταξύ τους με σχέσεις. Αφορά επομένως το σύνθετο δίκτυο που δημιουργείται από τα σημαντικά γνωσιολογικά στοιχεία του αντικειμένου (έννοιες) και τις μεταξύ τους σχέσεις (συνδέσμους). Η εννοιολογική γνώση περιλαμβάνει το είδος της γνώσης που μας βοηθά να

κάνουμε δηλώσεις σχετικά με το γνωστικό αντικείμενο, γι' αυτό και αναφέρεται συχνά ως «δηλωτική» γνώση (declarative knowledge). Τυπικά η εννοιολογική γνώση μπορεί να αναπαρασταθεί ως ένα σημασιολογικό δίκτυο (semantic network) που αναπαριστά τις έννοιες ως κόμβους και τις μεταξύ τους σχέσεις ως συνδέσμους μεταξύ των κόμβων.

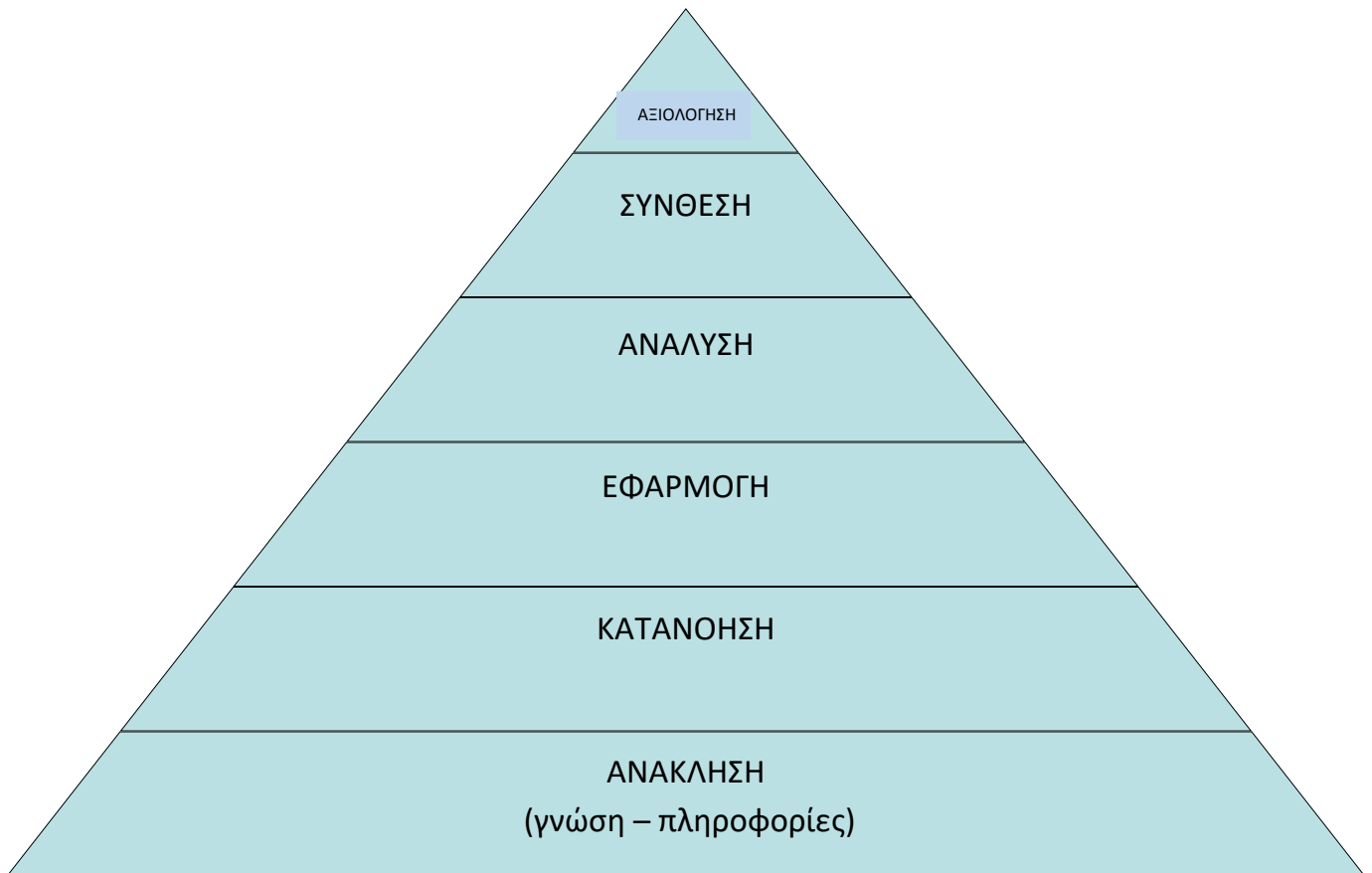
- Διαδικαστική Γνώση (procedural knowledge): Το είδος της γνώσης που αφορά την ικανότητά μας να εφαρμόζουμε διαδικασίες που οδηγούν στην επίτευξη κάποιου στόχου. Αφορά τις δεξιότητες που αφορούν τρόπους εφαρμογής γνώσης για επίλυση προβλημάτων του γνωστικού πεδίου.
- Μεταγνώση (metacognitive knowledge ή metacognition): Αναφέρεται σε γνώσεις και δεξιότητες που έχουν ως αντικείμενο τις ίδιες τις γνωστικές δομές και ικανότητες του εαυτού μας. Είναι η γνώση που έχουμε για το επίπεδο των δικών μας γνώσεων, δεξιοτήτων, δυνατοτήτων και προτιμήσεων μάθησης (Δημητριάδης, 2015).

Το γνωστικό επίπεδο το διακρίνουμε και στην ταξινόμηση των Επιπέδων Μάθησης. Η ταξινόμηση Bloom είναι μια ευρύτατα χρησιμοποιούμενη ταξινόμησή και είναι γνωστή ως «ταξινόμηση Bloom» (Bloom's taxonomy) από το όνομα του προέδρου της επιτροπής εκπαιδευτικών που το 1956 εισηγήθηκε πρώτος τη συγκεκριμένη ταξινομία.

Η ταξινομία Bloom διακρίνει τρεις άξονες μάθησης:

- Γνωστικό (cognitive): Περιλαμβάνει γνώση, κατανόηση και υψηλότερου επιπέδου κριτική σκέψη που αναπτύσσουμε σε σχέση με κάποιο γνωστικό πεδίο μελέτης.
- Συναισθηματικό (affective): Αφορά την ανάπτυξη στάσεων, πίστσεων, εκτιμήσεων και συναισθημάτων σχετικών με το αντικείμενο της μάθησης.
- Ψυχοκινητικό (psychomotor): Αφορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων κίνησης, όπως π.χ. φυσική διαχείριση εργαλείων, οργάνων κ.λπ.

Στον γνωστικό άξονα η ταξινομία διακρίνει τα εξής επίπεδα, όπως παρουσιάζονται στο σχήμα 1 (από το χαμηλότερο προς το υψηλότερο):



Σχήμα 2: Επίπεδα ταξινόμησης γνωστικού άξονα

- Ανακαλώ (recall, remember): Ανακαλώ απλές βασικές γνώσεις ή πληροφορίες για το πεδίο από τη μνήμη μου.
- Κατανοώ (understand): Αναπτύσσω βαθύτερη εννοιολογική γνώση, δηλ. οικοδομώ και κατανοώ ουσιαστικότερα νοήματα για το πεδίο, συνδέοντας μεταξύ τους γνωσιολογικά στοιχεία του πεδίου.
- Εφαρμόζω (apply): Έχω την ικανότητα να εφαρμόσω στην πράξη κάποια γνώση, εκτελώντας μια διαδικασία και επιτυγχάνοντας έναν συγκεκριμένο στόχο.
- Αναλύω (analyze): Αναλύω (διαιρώ) μια κατάσταση/πρόβλημα σε απλούστερα μέρη και αντιλαμβάνομαι το πώς τα μέρη συνδέονται μεταξύ τους στο πλαίσιο μιας συνθετότερης δομής.

- Δημιουργώ, συνθέτω (create, synthesize): Συνθέτω απλούστερα στοιχεία για να δημιουργήσω ένα νέο συνεπές και λειτουργικό σύνολο. Προτείνω μια νέα λύση σε ένα σύνθετο πρόβλημα.
- Αξιολογώ (evaluate): Διατυπώνω κρίσεις με βάση κριτήρια και πρότυπα (standards). Αξιολογώ τις διάφορες λύσεις που έχουν προταθεί για ένα πρόβλημα.

Τα τρία τελευταία επίπεδα (αναλύω, συνθέτω, αξιολογώ) αναφέρονται συνήθως ως δεξιότητες υψηλότερου επιπέδου (ή κριτικές ικανότητες) και αποτελούν σήμερα έναν σημαντικό στόχο της εκπαίδευσης και της τεχνολογικά υποστηριζόμενης μάθησης.

2.2.1 Αξιολόγηση του επιπέδου Γνώσεων

Για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων οι περισσότερες μελέτες που βασίζονται σε εργαλεία / δομημένα ερωτηματολόγια, τα οποία έχουν καθιερωθεί εδώ και πολλά χρόνια ως αξιόπιστες μέθοδοι αξιολόγησης. Οι μελέτες αυτές βρίσκουν την εφαρμογή τους σε μια ευρεία θεματολογία στους τομείς της εκπαίδευσης, της οικονομίας, της διοίκησης, των επιστημών και άλλα πεδία.

Τα ερωτηματολόγια που απευθύνονται συνήθως σε μαθητές ή άλλους επαγγελματίες και έχουν σχέση με θέματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, χρησιμοποιούνται για διάφορους σκοπούς (αξιολόγηση των μαθημάτων ή και των διδασκόντων, αξιολόγηση των εκπαιδευτικών διαδικασιών κ.α.). Οι σύγχρονες επιστημονικές μέθοδοι όμως, προστάζουν όπως ο σχεδιασμός ενός ερωτηματολογίου αξιολόγησης να στηρίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια αξιολόγησης και απαιτείται ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου με τρόπο που να είναι κατανοητό όχι από το σχεδιαστή αλλά από τον ίδιο τον χρήστη (Meyer, 1997).

Για την κατασκευή και χρήση ενός εργαλείου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως τα κριτήρια αξιολόγησης, η διατύπωση των ερωτήσεων η οποία θα πρέπει να είναι εύστοχη και η κλίμακα αξιολόγησης η οποία θα πρέπει να είναι κατανοητή. Η επιλογή της κλίμακας, πχ, 1 έως 5, όπου μόνο τα δύο άκρα αποκωδικοποιούνται (1 = καθόλου και 5 = πάρα πολύ) κρίνεται εύστοχη αφού αφενός αποφεύγει άσκοπες αποκωδικοποιήσεις των κεντρικών τιμών της κλίμακας που ίσως είναι αποπροσανατολιστικές και αφετέρου επιτρέπει στο συμμετέχοντα, να απαντήσει με οικείους όρους.

2.2.2 Αξιολόγηση του επιπέδου Γνώσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Για την μέτρηση του επιπέδου γνώσεων έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετά και διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης των γνώσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Κάποιοι μέσα από παρατήρηση, κάποιοι μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με το προσωπικό ενώ άλλοι με την χρήση δομημένων εργαλείων / ερωτηματολογίων. Μέσα από την βιβλιογραφία εντοπίστηκαν αρκετά άρθρα τα οποία ήταν αφορούσαν την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης του παραληρήματος αλλά και κάποια που σχετίζονταν με παρεμβάσεις ανάπτυξης της γνώσης. Πολλά από αυτά τα εργαλεία αναφέρονταν σε νοσηλευτές ΜΕΘ (Christensen, 2014, Hamdan-Mansour et al, 2010), αλλά υπάρχουν και εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σε γενικούς θαλάμους (Agar et al., 2011; Flagg et al., 2010). Επιπλέον κατασκευάστηκαν ορισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και δόθηκαν στους συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση (Donahue et al., 2011, Forsgren & Eriksson, 2010, Meako et al., 2011, Ramaswamy et al., 2011, Siddiqi et al., 2011).

Όπως προαναφέρθηκε, το θέμα της αξιολόγησης του επιπέδου γνώσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα απασχόλησε τους ερευνητές περί τα τέλη του 20^{ου} αιώνα. Το 2000 σε μελέτη του οι Fick και Foreman είχαν εντοπίσει το χαμηλό επίπεδο γνώσεων μετά από συνεντεύξεις που έκαναν σε Νοσηλευτές μετά την παρακολούθηση εκπαιδευτικού σεμιναρίου.

Ωστόσο ο Fick et al το 2007 αξιολόγησε τις γνώσεις των Νοσηλευτών για το παραλήρημα, αλλά επικεντρώθηκε στενότερα στο παραλήρημα υπό την παρουσία στην άνοια (DSD), με στόχο να καθοριστεί εάν οι νοσηλευτές ήταν σε θέση να το αναγνωρίσουν υπό αυτές τις συνθήκες χρησιμοποιώντας βινιέτες / σενάρια περιπτώσεων. Τα σενάρια σχεδιάστηκαν για να αξιολογήσουν τη γνώση του παραληρήματος, τους παράγοντες κινδύνου και την διαχείρισή του και έχουν επικυρωθεί. Στην μελέτη αξιολογήθηκαν επίσης οι γνώσεις των νοσηλευτών για τους ψυχικά πάσχοντες ηλικιωμένους ασθενείς, χρησιμοποιώντας το εργαλείο Mary Starke Harper Aging Knowledge Exam (MSHAK), ένα εργαλείο που μετρά τη γενική γνώση για τους ψυχικά πάσχοντες ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι Devlin et al., το 2008 μελέτησαν τις γνώσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονταν σε 16 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Βοστώνη, θέλοντας να προσδιορίσουν τις τρέχουσες πρακτικές και αντιλήψεις τους σχετικά με την αξιολόγηση του παραληρήματος και σύγκριση των πρακτικών αξιολόγησης του παραληρήματος με πρακτικές αξιολόγησης της καταστολής. Στην μελέτη συμμετείχαν 331/601 Νοσηλευτές

(55%) και το ερωτηματολόγιο δόθηκε διαδικτυακά. Το εργαλείο αποτελείται από τρεις ενότητες, τα δημογραφικά στοιχεία, τις πρακτικές καταστολής και πρακτικές αξιολόγησης παραληρήματος και τις τρέχουσες απόψεις σχετικά με το παραλήρημα, την αξιολόγηση και τα πιθανά εμπόδια στην αξιολόγηση του.

Οι Dahlke και Phinney (2008) αξιολόγησαν τον τρόπο με τον οποίο οι Νοσηλευτές διαχειρίζονταν το παραλήρημα σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς (αξιολόγηση, πρόληψη και θεραπεία). Η αξιολόγηση αυτή περιελάμβανε συνεντεύξεις (1.5 ώρας) με εγγεγραμμένους Νοσηλευτές (12) που εργάζονταν σε νοσοκομείο του δυτικού Καναδά και εργάζονταν σε παθολογικές και χειρουργικές μονάδες.

Την ίδια χρονιά στην Αυστραλία, οι Hare et al κατασκεύασαν και χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση των γνώσεων των Νοσηλευτών, το Nurses Knowledge of Delirium (NKD). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις σχετικά με την οξεία σύγχυση και τους προδιαθεσικούς της παράγοντες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 17 έρευνες μέχρι σήμερα και έχει μεταφραστεί σε 7 γλώσσες. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο NKD (Hare et al., 2008), ο NHS (National Health Service) διεξήγαγε μελέτη επικύρωσης του (Speed, 2015).

Ο Voyet και συνεργάτες το 2008, αξιολόγησε τις γνώσεις των Νοσηλευτών για το παραλήρημα σε 4 Νοσοκομεία Μακροχρόνιας Φροντίδας / Αποκατάστασης ηλικιωμένων ασθενών. Οι συμμετέχοντες αρχικά είχαν εκπαιδευτεί στην χρήση εργαλείου μέτρησης του παραληρήματος, στην συνέχεια καλέστηκαν να το εφαρμόσουν σε 160 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω χωρίς ιστορικό ψυχικής ασθένειας. Στην συνέχεια οι Νοσηλευτές ερωτήθηκαν για την ικανότητα και την εμπειρία τους στην αξιολόγηση του παραληρήματος στους ασθενείς.

Το 2009 οι Davis and MacLulich είχαν κατασκευάσει και χρησιμοποιήσει δικό τους ερωτηματολόγιο για το παραλήρημα, σε ειδικευόμενους ιατρούς στο Ηνωμένο Βασίλειο με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής για τα επιδημιολογικά στοιχεία, ερωτήσεις τύπου ορθό, λάθος αναφορικά με τα κριτήρια - μεθόδους εντοπισμού / διάγνωσης του παραληρήματος και ερωτήσεις σε κλίμακα Likert σχετικά με το επίπεδο γνώσεων των συμμετεχόντων.

Το 2010 οι Hamdan and Mansour σε μελέτη τους για την μέτρηση του επιπέδου των γνώσεων των Νοσηλευτών στις ΜΕΘ (n=232) στην Ιορδανία, χρησιμοποίησαν προσαρμοσμένη κλίμακα 25 ερωτήσεων για την αξιολόγηση των γνώσεων σχετικά με το παραλήρημα σε ασθενείς στην ΜΕΘ αλλά και τις πρακτικές διαχείρισης των ασθενών με παραλήρημα, χρησιμοποιώντας πληροφορίες από τη μέθοδο αξιολόγησης σύγχυσης για τη ΜΕΘ (Ely, Margolin et. al, 2001) και το τεστ συνεχούς εκπαίδευσης παραληρήματος που αναπτύχθηκε

από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (Devlin et al., 2008). Οι απαντήσεις δόθηκαν σύμφωνα με κλίμακα Likert τριών σημείων (1 = δεν ξέρω, 2 = όχι και 3 = ναι) (Hamdan - Mansour et al 2010);

Ο Flagg και οι συνεργάτες του το 2010 κατασκεύασαν το εργαλείο Barriers to Delirium Assessment, με στόχο την αξιολόγηση της γνώσης των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το παραλήρημα, των αρνητικών επιπτώσεων που σχετίζονται με παραλήρημα και τα επίπεδα εμπιστοσύνης στην διαδικασία εκτίμησης του παραληρήματος. Το ερωτηματολόγιο έχει επικυρωθεί, σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στην μελέτη τους σε δείγμα 31 Νοσηλευτών σε παθολογικές και χειρουργικές μονάδες και σε 30 νοσηλευτές σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις τύπου ορθό / λάθος και ερωτήσεων κλίμακας τύπου Likert. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 3 μέρη, το πρώτο μέρος εξετάζει τις γνώσεις των Νοσηλευτών σχετικά με τις επιπτώσεις του παραληρήματος και περιείχε 13 δηλώσεις ορθό / λάθος. Το δεύτερο μέρος εξετάζει τις γενικές γνώσεις των Νοσηλευτών για το παραλήρημα και αποτελείται από 8 στοιχεία σε πενταβάθμια κλίμακα (1-5). Το τρίτο και τελευταίο μέρος περιείχε 3 ερωτήσεις που αφορούσαν την εμπιστοσύνη του συμμετέχοντος στον εντοπισμό του παραληρήματος.

Οι Meako et al το 2011 κατασκεύασαν ερωτηματολόγιο για την γνώση του παραληρήματος σε ηλικιωμένους ασθενείς, το οποίο χρησιμοποιήθηκε πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση σε 23 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ορθοπεδικό τμήμα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 10 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και αναφερόταν στην γνώση του παραληρήματος, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, στην ικανότητα τους για αναγνώριση του παραληρήματος και την διαφοροποίησή του από την άνοια, την φαρμακευτική αγωγή και την διαχείριση του παραληρήματος (<https://links.lww.com/ONJ/A2>). Το ερωτηματολόγιο δεν έχει επικυρωθεί.

Το 2012 ο Gesin et al χρησιμοποίησε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής για την αξιολόγηση της γνώσης των Νοσηλευτών εντατικής σχετικά με το παραλήρημα και την λίστα ελέγχου του παραληρήματος στην εντατική (ICDSC, Intensive Care Delirium Screening Checklist). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 3 φάσεις, χωρίς καμία παρέμβαση, με την εισαγωγή εργαλείου μέτρησης του παραληρήματος στα τμήματα (ICDSC) μία σύντομη εκπαίδευση και τέλος η τρίτη φάση ήταν με την χρήση του ICDSC και μια πολύπλευρη εκπαίδευση. Το ερωτηματολόγιο των Gesin et al, χρησιμοποιήθηκε από τους Hickin et al το 2017 για την μέτρηση του επιπέδου γνώσεων των συμμετεχόντων (84 Νοσηλευτές) σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα στο Καναδά. Το ερωτηματολόγιο είχε δοθεί σε 3

φάσεις, πριν την παρέμβαση, 3 μήνες μετά την παρέμβαση και 18 μήνες μετά την παρέμβαση.

Ο Christensen 2013 είχε κατασκευάσει και επικυρώσει ένα δικό του εργαλείο στην μελέτη για τον καθορισμό των γνώσεων 53 νοσηλευτών εντατικής σε ένα τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό νοσοκομείο στη Νοτιοανατολική Ασία. Το εργαλείο αποτελείτο από 40 ερωτήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert και αποτελείτο από 2 μέρη, το εισαγωγικό μέρος τμήμα, δημογραφικά στοιχεία (n=13) και το μεθοδολογικό μέρος όπου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη γνώση των σημείων και των συμπτωμάτων (n=14), των παραγόντων κινδύνου (n=17) και των επιπτώσεων του παραληρήματος (n=8) (Christensen, 2014).

Οι Marino et al το 2015 κατασκεύασαν το Delirium knowledge assessment tool, 15 ερωτήσεων (πολλαπλής επιλογής) για την μέτρηση βασικών γνώσεων του παραληρήματος κατά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος σε Νοσηλευτές ΜΕΘ για την παρουσίαση και εφαρμογή πρωτοκόλλου και δέσμης μέτρων για την πρόληψη και την διαχείριση παραληρήματος σε ασθενείς στην ΜΕΘ. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί από συνεργάτες της έρευνας. Το 2015 οι Solberg et Al., χρησιμοποίησαν μόνο 6 ερωτήσεις για το επίπεδο γνώσης και άνεσης των συμμετεχόντων σε πενταβάθμια κλίμακα 1-5.

Ερωτηματολόγιο για την μέτρηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα είχε χρησιμοποιηθεί και στην Ελλάδα το 2011 από τους Ουζούνη και Νακάκης (2012). Το ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν στην ελληνική γλώσσα είναι βασισμένο στο ερωτηματολόγιο των Hare, et. al., και έχει 28 ερωτήσεις τύπου «σωστό», «λάθος» ή «δεν γνωρίζω». Το ερωτηματολόγιο δεν φαίνεται να έχει δοκιμαστεί πιλοτικά και δεν αναφέρεται εάν έχει σταθμιστεί.

2.3 Εννοιολογικός ορισμός των στάσεων

Με την έννοια στάση εννοούμε τον τρόπο συμπεριφοράς / αντίδρασης ενός ατόμου σε μια κατάσταση (Μπαμπινιώτης, 2002). Η στάση ορίζεται ως μια διαρκής οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, με γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία και κάποια τάση προς έκφραση της συμπεριφοράς στα κοινωνικά θέματα, ομάδες, γεγονότα ή σύμβολα (Hogg and Vaughan, 2005).

Ο Jung (1971) ορίζει τις στάσεις με την έννοια της ετοιμότητας της ψυχής, για να δράσει ή να αντιδράσει με έναν ορισμένο τρόπο. Υποστηρίζει ότι οι συμπεριφορές πολύ συχνά έρχονται σε ζεύγη, η μία συνειδητή και η άλλη ασυνείδητη. Ομοίως, οι Ajzen και Fishbein (1977) δηλώνουν ότι οι στάσεις των ατόμων τηρούνται σε σχέση με κάποια πτυχή του κόσμου τους, όπως κάποιο άλλο άτομο, ένα αντικείμενο, μια συμπεριφορά ή μια πολιτική.

Η έννοια της στάσης συμπεριλαμβάνει τρεις διαστάσεις, τη γνώση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά (Breckler, 1984, Hogg and Vaughan, 2005). Τυχών μεταβολή σε έστω μία από αυτές, 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 προυπάρχουσας στάσης (McLeod, 2018).

Ωστόσο, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν, ότι οι στάσεις και η πραγματική συμπεριφορά δεν βρίσκονται πάντα σε πλήρη ευθεία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η στάση των ανθρώπων μπορεί να διαμορφωθεί ως αποτέλεσμα μιας οποιασδήποτε πεποίθησης, αντίληψης, περιβαλλοντικής απαίτησης ή αντίδρασης για προστασία του εαυτού του. Οι στάσεις αυτές είναι συχνά ελεγχόμενες ή μπορεί να είναι και αυθόρμητες (Hogg and Copper, 2007).

Ο Aronte (2012), αναφέρει ότι οι συμπεριφορές έχουν τέσσερις λειτουργίες: μας βοηθούν να κάνουμε πράγματα, μας βοηθούν να εκφράσουμε ποιοι είμαστε, προστατεύουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης μας και έχουν λειτουργία γνώσης και μας βοηθά να οργανώσουμε πληροφορίες και δεδομένα.

2.3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις Στάσεων

Ως προς τη φύση τους οι στάσεις θεωρείται ότι αποτελούν ένα σύνθετο κράμα εικόνων, αναπαραστάσεων και αξιολογήσεων του ατόμου και σύμφωνα με τον διαχωρισμό του Πλάτωνα στην αρχαιότητα, είναι η ικανότητα του ατόμου για δράση, και εμπεριέχουν νοητική, συναισθηματική διάσταση και διάσταση βούλησης.

Μια από τις πρώτα θεωρητικές προσεγγίσεις των στάσεων ήταν το μοντέλο του Rosenberg το 1956, όπου προτείνει ότι η «σημασία της αξίας» και η «αντιληπτή οργανικότητα» είναι ξεχωριστές και διαχειρίσιμες διαστάσεις των γνωστικών δομών των στάσεων (Rosenberg, 1956).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση είναι η λειτουργική θεωρία των στάσεων και αντιμετωπίζει τις στάσεις από την ψυχοδυναμική άποψη. Η θεωρία αναπτύχθηκε από τους Katz et al. (1960) και θεωρείται ότι είναι επηρεασμένη από την ψυχανάλυση, επειδή υιοθετεί ορισμένες αρχές της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Η λειτουργική θεωρία προσεγγίζει τις στάσεις από την οπτική της σκοπιμότητας τους.

Ο Katz θεωρεί ότι οι λειτουργικοί ρόλοι των στάσεων είναι τέσσερις:

- Ο ωφελμιστικός ή προσαρμοστικός λειτουργικός ρόλος. Ο Katz et al, υιοθετούν αυτόν τον ρόλο και από τον συμπεριφορισμό και από το ψυχαναλυτικό αξίωμα της ευχαρίστησης. Η παρορμήσεις του ατόμου το ωθούν στο να απολαμβάνει ευχάριστες συναισθηματικές καταστάσεις και να αποφεύγει δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις.
- Ο γνωστικός λειτουργικός ρόλος που αναφέρεται στη γνωστική διάσταση των στάσεων, με την απλοποίηση γεγονότων και την κατανόηση των φυσικών και κοινωνικών φαινομένων του περιβάλλοντος, ικανοποιώντας τις ανάγκες του ατόμου να διατηρεί μια σταθερή, οργανωμένη και νοερή αντίληψη του περιβάλλοντος του (Kluchohn, 1953).
- Ο λειτουργικός ρόλος των στάσεων της εξέλιξης και των αξιών του ατόμου που βασίζεται στο γίνομαι. Ο Φρόιντ έθεσε το εγώ ως επίκεντρο της αυτοσυνειδησίας, το οποίο είναι βασισμένο σε συγκεκριμένες αξίες ή αρχές του ατόμου και του δημιουργεί αίσθημα βαθιάς ικανοποίησης.
- Ο ρόλος των μηχανισμών άμυνας του εγώ, όπου συμφωνά με την ψυχανάλυση όταν απειλείται το εγώ, μηχανισμοί δρουν ασυνείδητα, για τη μείωση του άγχους ή των τύψεων συνείδησης (Berkowitz, 1964).

Μια διαφορετική προσέγγιση επηρεάστηκε από το χώρο της γνωστικής ψυχολογίας και αντιμετωπίζει τις στάσεις από την οπτική της γνωστικής συνέπειας (Bruner et al., 1956) δηλαδή ορίζουν τις στάσεις ως γνωστικές λειτουργίες. Η θεωρία της γνωστικής συνέπειας των στάσεων αναπτύχθηκε από τον Heider και αφορά το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό στοιχείο και την μεταξύ τους ισορροπία. Όταν υπάρχει η ισορροπία, υπάρχει οργάνωση των στάσεων. Αντίθετα όταν δεν υπάρχει η ισορροπία αυτή, το άτομο να αναζητά την εξισορρόπηση της κατάστασης μέσα από την αλλαγή στάσης. Οι επιπτώσεις της μη ύπαρξης συνέπειας των στοιχείων οδήγησαν τον Festinger στη δική του θεωρία, της γνωστικής ασυμφωνίας. Ο Festinger υποθέτει ότι η κάθε μια από τις δυο στάσεις παρουσιάζει και θετικά και αρνητικά επιχειρήματα. Με βάση αυτά τα άτομο θα καταλήξει στην στάση που θα κρατήσει (Fishbein, 1963). Επιπλέον μελετά τις καταστάσεις εκείνες που το άτομο αναγκάζεται λόγω συνθηκών και καταστάσεων να συμπεριφερθεί με τρόπο αντίθετο των πεποιθήσεών του (Tajfel, 1978).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση των είναι η προσέγγιση των Rosenberg & Hovland's (1960), όπου αναφέρει ότι η συμπεριφορά αποτελεί μέρος της διαμόρφωσης μιας στάσης. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι η στάση είναι παρεμβαλλόμενη μεταβλητή σε ερεθίσματα (αντικείμενα, άνθρωποι, γεγονότα) και η συμπεριφορά είναι η ανταπόκριση σε αυτά τα ερεθίσματα. Παρόμοια είναι και η αλληλεπίδραση στα συναισθήματα και στην γνώση που αφορά τις πεποιθήσεις, εάν κάτι είναι ορθό ή λάθος και τη συμπεριφορά αναφορικά με τις προθέσεις για δράση.

Νεότερη θεωρητική προσέγγιση στο χώρο των στάσεων προέρχεται από τον συμπεριφορισμό και κατηγοριοποιεί τις στάσεις ως συνήθειες που το άτομο έχει μάθει από το άμεσο και έμμεσο του περιβάλλον. Οι θεωρίες της μάθησης ορίζουν την στάση ως συνήθεια, διαμορφωμένη από το περιβάλλον του ατόμου, με βάση τις αρχές της μάθησης, διασύνδεση, ενίσχυση και μίμηση (Muhlbauer, 1995). Επιπλέον η διαμόρφωση της στάσης του ατόμου, εξαρτάται από την επιρροή άλλων ατόμων, δηλαδή δεν είναι πάντα αποτέλεσμα των γνωστικών λειτουργιών του ίδιου του ατόμου.

Πολλά και διαφορετικά μοντέλα κατανόησης των στάσεων έχουν περιγράψει, αλλά τα περισσότερα από αυτά συμφωνούν με τα χαρακτηριστικά του τρίπτυχου που αποτελείται από την επίδραση, τη συμπεριφορά και τη νόηση (γνώση). Είναι γενικά αποδεκτό το ότι οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τη θετική ή αρνητική διανοητική και νευρική ετοιμότητα για ένα άτομο, τόπο, πράγμα ή γεγονός και περιγράφεται και από τους συγχρόνους κοινωνικούς ψυχολόγους ως τρισδιάστατη.

Συγκεκριμένα, το μοντέλο Cognitive – Affective - Conative (CAC) που περιεγράφηκε από τους Schiffman και Kanuk (2004), προτείνει ότι οι στάσεις περιλαμβάνουν τρία στοιχεία:

1. Το γνωστικό στοιχείο, που αναφέρονται στις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τη γνώση που έχει ένα άτομο για κάτι. Το γνωστικό στοιχείο είναι μια αξιολόγηση της οντότητας που αποτελεί τη άποψη ενός ατόμου για ένα αντικείμενο. Η γνωστική αναφέρεται στις σκέψεις και τις πεποιθήσεις που έχει ένα άτομο για ένα αντικείμενο στάσης. Οι Fishbein & Ajzen (1975) εκφράζουν την πεποίθηση ότι είναι πληροφορίες που ένα άτομο έχει για ένα αντικείμενο, πληροφορίες που συνδέουν συγκεκριμένα ένα αντικείμενο και ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα. Το γνωστικό στοιχείο χαρακτηρίζεται ως χώρος / ενότητα αποθήκευσης όπου ένα άτομο οργανώνει τις πληροφορίες.
2. Το συναισθηματικό στοιχείο, που περιλαμβάνει τα αισθήματα και τα συναισθήματα ενός ατόμου.

Το συναισθηματικό συστατικό είναι η συναισθηματική αντίδραση προς ένα αντικείμενο στάσης. Το μεγαλύτερο μέρος της μελέτης δίνει έμφαση στη σημασία των συναισθηματικών στοιχείων. Η στάση ενός ατόμου απέναντι σε ένα αντικείμενο, δεν μπορεί να καθοριστεί με τον απλό προσδιορισμό των πεποιθήσεών του γι 'αυτό, επειδή το συναίσθημα λειτουργεί ταυτόχρονα με τη γνωστική διαδικασία για ένα αντικείμενο στάσης. Οι Agarwal & Malhotra, (2005) εκφράζουν ότι η επίδραση (αισθήματα και συναισθήματα) και η στάση (αξιολογική κρίση με βάση τις πεποιθήσεις εμπορικών επωνυμιών) στην ροή της έρευνας, συνδυάζονται για να προτείνουν ένα ολοκληρωμένο πρότυπο στάσης και επιλογής.

3. Το συζευκτικό ή συμπεριφορικό στοιχείο, που περιλαμβάνει τις ενέργειες ή τις αντιδράσεις ενός ατόμου (Schiffman και Kanuk, 2004).

Τα στοιχεία της συμπεριφοράς είναι η λεκτική ή μη λεκτική τάση συμπεριφοράς από ένα άτομο και αποτελείται από ενέργειες ή εμφανή απαντήσεις του, που είναι αποτέλεσμα ενός αντικειμένου στάσης (Wicker 1969) και περιλαμβάνει την αντίδραση του ατόμου για να κάνει κάτι σχετικά με το αντικείμενο στάσης. Οι αντιδράσεις είναι περισσότερο ή λιγότερο ουσιαστικές. Δηλαδή, μια σειρά αντιδράσεων προς ένα δεδομένο ερέθισμα είναι πιθανό να δείξει κάποιο βαθμό οργανωτικής δομής ή προβλεπτικότητας (Defleur & Westie 1963).

2.3.2 Στάσεις στην νοσηλευτική πρακτική

Οι στάσεις των νοσηλευτών προς κατηγορίες ασθενών ή νοσημάτων είναι εξαιρετικά σημαντικές για την ευημερία όχι μόνο των ίδιων, των ασθενών και των οικιών τους (Zimmerman et al., 2005). Πιθανή αρνητική στάση ελλοχεύει κινδύνους για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς υπάρχει πιθανότητα να αισθάνονται ότι η φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους είναι άνοηλη και να απαξιώνουν το επάγγελμά που εκτελούν (Norbergh et al, 2006), με αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Οι στάσεις είναι σημαντικές και στην νοσηλευτική επιστήμη και φαίνεται να έχουν επίπτωση στη νοσηλευτική πρακτική. Η επίδραση αφορά τον τρόπο με τον οποίο κατανοούμε την συμπεριφορά των άλλων αλλά και το πώς χρησιμοποιούμε την κατανόησή μας για τον εαυτό μας, για να παρέχουμε φροντίδα. Η κατανόησή μας για τη νοσηλευτική διαμορφώνεται και ενημερώνεται από τη στάση μας απέναντι στις διαφορετικές πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας (Price, 2015). Οι στάσεις των νοσηλευτών περιλαμβάνουν πτυχές όπως: την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας, τον Επαγγελματικό Κώδικα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής πρακτικής και συμπεριφοράς, τη συνεργασία με ασθενείς και φροντιστές και τη διαχείριση του προσωπικού με διαφανή, επαγγελματικό, συνετό και συνεπή τρόπο. Επιπλέον

περιλαμβάνουν πτυχές όπως η αξιολόγηση φοιτητών νοσηλευτικής, η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και άλλους φορείς και η διατήρηση βέλτιστων πρακτικών σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους (Price, 2015).

Είναι δύσκολο να αντιληφθούμε πώς μπορούμε να δείξουμε ενσυναίσθηση προς τους άλλους, χωρίς την κατανόηση των στάσεων τους, το πώς σχηματίζονται και πώς διαμορφώνουν τη συμπεριφορά καθώς και πώς οι πεποιθήσεις και οι αξίες συνδέονται με τη συμπεριφορά (Pryce-Miller and Vernel, 2014).

Για την αξιολόγηση των στάσεων στην νοσηλευτική πρακτική χρησιμοποιούνται ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι προσέγγισης, είτε με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ή μέσω ατομικών συνεντεύξεων, με ομάδες εστίασης ή με ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Η διερεύνηση των στάσεων είναι σημαντική στην νοσηλευτική επιστήμη γιατί έχουν επίπτωση στη νοσηλευτική πρακτική και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, για τον λόγο αυτό είχαν γίνει κάποιες προσπάθειες αξιολόγησής των στάσεων.

2.3.3 Αξιολόγηση των στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι πολύ λιγότερα σε σχέση με αυτά που αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση των γνώσεων όπως διαφαίνεται μέσα από την βιβλιογραφία. Οι περισσότεροι από αυτούς ερευνητές αξιολόγησαν τις στάσεις των νοσηλευτών μαζί με συμπεριφορές τους (Gong et al., 2009; Patel et al., 2009) ή με τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις, την εκτίμηση ή τη διαχείριση του παραληρήματος (Beach, et al., 2013, Devlin et al., 2008, Freeman, et al., McHugh, 2016, Mac Sweeney et al., 2010). Όλες αυτές οι μελέτες χρησιμοποίησαν δείγματα νοσηλευτών που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Μόνο δύο μελέτες ασχολήθηκαν αποκλειστικά με τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς με παραλήρημα, αλλά τα εργαλεία που χρησιμοποίησαν δεν υπήρχε αναφορά επικύρωσής τους (Herrero et al., 2008) και η άλλη ήταν διδακτορική διατριβή (Hagerling et al., 2015).

Το ερωτηματολόγιο στάσεων του Herrero et al., δημιουργήθηκε για τους σκοπούς διερεύνησης των στάσεων των νοσηλευτών και των οικείων των ασθενών που εμπλέκονταν στην φροντίδα τους και χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο στην μελέτη τους το 2008, σε νοσοκομεία της Ισπανία. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 20 ερωτήσεις σχετικά με διαφορετικές καταστάσεις που βιώνουν οι νοσηλευτές και οι συγγενείς των ασθενών με παραλήρημα. Οι 20 ερωτήσεις ήταν βασισμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert

προσδιορίζοντας την θετική ή αρνητική στάση σχετικά με τις σχετικές δηλώσεις. Κάθε σημείο έχει 5 πιθανές απαντήσεις: συμφωνώ απολύτως (5), Συμφωνώ (4), Δεν είμαι σίγουρος (3), Διαφωνώ (2), Διαφωνώ απόλυτα (1). Το ερωτηματολόγιο δεν είχε σταθμιστεί και δεν υπήρχε κάποια αναφορά επικύρωσης του.

Το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση των στάσεων των νοσηλευτών της Hagerling et al., (2015) κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής και περιελάμβανε μέτρηση της στάσης των νοσηλευτών σε πέντε κύριους τομείς: α) γενική – φροντίδα για ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω, β) αντιληπτή γνώση, ικανότητα και εμπιστοσύνη στη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, (γ) χρόνος και υποστήριξη (πόροι) στη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, δ) προσωπικές επιπτώσεις στη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, και ε) προσωπικές πεποιθήσεις ή φιλοσοφίες σχετικά με τη γήρανση και την υγεία.

Οι στάσεις των νοσηλευτών αποτυπώθηκαν σε κλίμακα Likert 5 σημείων, από 1 (έντονα διαφωνώ) σε 5 (συμφωνώ έντονα). Τέλος, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε μια σειρά από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που αναφέρονταν για προσωπικές ανταμοιβές, απογοητεύσεις και προτάσεις για τη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα. Οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις ήταν οι πιο κάτω:

- (1) Περιγράψτε τις προσωπικές σας ανταμοιβές στη φροντίδα ασθενών άνω των 65 ετών.
- (2) Περιγράψτε την απογοήτευσή σας για τη φροντίδα ασθενών άνω των 65 ετών.
- (3) Ποιοι πόροι ή υποστήριξη θα σας βοηθήσουν να βελτιώσετε τη φροντίδα σας για ηλικιωμένους ασθενείς με παραλήρημα;
- (4) Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να προσθέσετε σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών ή για ηλικιωμένους ασθενείς με παραλήρημα στο νοσοκομείο Poudre Valley;
- (5) Πώς βοήθησε η εκπαίδευση, το εργαλείο αξιολόγησης και το πρωτόκολλο παραληρήματος στη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα; (μετά την εκπαίδευση)

Ούτε το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση των στάσεων των νοσηλευτών της Hagerling et al., (2015) έχει επικυρωθεί και δεν έχει δημοσιευθεί κάποιο σχετικό άρθρο σε επιστημονικό περιοδικό.

Φαίνεται ότι στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποιο ερωτηματολόγιο που να έχει κατασκευαστεί και να έχει επικυρωθεί και να μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία από μελλοντικούς ερευνητές. Επιπλέον εντοπίστηκε ότι σε μελέτες που ανέφεραν ότι εκτιμούσαν

τις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, αξιολογούσαν τις γνώσεις τους και όχι στις συμπεριφορές και τα συναισθήματά τους.

2.4 Μάθηση / Εκπαίδευση – Κατάρτιση Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Με τον όρο μάθηση εννοούμε την διαδικασία η οποία οδηγεί σε διαρκή μεταβολή της συμπεριφοράς ενός ατόμου και η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της άσκησης και της εμπειρίας του. Η μάθηση μπορεί να είναι ένα αποτέλεσμα διδασκαλίας, εκπαίδευσης ή κατάρτισης, αλλά μπορεί να προέρχεται από την εμπειρία του ατόμου. Η μάθηση έχει προσωπικό και ατομικό χαρακτήρα (Bigge,1990).

Το ζήτημα της μάθησης μέσω της επεξεργασίας των εμπειριών βρίσκεται στο προσκήνιο τα τελευταία 15-20 χρόνια, κυρίως μέσω των Rogers, Lewis και Williams. Οι μελετητές αυτοί, δίνουν ένα ικανοποιητικό ορισμό της εμπειρικής εκπαίδευσης σύμφωνα με τον οποίο, εμπειρική εκπαίδευση είναι εκείνη που αρχικά εκθέτει τους εκπαιδευόμενους σε μια εμπειρία και στην συνέχεια στη σκέψη για την εμπειρία αυτή, έτσι ώστε να αναπτυχθούν νέες ικανότητες, στάσεις ή τρόποι σκέψης (Κόκκος, 2005).

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις της εμπειρικής εκπαίδευσης, έχουν εφαρμογή και στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση και κατάρτιση αλλά και στην συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση των νοσηλευτών.

2.4.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις Μάθησης

Η διαδικασία της μάθησης έχει απασχολήσει την εκπαιδευτική κοινότητα και έχει εγείρει πολλούς προβληματισμό. Υπάρχουν πολλές θεωρίες και σχετικές μελέτες που επιχειρούν να ερμηνεύσουν και να καθοδηγήσουν την διαδικασία της μάθησης για να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα. Ένα από το πιο καθιερωμένα μοντέλα του 20^{ου} αιώνα είναι το μοντέλο διδασκαλίας και μάθησης 4-MAT, από το ακρωνύμιο των λέξεων Model – Action - Talk της McCarthy (1987) για την προσαρμογή της μάθησης. Το μοντέλο 4-MAT είναι κυρίως ένα πρακτικό και συστηματικό εργαλείο σχεδιασμού διδασκαλίας, το οποίο επιτρέπει τη μεταβολή της θεωρίας σε πράξη.

Το μοντέλο μάθησης 4-MAT έχει εδραιωθεί σε προγενέστερες θεωρίες και στον τρόπο που το κάθε άτομο εκλαμβάνει μια πληροφορία. Οι πιο χαρακτηριστικές θεωρητικές προσεγγίσεις μάθησης στις οποίες βασίστηκαν πολλοί για τις δικές του θεωρίες ήταν αυτές των Dewey, Lewin, Piaget και Vygotsky τον 20^ο αιώνα (Kolb, 1984).

Ανάλογα και ο Kolb, βασιζόμενος στις προ υπάρχουσες θεωρίες μάθησης, ανέπτυξε την δική του θεωρία για την βιωματική – εμπειρική μάθηση και την άντληση νοημάτων από αυτήν. Σύμφωνα με την θεωρία του Kolb, η μάθηση είναι μια διαρκής, επαναλαμβανόμενη διαδικασία, μέσω της οποίας τα άτομα ενσωματώνουν βασικούς τρόπους αντίληψης, σκέψης, αίσθησης και δράσης και υποστηρίζει το θεμελιώδες αξίωμα ότι *«η μάθηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία, η γνώση δημιουργείται μέσω του μετασχηματισμού της εμπειρίας»* (Kolb, 1984).

Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος μαθαίνει, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προσωπική του ανάπτυξη (Kolb, 1976). Οι βασικές θέσεις της θεωρίας του Kolb περιλαμβάνουν τέσσερις παραδοχές, ότι:

1. Η μάθηση δεν είναι αποτέλεσμα, αλλά μια συνεχής διαδικασία,
2. Η μάθηση βασίζεται στην προσωπική εμπειρία,
3. Η μάθηση απαιτεί την επίλυση συγκρούσεων μεταξύ αντίθετων τρόπων προσαρμογής και ότι
4. Η μάθηση περιλαμβάνει συναλλαγές ατόμου και περιβάλλοντος και οι εμπειρίες μετατρέπονται σε γνώση και ενέργειες.

Σύμφωνα με τον Kolb (1981), οι άνθρωποι μαθαίνουν με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους και σύμφωνα με αυτούς, υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικοί τύπους μάθησης, τα λεγόμενα μαθησιακά στυλ (learning styles):

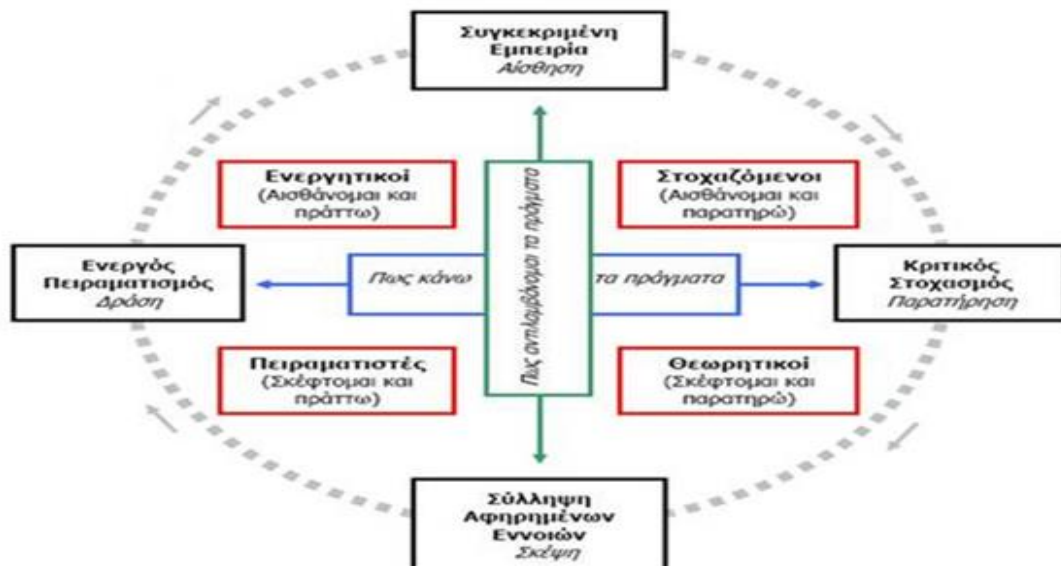
1. Οι **Στοχαστικοί**, οι οποίοι μαθαίνουν μέσω συγκεκριμένης εμπειρίας και ανακλαστικής παρατήρησης,
2. Οι **Θεωρητικοί**, οι οποίοι έχουν αφηρημένες αντιλήψεις και παρατηρούν με ανακλαστική διάθεση,
3. Οι **Πειραματιστές**, οι οποίοι έχουν, μεν, αφηρημένες αντιλήψεις, αλλά θέλουν να πειραματίζονται ενεργά, και
4. Οι **Ενεργητικοί**, οι οποίοι βασίζονται στη συγκεκριμένη εμπειρία και τον ενεργό πειραματισμό.

Ο Kolb (1984), αναφέρει ότι άνθρωποι αποκτούν νέα γνώση μέσω της χρήσης των συναισθημάτων και των αισθήσεών τους, ενώ κάποιοι άλλοι, μέσω της επεξεργασία και

ανάλυσης της πληροφορίας. Για τον λόγο αυτό πρότεινε ότι για να επιτευχθεί μάθηση, πρέπει να ακολουθηθούν και τα τέσσερα στάδια που προτείνει:

- i. Το στάδιο της **Συγκεκριμένης Εμπειρίας**, όπου από την παρατήρηση την νέας εμπειρίας, επαναπροσδιορίζει την υπάρχουσα και έτσι δημιουργείται κίνητρο μάθησης, ο λόγος που μαθαίνει το νέο δεδομένο,
- ii. Το στάδιο της **Αναστοχαστικής Παρατήρησης**, όπου προβληματίζεται για το τι θα μπορούσε να κάνει διαφορετικά για αυτό που παρατήρησε και αντιλήφθηκε,
- iii. Το στάδιο της **Αφαιρετικής Εννοιολόγησης**, όπου ανατρέχει στη θεωρία για το πώς και τους λόγους που θα το κάνει με τον τρόπο αυτό,
- iv. Το στάδιο του **Ενεργού Πειραματισμού**, όπου καλείται να εφαρμόσει τον νέο τρόπο, μετά τα προηγούμενα στάδια ως καινούργια ιδέα, η οποία θα του προσθέτει μία καινούρια εμπειρία κι έτσι ένας νέος κύκλος μάθησης ξεκινά.

Δημιουργείται έτσι, ο κύκλος της βιωματικής μάθησης όπως παρουσιάζεται στο πιο κάτω σχήμα, μαζί με τους τέσσερις τύπους των μαθησιακών στυλ (Kolb, 1981, Kolb, 1984; Kolb & Kolb, 2013) (Σχήμα 3).



Σχήμα 3: Ο κύκλος της βιωματικής μάθησης του Kolb

Πηγή: <http://e-trainers.wikidot.com/kolb>

Η θεωρία του Kolb έχει εφαρμογή στην Νοσηλευτική εκπαίδευση και την κατάρτιση των Νοσηλευτών. Ιδιαίτερα όταν εκτός από τον εμπλουτισμό των γνώσεων, επιδιώκεται και αλλαγή μιας εδραιωμένης κοινωνικής στάσης. Μέσω της θεωρίας του Kolb, αναπτύσσονται έννοιες που σχετίζονται με τις εμπειρίες τους και τις ενοποιούν μέσα από θεωρίες και ενεργό πειραματισμό, για να επιλύσουν προβλήματα και να πάρουν σχετικές αποφάσεις. Για τον λόγο αυτό, τα εκπαιδευτικά προγράμματα και τα προγράμματα κατάρτισης, θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τα τέσσερα στοιχεία του μοντέλου σύμφωνα με την εμπειρική θεωρία του Kolb (1984), καθώς μέσα από τις βιωματικές προσεγγίσεις, θα αναπτυχθούν οι μαθησιακές δεξιότητες του θεωρητικού μοντέλου.

2.4.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση – Κατάρτιση

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στον Ελληνικό χώρο έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια με γρήγορο ρυθμό και «κλιμακώνεται σε διάφορα επίπεδα δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες της εποχής μας για υψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και για πληρέστερη ιατρική και νοσηλευτική ενημέρωση του ευρύτερου κοινού» (Αθανάτου, 2008).

Σήμερα, στις περισσότερες χώρες, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει προοδευτικά αναχθεί σε πανεπιστημιακό επίπεδο, παρόλο που σε κάποιες χώρες παρατηρείται ανομοιομορφία των νοσηλευτικών σπουδών μεταξύ των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων στην ίδια την χώρα (Lahtinen et al, 2014).

Η διακήρυξη της Μπολόνια το 1999, αποτέλεσε το θεμέλιο λίθο για την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ειδικότερα στη Νοσηλευτική εκπαίδευση. Σκοπός της διακήρυξης της Μπολόνια ήταν η εναρμόνιση των πανεπιστημιακών τίτλων σπουδών που παρέχονται στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι ώστε οι τίτλοι των μελών, να είναι όμοιοι και συγκρίσιμοι. Οι τίτλοι διακρίνονταν σε τρία επίπεδα, το πτυχιακό, το μεταπτυχιακό και το διδακτορικό επίπεδο. Η Κύπρος υπέγραψε τη διακήρυξη της Μπολόνια το 2001.

Η ανέλιξη της Νοσηλευτικής στην Κύπρο είναι σχετικά καινούργια και έγιναν τεράστιες προσπάθειες για αναβάθμιση της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε ανώτερη, μετά την ίδρυση και λειτουργία Τμημάτων Νοσηλευτικής στα δημόσια και ιδιωτικά Πανεπιστήμια της Κύπρου (Κυριακίδου, 2019). Επιπλέον έγιναν αγώνες από τις επαγγελματικές και συνδικαλιστικές οργανώσεις και τα ακαδημαϊκά ιδρύματα για ένταξη της Νοσηλευτικής στην Πανεπιστημιακή δομή.

2.4.2.1 Προπτυχιακή Εκπαίδευση Νοσηλευτών

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο, αναβαθμίστηκε ποιοτικά το 2011, μέσω μιας ενιαίας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης για όλους του νοσηλευτές της Κύπρου. Το τετραετές πτυχιακό πρόγραμμα νοσηλευτικής πανεπιστημιακού επιπέδου περιελάμβανε, μεταξύ άλλων, νοσηλευτική θεωρία, βασικές επιστήμες, ανθρωπιστικές επιστήμες και προετοιμασία στις επιστήμες της συμπεριφοράς, οι οποίες είναι απαραίτητες για να ασκηθεί το πλήρες εύρος δραστηριοτήτων του επαγγελματικού νοσηλευτικού ρόλου (Κανονισμοί περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2012).

Η κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού δε περιορίζεται μόνο στη θεωρία, αλλά και στην κλινική εφαρμογή της θεωρίας και της κλινικής πράξης. Η Κλινική Άσκηση των φοιτητών Νοσηλευτικής για σκοπούς πρακτικής εκπαίδευσης στα δημόσια νοσηλευτήρια, αρχίζει στο 2^ο εξάμηνο φοίτησης υπό την καθοδήγηση έμπειρων επαγγελματιών νοσηλευτών που λειτουργούν ως μέντορες -καθοδηγητές.

Κατά συνέπεια τα καθήκοντα του Νοσηλευτή διευρύνονται με βάση την εκπαίδευσή του, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η νομική του ευθύνη. Ο Νοσηλευτής, αυτόνομα, παρέχει νοσηλευτική φροντίδα ακολουθώντας τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας, βάσει της οποίας αξιολογεί, προβαίνει σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, προγραμματίζει, εφαρμόζει και εκτιμά τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας αναλαμβάνοντας πλήρως την ευθύνη των ενεργειών του (Κανονισμοί περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2012).

Η προπτυχιακή εκπαίδευση, θεωρείται ότι πιθανό να είναι μια αιτία για το χαμηλό επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών, ιδιαίτερα όταν γίνεται πολύ περιορισμένη αναφορά στην οξεία σύγχυση / παραλήρημα (Wand, 2011, Baker, 2015). Υπάρχουν στοιχεία για το ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής δεν είναι αρκετά προετοιμασμένοι για να φροντίσουν συγχυτικούς ηλικιωμένους ασθενείς σε γενικά νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείων (Griffiths, et al., 2014). Παρόλα αυτά, πολλοί αναφέρουν ότι ενώ φαίνεται να δίνεται μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη των γνώσεων, αυτό δεν σημαίνει ότι οι απόφοιτοι Νοσηλευτικής θα αναπτύξουν και θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς (Lovell, 2006), ή στο να αποκτήσουν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας με ηλικιωμένους ασθενείς (Hammar, et al, 2017; Nevill & Dickie, 2014). Αυτή η αδυναμία του εκπαιδευτικού συστήματος να δημιουργήσει μια πιο θετική εικόνα για τους ηλικιωμένους (Kusumastuti et al., 2017), μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές στάσεις / συμπεριφορές στην φροντίδα ηλικιωμένων με αυξημένες και περίπλοκες ανάγκες φροντίδας όπως οι ασθενείς με παραλήρημα. Το ίδιο πιθανό να ισχύει και στα

δεδομένα της Κύπρου αν και ακόμα δεν υπάρχουν στοιχεία τα οποία να επιβεβαιώνουν ή να απορρίπτουν αυτό τον ισχυρισμό.

Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας, έχει γίνει μελέτη στα περιεχόμενα της διδακτέας ύλης των μαθημάτων των τελευταίων 20 ετών, στα Τμήματα Γενικής Νοσηλευτικής της Πρώην Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου και των Πανεπιστημίων Κύπρου όπου υπάρχουν Τμήματα Νοσηλευτικής και βρέθηκε ότι να είναι πολύ περιορισμένη η ύλη των προγραμμάτων που αναφέρεται στη οξεία σύγκυση και το παραλήρημα.

Από την σχετική διερεύνηση διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει και δεν διδάσκεται θεματική ενότητα που να αναφέρεται στο παραλήρημα ή στο ντελίριο ή στην οξεία σύγκυση. Υπήρξε μικρή αναφορά στην σύγκυση γενικά σε κάποιες ενότητες των προγραμμάτων για τα επίπεδα συνείδησης, σε ενότητες ψυχιατρικής νοσηλευτικής όπου υπήρχε αναφορά στο αλκοολικό παραλήρημα και μόνο σε ένα Πανεπιστήμιο υπήρχε αναφορά στην ενότητα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, χωρίς όμως ιδιαίτερη έμφαση στο παραλήρημα σε νοσηλευόμενους ασθενείς, στην διάγνωση, εντοπισμό και διαχείριση του. Επιπλέον στην Κύπρο, απουσιάζουν πλήρως προγράμματα συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης που να εστιάζουν στους νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν οξεία σύγκυση / παραλήρημα.

2.4.3 Συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών

Για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων έχουν δημιουργηθεί Τμήματα Εκπαίδευσης τους λεγόμενους Πυρήνες Μάθησης. Πυρήνες Μάθησης λειτουργούν σε όλους τους τομείς και υπηρεσίες της Δημόσιας Υπηρεσίας. Ο Πυρήνας Μάθησης της ΔΝΥ, ξεκίνησε συστηματικά τις εργασίες του το 2005 με τη δημιουργία της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Στον Πυρήνα Μάθησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, εκπροσωπούνται Νοσηλευτικοί Λειτουργοί όλων των ειδικοτήτων: Γενικής Νοσηλευτικής, Μαίες, Επισκέπτριες Υγείας και Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας (Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2018).

Σκοπός του πυρήνα μάθησης είναι η διασφάλιση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του Νοσηλευτικού προσωπικού και κατ' επέκταση η συνεχούς βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας, διαμέσου της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Ο Πυρήνας μάθησης στελεχώνεται από τον Συντονιστή Μάθησης της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών και τους Διαχειριστές Μάθησης των εκάστοτε Νοσοκομείων (Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσοκομείου / Πυρήνες Μάθησης).

Ο ρόλος των Γραφείων Εκπαίδευσης / Πυρήνων Μάθησης κυρίως είναι :

- Διάγνωση αναγκών μάθησης του Νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ετοιμασία σχεδίου εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών μάθησης του Νοσηλευτικού Προσωπικού.
- Οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ημερίδων, σεμιναρίων, όπως αυτά προκύπτουν μέσα από την διάγνωση αναγκών μάθησης και με βάση τις προτεραιότητες των υπηρεσιών.
- Παροχή διευκολύνσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό για παρακολούθηση και συμμετοχή τους σε σεμινάρια, συνέδρια και ημερίδες.
- Έγκαιρη ενημέρωση του Νοσηλευτικού προσωπικού για εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια, κλπ.
- Καταγραφή και αξιολόγηση των δραστηριοτήτων που υλοποιούνται

(Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2018)

Με την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων το 2019 και την ανάληψη ευθύνης για την ανάπτυξή τους από του Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), οι Πυρήνες Μάθησης / Γραφεία Εκπαίδευσης, έχουν συνεχίσει την λειτουργία τους κάτω από την διοίκηση και καθοδήγηση του ΟΚΥπΥ.

Καθόλου αμελητέο το γεγονός, ότι μετά τον τερματισμό λειτουργίας της Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου του Υπουργείου Υγείας και την αναβάθμιση της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο, υπήρχε ανάγκη για εκπόνηση εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων που να οδηγούσαν σε εξειδίκευση σε κάποιο πεδίο της νοσηλευτικής και μαιευτικής επιστήμη (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Για την κάλυψη αυτής της ανάγκης, το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, δημιούργησε, τον Τομέα Εκπαίδευσης της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (ΔΝΥ). Ο Τομέας Εκπαίδευσης της ΔΝΥ του Υπουργείου Υγείας, συστάθηκε τον Ιανουάριο του 2013 ως μέρος του στρατηγικού σχεδίου της ΔΝΥ, για παροχή ευκαιριών συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης στους Νοσηλευτές και Μαίες της Κύπρου (Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2019).

Ως εκ τούτου, η απόφαση για τη σύσταση του Τομέα Εκπαίδευσης, συμπλήρωσε ακόμα μία ανάγκη, που αφορούσε την ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος των νοσηλευτών κάθε τέσσερα χρόνια, σύμφωνα με τον περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμο 1988 – 2020

(Ν.214/1988)-(Ν.163(Ι)/2020). Για το σκοπό αυτό, οι νοσηλευτές χρειάζεται να προσκομίσουν τεκμήρια τουλάχιστον 32 ωρών ή 20 διεθνών μονάδων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης, κάθε 4 χρόνια. Τα πιστοποιητικά αυτά, παρέχονται από εκπαιδευτικά και ακαδημαϊκά ιδρύματα και άλλους εκπαιδευτικούς φορείς, οι οποίοι έχουν οριστεί από Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής το 2015, από την συμμετοχή σε συνέδρια και άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες τους (Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2018).

Επιπρόσθετα, ο Τομέας Εκπαίδευσης εκτός από την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, έχει την ευθύνη της οργάνωσης και του συντονισμού της κλινικής άσκησης φοιτητών νοσηλευτικής και μαιευτικής σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ και σε άλλες κρατικές δομές (Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2019).

2.4.3.1 Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στον διεθνή χώρο αναφέρετε να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στο επίπεδο γνώσεων και στις στάσεις των νοσηλευτών. Ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφάρμοσε το 2015 η Speed et al, σε 32 νοσηλευτές ΜΕΘ και είχε ως αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα. Θετικά αποτελέσματα αναφορικά με το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα αποτέλεσε σειρά ηλεκτρονικών μαθημάτων για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα σε 907 νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σε 17 νοσοκομεία της Ολλανδίας (Steeg et al., 2015).

Το 2011 η Wand διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις με το προσωπικό του νοσηλευτηρίου μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος. Ειδικότερα, σύνθετες και πολύπλευρες εκπαιδευτικές στρατηγικές με έμφαση στους προδιαθεσικούς παράγοντες και την ενεργοποίηση του παραληρήματος επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την έκβαση των ασθενών και βελτίωση στην απόδοση του προσωπικού (Wand, 2011).

Το 2013 οι Wand, et. al., εφάρμοσαν εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε 77 ιατρούς και νοσηλευτές σε παθολογικά τμήματα σε νοσοκομείο του Σύδνεϋ στην Αυστραλία και αξιολογήσαν κατά πόσον ένα τέτοιο πρόγραμμα εμπόδιζε την ανάπτυξη παραληρήματος σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς σε παθολογικό θάλαμο και βελτίωσε τις γνώσεις, την αυτοπεποίθηση και την κλινική πρακτική του προσωπικού μετά την παρέμβαση. Ο σχεδιασμός της μελέτης

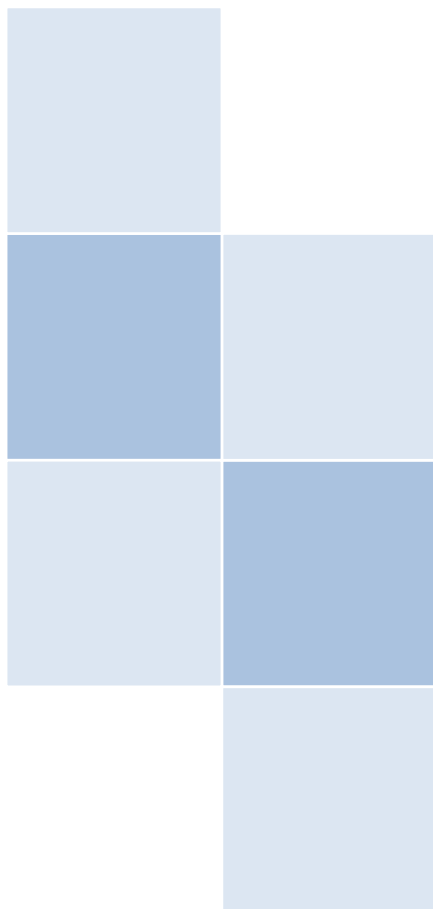
ήταν πριν και μετά την παρέμβαση και τα αποτελέσματα ήταν θετικά. Μετά την παρέμβαση υπήρξε σημαντική μείωση της παρουσίας του παραληρήματος και επισπεύσθηκε το εξιτήριο του ασθενή. Αναφέρεται να υπήρξε βελτίωση στο επίπεδο γνώσεων του προσωπικού και στην αυτοπεποίθησή τους, καθώς και στη διαχείριση ασθενών με παραλήρημα και αντιμετώπιση πιθανών κινδύνων που ελλοχεύουν.

Η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα κατέδειξε ότι μπορεί να επιφέρει θετικό αποτέλεσμα στο επίπεδο γνώσεων αλλά και βελτίωση των στάσεων των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά στην Κύπρο εξ όσον γνωρίζουμε, λόγω της επαγγελματικής ενασχόλησης της υποψήφιας φοιτήτριας στον Πυρήνα Μάθησης Νοσηλευτηρίου, δεν έχουν εκπονηθεί εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια ή άλλες εκπαιδεύσεις που να αναφέρονται στην διαχείριση του ασθενή με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ



Κεφάλαιο 3^ο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης στην Κυπριακή Δημοκρατία και γίνεται αναφορά στις πληροφορίες για το Σύστημα Υγείας της Κύπρου κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης, έτσι ώστε οι αναγνώστες της διατριβής να κατανοήσουν τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης όσον αφορά το ευρύτερο πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο .

Δυστυχώς, η ερευνητική ομάδα που ασχολήθηκε με αυτή τη διδακτορική διατριβή δεν είχε πρόσβαση στα σχετικά δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης της περιοχής του νησιού, η οποία τελεί υπό κατοχή από την Τουρκία, από το 1974. Έτσι οι πληροφορίες που παρέχονται στο κεφάλαιο αυτό, αναφέρονται μόνο στην υγειονομική κατάσταση στην ελεγχόμενη περιοχή της επίσημης κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας (δηλαδή στο νότιο τμήμα του νησιού).

Στην Κύπρο, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία, δεν ξεπερνά το 10% και είναι ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (OECD, 2020). Η Κύπρος βρίσκεται επίσης και στην τελευταία βαθμίδα επενδύσεων κεφαλαίου στον τομέα της υγείας, αφού το 2018, επενδύθηκε ποσό λιγότερο από 0,2% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) σε κεφαλαιουχικές υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της υγείας, ενώ το Βέλγιο και η Αυστρία που είχαν την πρωτιά, είχαν διαθέσει περίπου 0,7% του ΑΕΠ τους (OECD, 2020).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στο Σύστημα Υγείας που υπήρχε στη χώρα κατά την περίοδο συλλογής δεδομένων της μελέτης (2017) και επεξηγούνται οι αλλαγές που έγιναν στον τομέα της υγείας με την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) και η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Επιπλέον, το κεφάλαιο παρέχει κάποιες χρήσιμες λεπτομέρειες σχετικά με τα δημόσια νοσηλευτήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας, με έμφαση στα πέντε νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την ερευνητική μελέτη και τις προκλήσεις που είχαν τα αντιμετωπίσουν τα τελευταία 3 χρόνια καθώς το περιβάλλον στα Δημόσια Νοσηλευτήρια σήμερα.

3.2 Το Σύστημα Υγείας στην Κύπρο.

Το σύστημα υγείας της Κύπρου είναι μεικτό, γιατί συνυπάρχουν δύο παράλληλοι τομείς παροχής υπηρεσιών: ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Στην Κύπρο κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης (2016-2018), δεν υπήρχε εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Ο Δημόσιος τομέας τύγχανε αποκλειστικής διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας από όλους τους δικαιούχους. Το σύστημα υγείας στον δημόσιο τομέα χρηματοδοτείτο αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Υπό το πρίσμα αυτό, το Υπουργείο Υγείας ήταν υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την διοίκηση και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς επίσης και για τη παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία τα οποία βρίσκονταν υπό τον άμεσο έλεγχό του. Κάτω από τον έλεγχό του, υπήρξαν δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ψυχικής υγείας, εξωτερικά ιατρεία ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κλινικά και ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια, παραϊατρικές υπηρεσίες, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, φαρμακεία, οδοντιατρεία και την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας.

Ο Ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από πληρωμές των χρηστών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, από τα εργαστηριακά και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και άλλους ανεξάρτητους επαγγελματίες, υπό τον έλεγχο, τη νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Σύμφωνα με την έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων» του τμήματος Στατιστικής Υπηρεσίας (Κυπριακή Δημοκρατία 2017), η δυναμικότητα των νοσοκομειακών κλινών κατά το τέλος του έτους 2015 στην Κυπριακή Δημοκρατία ανήλθε σε 3,116 κλίνες, εκ των οποίων οι 1,755 λειτουργούσαν στον δημόσιο τομέα και οι 1361 στον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, από το σύνολο των 3,057 ιατρών της χώρας, μόνο το 30.8% (942) απασχολείται στο δημόσιο τομέα, ενώ στον ιδιωτικό απασχολείται το 69,2% (2115). Αναφορικά με την απασχόληση των νοσηλευτών, κατά τη διάρκεια του 2015 είχαμε 3,342 νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων στον δημόσιο τομέα της Κυπριακής Δημοκρατίας, ενώ μόνο 1,175 νοσηλευτές απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (Κυπριακή Δημοκρατία 2017).

Οι υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα παρέχονταν από 5 Γενικά Νοσοκομεία, ένα παιδιατρικό/ γυναικολογικό νοσοκομείο, 3 μικρά αγροτικά νοσοκομεία καθώς και 6 αστικά και 32 αγροτικά κέντρα υγείας. Επιπλέον υπήρχαν 230 εξεταστικά κέντρα σε διάφορα χωριά και κοινότητες της Κύπρου, με περιόδευσα ιατρική ομάδα.

Η μελέτη διεξάχθηκε στα 5 Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου. Σύμφωνα με την έκθεση της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου (Κυπριακή Δημοκρατία 2017), τα δημόσια νοσηλευτήρια και οι νοσοκομειακές κλίνες που είχαν στο τέλος του 2015 ήταν:

- Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (496 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (408 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (201 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Πάφου (154 κλίνες) και
- Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου (96 κλίνες).

Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία αυτά κατά το 2016, ήταν 4,7 ημέρες, ενώ οι ασθενείς που εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρέμειναν κατά μέσο όρο περισσότερες μέρες (5,4 και 4,5 ημέρες αντίστοιχα) σε σχέση με τις μέρες που παρέμειναν οι ασθενείς στα άλλα 3 νοσοκομεία (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου Υπηρεσίες, 2018). Τα Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας και Λεμεσού, ήταν τα δύο Γενικά Νοσοκομεία που είχαν την μεγαλύτερη δυναμικότητα σε αριθμό ανεπτυγμένων κλινών, από τα άλλα τρία δημόσια νοσηλευτήρια της μελέτης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων, το 14,5% των ασθενών που εισήχθησαν στα νοσοκομεία, είχε νοσηλευθεί σε τμήματα Γενικής Χειρουργικής, το 14,1% σε Παθολογικά τμήματα, το 11,3% σε Παιδιατρικά τμήματα, το 9,9% από τα Τμήματα Γυναικολογίας και Μαιευτικής, το 8,3% σε Ορθοπεδικά τμήματα, το 7,4% σε Αιματολογικά Τμήματα, το 6,4% σε Καρδιολογικά Τμήματα και το 4,1% σε Ογκολογικά Τμήματα (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2018).

Κατά τη διάρκεια του 2016, πραγματοποιήθηκαν 29,891 χειρουργικές επεμβάσεις. Το 18,5% των επεμβάσεων διενεργήθηκαν από Ορθοπαιδικούς Χειρουργούς, 18,2% από Γενικούς Χειρουργούς, το 15,9% από Οφθαλμίατρους, το 13,3% σε τμήματα Γυναικολογίας και Μαιευτικής και το 8,4% από τους Ουρολόγους αυτών των νοσοκομείων.

Συνολικά καταγράφηκαν 1.796.654 επισκέψεις ασθενών κατά τη διάρκεια του 2016 σε όλα τα νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, ενώ η προσέλευση των ασθενών στα πέντε γενικά νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ερευνητική μελέτη, αποτελούσε το 37% του συνολικού αριθμού επισκέψεων (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2018).

Για την κάλυψη του κόστους επισκέψεων και δραστηριοτήτων για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Κύπρο (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα), υπήρχαν πέντε διαφορετικοί τρόποι κάλυψής του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

1. Η δωρεάν κάλυψη από τον κράτος.

Η δωρεάν κάλυψη αναφερόταν για φροντίδα στα Δημόσια Νοσηλευτήρια και δημόσιες δομές υπηρεσιών του κράτους, από πολίτες που ήταν κάτοχοι κάρτας νοσηλείας. Η κάρτα νοσηλείας δινόταν μετά από έλεγχο εισοδηματικών και άλλων ειδικών κριτηρίων (δηλαδή εισόδημα κάτω από €19.500, ή για οικογένεια κάτω από €37.000 αυξανόμενο κατά €1,700 ανά εξαρτώμενο τέκνο). Για την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο, υπήρχε ένα μικρό τέλος εγγραφής €3 για γενικό ιατρό και παιδίατρο και €6 για ειδικό ιατρό. Για την επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων το τέλος ήταν €10.

Από 1η Αυγούστου 2013, είχαν τεθεί σε ισχύ νέες ρυθμίσεις, που αφορούσαν την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια και περιλάμβαναν νέες προϋποθέσεις για εξασφάλιση ταυτοτήτων νοσηλείας, διαφοροποίηση των εισοδηματικών κριτηρίων, εισαγωγή νέων τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ΚΔΠ 143, 2013).

Δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια παρεχόταν μόνο σε ειδικές κατηγορίες δικαιούχων (ανάπηροι αγώνων, εξαρτώμενοι αγνοουμένων, αναπήρων αγώνων ή πεσόντων, αιχμάλωτοι πολέμου του 1974 και οι εξαρτώμενοι τους, ομάδες μεταναστών, αιτητές πολιτικού ασύλου, πολιτικούς πρόσφυγες κ.α.).

Επιπλέον φροντίδα υγείας παρεχόταν και σε πολίτες άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με επίδειξη εγγράφου – Ευρωπαϊκής κάρτας νοσηλείας ή άλλου εγγράφου ταυτοποίησης του δικαιώματος αυτού. Το ίδιο δικαίωμα για δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, είχαν και όλοι οι Κύπριοι πολίτες, αν τους συνέβαινε κάποιο πρόβλημα υγείας ενώ βρίσκονται στο εξωτερικό. Για την χρήση του δικαιώματος αυτού, πρέπει να έχουν εξασφαλίσει την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενών (ΕΚΑΑ).

2. Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επί πληρωμή, ανά πράξη

Για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον Δημόσιο Τομέα σε περίπτωση που τα εισοδήματα ήταν περισσότερα από αυτά που καθορίζονταν για τους δικαιούχους κάρτας νοσηλείας, ο ασθενής κατέβαλε ο ίδιος το κόστος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σύμφωνα με σχετική τιμολόγηση από το λογιστήριο του νοσοκομείου για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σύμφωνα με τον Περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Τροποποιητικοί Κανονισμοί (ΚΔΠ 143, 2013).

Το ίδιο γινόταν και για τον ιδιωτικό τομέα, εάν κάποιος δηλαδή χρειαζόταν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, το κόστος φροντίδας επιβάρυνε τους ίδιους αποκλειστικά και η τιμή καθοριζόταν από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας σε λογικά πλαίσια, τα οποία ρυθμιζόνταν και ελέγχονταν από το Υπουργείο Υγείας.

3. Σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εργοδοτών και εργατικών συνδικαλιστικών οργανώσεων

Τα σχέδια αυτά λειτουργούσαν είτε από τους ίδιους τους εργοδότες, είτε από εργατικές συνδικαλιστικές οργανώσεις και ορισμένα ήταν δωρεάν ή σε άλλα πλήρως μικρή συνεισφορά από τις απολαβές τους. Η κάλυψη ίσχυε τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, όσο και για τα εξαρτώμενά τους.

Για τα σχέδια που αφορούσαν τον Δημόσιο Τομέα και τους ημικρατικούς οργανισμούς, γινόταν με εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στο σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η φροντίδα παρεχόταν από τα δημόσια νοσηλευτήρια.

Τα σχέδια που αφορούσαν τον ιδιωτικό τομέα κυρίως προσφέρονταν από συνδικαλιστικές οργανώσεις της Κύπρου, όπως την Συνομοσπονδία Εργαζομένων Κύπρου (ΣΕΚ), Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία (ΠΕΟ) και Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου (ΔΕΟΚ) κ.α.

Οι εργαζόμενοι έπρεπε να ήταν μέλη της συντεχνίας και πλήρωναν επιδοτημένη τιμή για την επίσκεψη σε επαγγελματίες υγείας που ήταν συμβεβλημένοι μαζί τους.

4. Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψης

Στα σχέδια αυτά η κάλυψη της φροντίδας υγείας παρέχεται από Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης. Ο ενδιαφερόμενος πληρώνει μηνιαίο τέλος στην ασφαλιστική εταιρεία και ανάλογα, η εταιρεία καλύπτει το κόστος φροντίδας ή πληρώνει το κόστος ο ασθενής και του επιστρέφεται το ποσό, ανάλογα με το ασφαλιστικό σχέδιο που έχει, είτε ολόκληρο το ποσό ή μέρος αυτού.

5. Το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής από το κράτος

Το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής κάλυπτε υπηρεσίες υγείας που δεν προσφέρονταν στο Δημόσιο Τομέα ή δεν προσφέρονταν μέσα στα χρονικά όρια που από ιατρικής άποψης επέβαλλε η κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Το σχέδιο ισχύει για πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας που διαμέναν μόνιμα στην Κύπρο ή για υπηκόους κρατών μελών για τους οποίους ίσχυαν οι διατάξεις των πράξεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΚ) αρ. 883/2004 και (ΕΚ) αρ. 1386/2001 για μόνιμους κατοίκους Κύπρου.

Για την εξασφάλιση αυτού του δικαιώματος έπρεπε να συμπληρωθεί σχετικό έντυπο για αίτημα και τεκμηρίωσης της ανάγκης για την υπηρεσία με ιατρική γνωμάτευση. Η επιδότηση μπορεί να ήταν πλήρης ή μερική, λαμβάνοντας υπόψη τα εισοδηματικά κριτήρια.

Σήμερα, μετά την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, το δικαίωμα αυτό για επιδότησης ασθενών από το κράτος για ειδικότητες και υπηρεσίες ισχύει και σήμερα και καλύπτει όλους τους Κύπριους πολίτες για θεραπεία στο εξωτερικό και για ειδικότητες που δεν προσφέρονται στην Κύπρο.

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος ψηφίστηκε το 2017 και άμεσα το Υπουργείο Υγείας κινητοποιήθηκε εντατικά στην εφαρμογή νέου Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ). Το νέο αυτό Σύστημα συγκεντρώνει χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας και έχει σκοπό να παρέχει περιεκτική ιατρική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Τα βασικά του χαρακτηριστικά του νέου Συστήματος είναι η αποδοτικότητα στην παράδοση, τα υψηλά επίπεδα υπηρεσιών και η συγκράτηση του κόστους.

3.3 Εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο – Αυτονόμηση Δημόσιων Νοσηλευτηρίων

Στόχος του Γενικού Συστήματος Υγείας είναι η παροχή καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, η βελτίωση της πρόσβασης και η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας παροχής υπηρεσιών που υπήρχε. Βάσει του νέου συστήματος αρκετές από τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας αναλαμβάνει πλέον ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο ΟΑΥ συμβάλλεται με επαγγελματίες υγείας (παροχείς) και νοσηλευτήρια (οντότητες), από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Ο ΟΑΥ είναι ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και διευθύνεται από Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο σύμφωνα με τον Νόμο 89(I)/2001, συμμετέχουν με εκπρόσωπο η κυβέρνηση, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι.

Μέχρι το τέλος του 2018, τα δημόσια νοσηλευτήρια στην Κύπρο τελούσαν την λειτουργία τους υπό το καθεστώς του Υπουργείου Υγείας. Από την 1^η Ιανουαρίου 2019, μετά τη ψήφιση του Νόμου 73(I)/2017, για τη δημιουργία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), κάποιες αρμοδιότητες του Υπουργείου, έχουν μεταβιβαστεί στον ΟΚΥπΥ. Ο ΟΚΥπΥ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και έχει αναλάβει την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, την προώθηση και ανάπτυξη του, καθώς και την διαχείριση τον έλεγχο και την εποπτεία των κρατικών νοσηλευτηρίων, δομών, κέντρων υγείας και άλλων κρατικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Ο ΟΚΥπΥ ανέλαβε την πλήρη διαχείριση των κρατικών νοσηλευτηρίων. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων στελεχώθηκαν κυρίως από τους δημόσιους υπαλλήλους. «..Οι μόνιμοι υπάλληλοι αποσπάστηκαν στον ΟΚΥπΥ, ...οι έκτακτοι και αορίστου χρόνου υπάλληλοι μεταφέρθηκαν στον ΟΚΥπΥ και ...το ωρομίσθιο προσωπικό έχει τοποθετηθεί σε δομές του ΟΚΥπΥ» όπως αναφέρεται στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας (2017), ενώ οι νέες προσλήψεις γίνονται κατευθείαν από τον ΟΚΥπΥ, με διαδικασίες που ο ίδιος ο οργανισμός έχει θεσπίσει.

Με την αυτονόμησή των δημόσιων νοσηλευτηρίων, η μορφή της δομής τους διαφοροποιήθηκε. Με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας δημιουργήθηκαν τρεις Διευθύνσεις, με δημιουργία θέσεων εκτελεστικών και οικονομικών διευθύνσεων για κάθε μία. Μέλος της διευθυντικής ομάδας κάθε Διεύθυνσης, είναι και ο Επιστημονικός Διευθυντής, όπου στην θέση αυτή έχουν διοριστεί ιατρικοί Διευθυντές των Νοσοκομείων, με πολλά χρόνια

προϋπηρεσίας στην Δημόσια Υπηρεσία. Τα 8 κρατικά νοσηλευτήρια είχαν χωριστεί στις πιο κάτω Διευθύνσεις, ανάλογα με την γεωγραφική περιφέρεια πληθυσμού που εξυπηρετούσαν.

- Διεύθυνση Λευκωσίας (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και NAM III),
- Διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου (Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους και Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς)
- Διεύθυνση Λάρνακας - Αμμοχώστου (Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου).

Επιπρόσθετα λειτουργούν οι πιο κάτω διευθύνσεις:

- Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και
- Διεύθυνση Υπηρεσίας Ασθενοφόρων.

Κατά τη διαδικασία αυτής της μεταρρύθμισης, τα δημόσια νοσηλευτήρια πρέπει να είναι έτοιμα να ανταγωνιστούν τις ιδιωτικές κλινικές και τα άλλα νοσηλευτήρια σε σχέση με την προσφορά υπηρεσιών, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα (Council of the European Union 2019, OECD 2019).

3.4 Προκλήσεις Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ΟΚΥπΥ σήμερα

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ σήμερα, είναι η επιβίωση και περαιτέρω ανάπτυξή τους στις νέες συνθήκες που διαμορφώθηκαν μετά τη μεταρρύθμιση και την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ).

Κύρια χαρακτηριστικά και βασικές αρχές του ΓεΣΥ είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη μεταχείριση των δικαιούχων, η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η κοινωνική αλληλεγγύη (Επίσημη Εφημερίδα Κυπριακής Δημοκρατίας 2001, ΓεΣΥ 2020).

Η εφαρμογή της παροχής υπηρεσιών του ΓεΣΥ ξεκίνησε την 1^η Ιουνίου 2019 με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας και σταδιακά εντάχθηκαν και οι υπόλοιπες υπηρεσίες. Κάθε δικαιούχος για να μπορεί να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας του ΓεΣΥ έπρεπε να επιλέξει και να εγγραφεί σε ένα προσωπικό ιατρό ή προσωπικό παιδίατρο (ΠΙ/ΠΠ) της επιλογής του. Στην πρώτη φάση συμπεριλήφθηκε και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα

από ειδικούς ιατρούς, φαρμακοποιούς και τα κλινικά και ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια (ΓεΣΥ, 2020).

Κατά τη δεύτερη φάση (9/2020) της, εντάχθηκε η ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας (στον ιδιωτικό τομέας είχε ενταχθεί από τον 6/2020), η φροντίδα στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), οι υπηρεσίες ασθενοφόρων και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (1 καθαρισμό και αξιολόγηση τον χρόνο) (ΓεΣΥ 2020).

Κατά τη τρίτη φάση 12/2020, εντάχθηκαν οι υπηρεσίες νοσηλευτών (γενικής και ψυχικής νοσηλευτικής) για φροντίδα στην κατ'οικον νοσηλεία, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοπαθολόγοι και διαιτολόγοι). Μέχρι σήμερα (2022) δεν έχουν ακόμα ενταχθεί οι υπηρεσίες των Μαιών / Μαιευτών, ούτε οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης σε κέντρα / ιδρύματα αποκατάστασης.

Η μη ένταξη των υπηρεσιών αυτών στο ΓεΣΥ, επιβαρύνει τα δημόσια νοσηλευτήρια του ΟΚΥπΥ, παρατείνοντας την διάρκεια νοσηλείας ασθενών που χρήσουν αποκατάστασης με κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών από την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Το ίδιο και η μη ένταξη των Μαιών – Μαιευτών, ζημιώνει τον οργανισμό από την μη απαίτηση των νοσηλευτικών πράξεων και δραστηριοτήτων που διενεργούν στα πλαίσια της περιγεννητικής φροντίδας εγκύου και νεογνού.

Το περιβάλλον του τομέα υγείας στην Κύπρο άλλαξε σημαντικά λόγω του ΓεΣΥ και ο ΟΚΥπΥ πλέον βρίσκεται σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπου ο ασθενής έχει την επιλογή να διαλέξει που θέλει να τις λάβει τις υπηρεσίες που χρειάζεται.

Επιπλέον με την έναρξη του ΓεΣΥ (2019 – 2020), παρατηρήθηκε φυγή αρκετών γιατρών και μερικών νοσηλευτών από τα δημόσια νοσηλευτήρια για να ιδιωτεύσουν. Ο ΟΚΥπΥ όμως κατάφερε να καλύψει τις περισσότερες ανάγκες προσλαμβάνοντας νέο προσωπικό για να αντιμετωπίσει τα θέματα στελέχωσης.

Ένα ακόμα πλήγμα για τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ το 2020 ήταν και η πανδημία της COVID - 19. Τα νοσηλευτήρια του ΟΚΥπΥ τα τελευταία 2 χρόνια, σήκωσαν και σηκώνουν το πιο μεγάλο βάρος της πανδημίας, κάτι το οποίο δημιούργησε πολλαπλά προβλήματα και πολλούς περιορισμούς στην λειτουργία των νοσηλευτηρίων, που αφορούσαν τα μη Covid περιστατικά. Τα τμήματα / κλινικές στα νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ μείωσαν τον κύκλο εργασιών τους και τις κλίνες τους, συμπύχθηκαν τμήματα και κλινικές έτσι ώστε να

κενώσουν τμήματα και να μετακινηθεί προσωπικό, για να δημιουργηθούν νέες μονάδες Covid-19 και μονάδες αυξημένης φροντίδας για την περίθαλψη των περιστατικών που έχρηζαν νοσηλείας. Επιπλέον ενισχυθήκαν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τα Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας για εξέταση των θετικών περιστατικών με βαριά συμπτώματα.

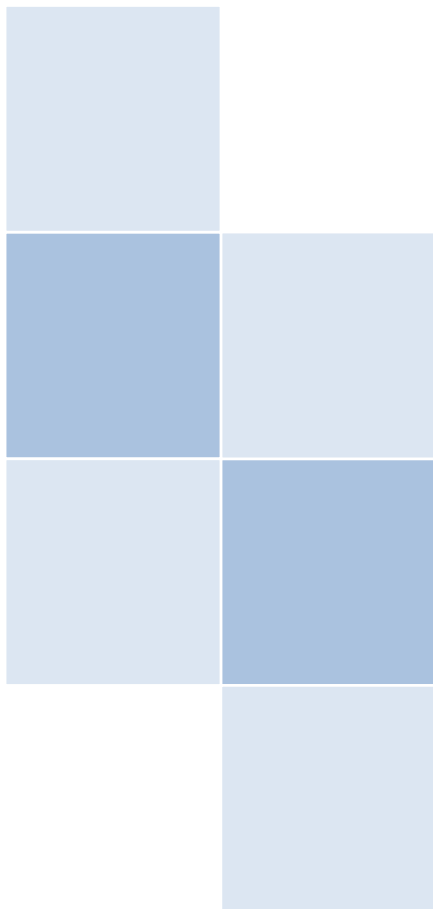
Με την ένταξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στο ΓεΣΥ, παρατηρήθηκε μείωση κυρίως στα χειρουργεία των νοσηλευτηρίων ΟΚΥπΥ, που αυτό πιθανό να οφείλεται μερικώς και στην διαχείριση της πανδημίας, αλλά με την πάροδο του χρόνου υπήρξε επιστροφή των ασθενών που είχαν φύγει.

Οι προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ είναι μεγάλες. Τα νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ καλούνται να παρέχουν το μεγαλύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο και να λειτουργούν αποδοτικά, εν όψη των νέων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας και της πανδημίας, σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Παρόλα αυτά ο ΟΚΥπΥ παραμένει να είναι ο μεγαλύτερος πάροχος υπηρεσιών υγείας της Κύπρου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ



Κεφάλαιο 4^ο Βιβλιογραφική ανασκόπηση γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα:

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθεί στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά την μελέτη του θέματος. Θα γίνει περιγραφή του σκοπού και των σταδίων της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και αναφορά στα ευρήματα και τα αποτελέσματα της ανασκόπησης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης – scoring review, σύμφωνα με τις οδηγίες του Ινστιτούτου Joanna Briggs (2015) υπό την οπτική των Arksey και O'Malley (2005). Ο λόγος για τη χρησιμοποίηση αυτής της προσέγγισης ήταν γιατί επιθυμούσαμε να αποκτήσουμε μια ευρύτητα γνώσης όσο αφορά το θέμα και να εντοπίσουμε τι υπάρχει διαθέσιμο στην επιστημονική βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει προηγούμενη ανασκόπηση που να διερευνά το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, κάτι που θέτει ακόμα πιο επιτακτικά τη διενέργεια μίας ανασκόπησης. Οι ανασκοπήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα αναφέρονται κυρίως στα εμπόδια αξιολόγησης του παραληρήματος (Rowley-Conwy, 2018), την αναγνώριση του παραληρήματος (Steis and Fick, 2008), τα εργαλεία αξιολόγησης (De and Wand, 2015) και τον ρόλο των νοσηλευτών και των ιατρών στον εντοπισμό του παραληρήματος (Chang et al., 2020).

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Thomas et al., (2021), αναφέρεται στην εμπειρία των νοσηλευτών στη φροντίδα ασθενών με παραλήρημα, ενώ πρόσφατη μετα-ανάλυση διερευνά την συχνότητα και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης παραληρήματος, μετά από ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση σε ηλικιωμένους ασθενείς (Yang et.al., 2021). Οι υπόλοιπες μετα-αναλύσεις που υπάρχουν για το παραλήρημα αναφέρονται κυρίως σε παρεμβατικές μελέτες, κλινικά, φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης του παραληρήματος.

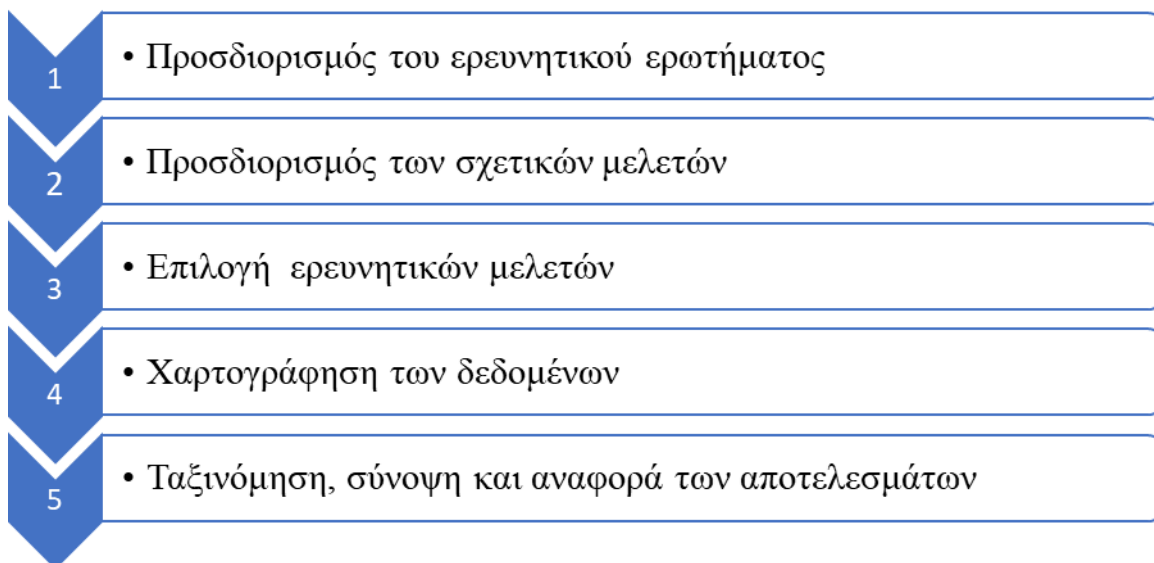
4.2 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης - Scoring Review

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της διατριβής έγινε με την χρήση της μεθοδολογίας υπό την οπτική των Arksey και O'Malley (2005). Η μεθοδολογία αυτή εφαρμόστηκε από πολλούς ερευνητές ιδιαίτερα για μελέτες στον τομέα των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας.

Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας (scoping review), είναι ένα είδος ανασκόπησης για τον προσδιορισμό του πεδίου της βιβλιογραφίας και την παροχή σαφών ενδείξεων του όγκου της βιβλιογραφίας και των διαθέσιμων μελετών σε ένα δεδομένο θέμα (Munn et al., 2018).

Για την εφαρμογή του πεδίου της μελέτης ακολουθηθήκαν τα παρακάτω στάδια σύμφωνα με το διάγραμμα 1 που ακολουθεί (Διάγραμμα 1).

Διαγραμμα 1: Στάδια Μεθοδολογίας Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης



4.2.1 Στάδιο προσδιορισμού του ερωτήματος της έρευνας

Το πρώτο στάδιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (scoping review) αναφέρεται στον προσδιορισμό του γενικού ερωτήματος της έρευνας μέσω της μελέτης των ευρημάτων από προηγούμενες έρευνες. Για τη ανασκόπηση της παρούσας μελέτης θεωρήθηκε αναγκαίο από την ερευνητική ομάδα να επαναδιατυπωθεί το ερευνητικό ερώτημα και να εναρμονιστεί με τα άρθρα που μελετήθηκαν ήδη από τα προηγούμενα έτη.

Για τον καθορισμό του επαναδιατυπωμένου ερωτήματος της ανασκόπησης περιελήφθηκαν τα στοιχεία του πλαισίου PCC (Population – Concept – Context) (Συμμετέχοντες / Έννοια / Πλαίσιο) το οποίο συστήνεται από το JBI για τον καθορισμό του ερευνητικού ερωτήματος της ανασκόπησης (Peters, et al., 2015). Τα ερωτήματα της ανασκόπησης ήταν τρία:

- A) «Ποιες είναι οι γνώσεις νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση παραλήρημα;»
- B) «Ποιες είναι οι στάσεις νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση παραλήρημα;» και
- Γ) «Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;».

4.2.2 Στάδιο αναζήτησης και εντοπισμός σχετικών μελετών

Το δεύτερο στάδιο αναφέρεται στην αναζήτηση σχετικών μελετών για την απάντηση του ερωτήματος που τέθηκε στο πρώτο βήμα. Για τον εντοπισμό των επιστημονικών ερευνών διενεργήθηκε αναζήτηση άρθρων σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων, με τη χρήση λέξεων κλειδιών, οι οποίες ανταποκρίνονταν στο περιεχόμενο των θεμάτων αναζήτησης. Επιπλέον ελέγχθηκαν οι σχετικές μελέτες στις οποίες έκαναν αναφορά οι ερευνητές, καθώς και οι μελέτες (related articles) που προτεινόταν ως σχετικές, από τις βάσεις δεδομένων. Στο στάδιο αυτό έγινε ενδεδειγμένη έρευνα αναζήτησης για δημοσιευμένα άρθρα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα σε επιστημονικά περιοδικά που εκδίδουν τις επιστημονικές εργασίες μετά από τυφλή αξιολόγηση κριτών. Η ερευνά αναζήτησης στην αγγλική γλώσσα έγινε μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, Medline, PubMed, Google Scholar, ProQuest και διαδικτυακή βιβλιοθήκη του Wiley. Επίσης διενεργήθηκε έρευνα αναζήτησης στα ελληνικά σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και ΙΑΤΡΟΤΕΚ και άλλα ελληνικά επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά, όπως τα περιοδικά Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Νοσηλεία και Έρευνα και Νοσηλευτική.

Οι λέξεις κλειδιά αφορούν τις βασικές θεματικές ενότητες του υπό μελέτη θέματος, τις γνώσεις, τις στάσεις, το παραλήρημα και τους νοσηλευτές και συνδυάστηκαν με τη χρήση των λογικών τελεστών AND (και) και OR (ή), ώστε να εξαχθεί η στρατηγική αναζήτησης. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την κάθε θεματική, καθώς και η στρατηγική αναζήτησης που ακολουθήθηκε παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Λέξεις - Κλειδιά αναζήτησης και στρατηγική αναζήτησης

Θέμα	Λέξεις κλειδιά
Γνώσεις	“knowledge”
Στάσεις	“attitudes”, “perceptions”
Νοσηλευτές	“nurses”
Παραλήρημα	“delirium” “acute confusion”
Στρατηγική Αναζήτησης	
(nurses) AND (knowledge) AND (attitudes OR perceptions) AND (delirium OR acute confusion)	

4.2.3 Στάδιο επιλογής μελετών

Μετά τη συγκέντρωση της βιβλιογραφίας, στο τρίτο στάδιο αποφασίστηκε η μείωση του όγκου των άρθρων θέτοντας κάποιους περιορισμούς. Τα κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν ήταν τα εξής: να είναι τα άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία 5 χρόνια (2016 έως 2021), να είναι γραμμένα στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα, να είναι ελεύθερα ή να μπορούν να εντοπιστούν μέσα από απομακρυσμένη πρόσβαση της ερευνήτριας στην βιβλιοθήκη του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου και στο Δίκτυο Βιβλιοθηκών Επιστημών Υγείας Νοσοκομείων ΟΚΥΠΥ, το δείγμα της μελέτης να αποτελείται από εγγεγραμμένους Νοσηλευτές (ή σε περίπτωση που εξετάζουν γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας να μπορούσε να απομονωθούν τα αποτελέσματα που αφορούσαν τους νοσηλευτές, εάν μελετούσαν και Νοσηλευτές), να έχουν διεξαχθεί σε ενδονοσοκομειακές δομές και σε στέγες φροντίδας ηλικιωμένων.

Κριτήρια αποκλεισμού που τέθηκαν ήταν να μην εργάζονται οι υπό μελέτη νοσηλευτές σε μονάδες φροντίδας παιδιών, σε ψυχιατρικές μονάδες ή δομές ή να εργάζονταν σε υπηρεσίες κάτοικόν νοσηλείας. Από την ανασκόπηση, αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα με πειραματικό σχεδιασμό, παρεμβατικές μελέτες και άρθρα που επικεντρώνονται σε κλινικές επικαιροποιήσεις χρήσης εργαλείων και αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Επιπλέον αποκλείστηκαν μελέτες που αφορούσαν θεωρητικές έρευνες, ανασκοπήσεις άλλων ερευνών, κριτικές και βιβλία. Επίσης, αποκλείστηκαν μελέτες που δεν υπήρχε διαθέσιμο το πλήρες κείμενο τους (μετά και τον έλεγχο πρόσβασης μέσω των δικτύων βιβλιοθηκών) και δεν ήταν γραμμένες στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα.

Χρησιμοποιώντας τους όρους, nurses, AND (knowledge OR attitudes OR perceptions) AND (delirium OR acute confusion) τα αποτελέσματα της αναζήτησης ήταν 421. Θέτοντας τον περιορισμό «δημοσιευμένα τα τελευταία 5 χρόνια» τα αποτελέσματα ήταν 194, ενώ θέτοντας και τον περιορισμό αυτά να είναι ελεύθερα (και μέσω της απομακρυσμένης πρόσβασης στις δύο βιβλιοθήκες), τα αποτελέσματα ήταν 109.

Τα 109 αυτά άρθρα αυτά διερευνούσαν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για το παραλήρημα ανά το παγκόσμιο, κατά την χρονική περίοδο 8 / 2016 – 8 / 2021.

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων IATROTEK, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, σε ελληνικά επιστημονικά περιοδικά («Νοσηλευτική», «Νοσηλεία και Έρευνα», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά κ.α.) για άρθρα δημοσιευμένα στην Ελληνική γλώσσα, αναζητώντας με τις λέξεις κλειδιά στην ελληνική. Από την αναζήτηση με τους όρους, «παραλήρημα», «ντελίριο», «οξεία σύγχυση» και «γνώσεις», «στάσεις» «νοσηλευτών», ανευρέθηκαν μόνο 2 άρθρα και θέτοντας τον περιορισμό «δημοσιευμένα τα τελευταία 5 χρόνια», μόνο ένα άρθρο, το οποίο δημοσιεύθηκε το 2019 από την ομάδα εργασίας της παρούσας μελέτης.

4.2.4 Στάδιο χαρτογράφησης των δεδομένων

Το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει τη «χαρτογράφηση» στοιχείων κλειδιά, που προκύπτουν από τις πληροφορίες που λήφθηκαν από τα άρθρα που μελετήθηκαν. Η χαρτογράφηση περιγράφει μια τεχνική σύνθεσης και ερμηνείας ποιοτικών δεδομένων με το ψάξιμο, την αποτύπωση και την ταξινόμηση του υλικού, σύμφωνα με βασικά ζητήματα και θέματα (Arksey και O'Malley, 2005).

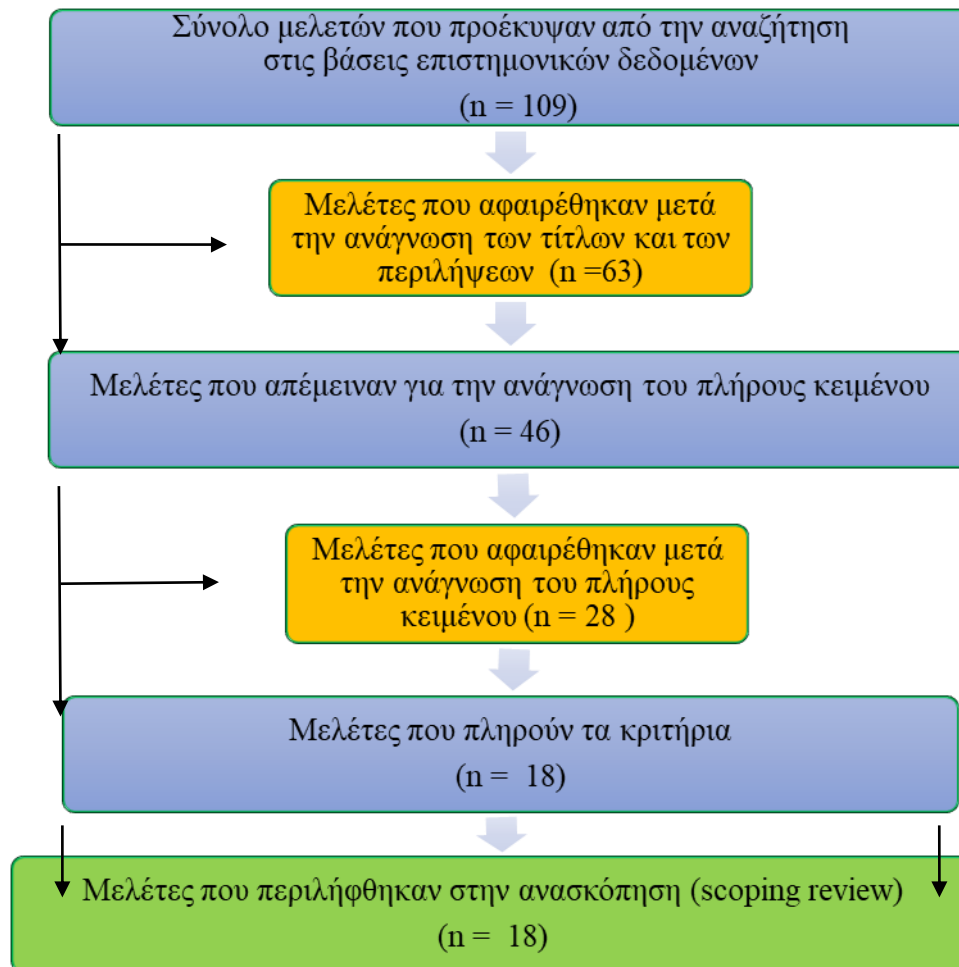
Η δική μας χαρτογράφηση ακολούθησε τρία βασικά βήματα στην επιλογή και καταγραφή των μελετών. Στο πρώτο βήμα, εξετάστηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των ανακτημένων μελετών, ενώ στο δεύτερο βήμα αναγνώστηκε το πλήρες κείμενο των μελετών που προέκυψαν από το πρώτο βήμα και στην συνέχεια έγινε καταγραφή των δεδομένων και διαχωρισμός τους σύμφωνα με το ερώτημα και τα υπό μελέτη θέματα. Τα δεδομένα που εντοπίστηκαν, εισήχθησαν σε φόρμα καταγραφής δεδομένων - πίνακα, χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα βάσης δεδομένων Excel.

Τα δεδομένα που είχαν καταγραφεί στην φόρμα καταγραφής αφορούσαν: τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, την μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα της μελέτης, τον πληθυσμό - δείγμα, τον χώρο και τόπο διεξαγωγής των ερευνών και την

χρονολογία δημοσίευσης της μελέτης. Στο στάδιο αυτό, σχεδιάστηκαν τα διαγράμματα ροής και κατασκευάστηκαν οι σχετικοί πίνακες ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Έχοντας «χαρτογραφήσει» τις πληροφορίες από τις μελέτες, τα εξαγόμενα δεδομένα συντέθηκαν χρησιμοποιώντας μια αφηγηματική προσέγγιση.

4.2.5 Στάδιο ταξινόμησης, σύνοψης και αναφοράς των αποτελεσμάτων

Στο πέμπτο στάδιο έγινε αρχειοθέτηση των δεδομένων, περίληψη των βασικών εννοιών και αναφορά των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης. Η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έφερε συνολικά 109 αποτελέσματα. Αρχικά αναγνώστηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις τους, ώστε να αποκλειστούν αυτές που ήταν εμφανώς μη σχετικές με το υπό μελέτη θέμα και αφαιρέθηκαν οι μελέτες που εντοπίστηκαν να είναι διπλές, λόγω της αναζήτησης σε διαφορετικές βάσεις δεδομένων. Στο στάδιο αυτό αφαιρέθηκαν 63 μελέτες και έμειναν 46, οι οποίες αναγνώστηκαν ως προς το πλήρες κείμενο τους, ούτως ώστε να εφαρμοστούν τα κριτήρια αποκλεισμού. Στο στάδιο αυτό αποκλείστηκαν 28 μελέτες, και απέμειναν 18, οι οποίες περιλήφθηκαν στη ανασκόπηση. Το Διάγραμμα ροής της επιλογής των μελετών παρουσιάζεται στο πιο κάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ροής επιλεγμένων μελετών ανασκόπησης (scoring review)

Στην ανασκόπηση (scoring review) περιλήφθηκαν συνολικά 18 μελέτες. Μέσω της αφηγηματικής προσέγγισης, έγινε παρουσίαση των ευρημάτων των μελετών με δύο τρόπους σύμφωνα με τους Arksey και O'Malley (2005). Αρχικά, ερευνώντας τη βασική αριθμητική ανάλυση, το είδος και την κατανομή των μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Στο στάδιο αυτό συνοψίστηκαν τα δεδομένα στους πίνακες και διαγράμματα χαρτογράφησης δίνοντας έμφαση στην κατανομή των μελετών γεωγραφικά, το χώρο / τμήμα παροχής φροντίδας που μελετήθηκε, τον σκοπό και το είδος των μελετών που περιλαμβάνονταν στην ανασκόπηση, τις μεθόδους έρευνας και τον τρόπο ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

Στην συνέχεια, η βιβλιογραφία ταξινομήθηκε θεματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών. Μέσα από τα αποτελέσματα των μελετών, ομαδοποιήθηκαν τα κοινά ευρήματα, τα οποία εξάχθηκαν κυρίως μέσα από τις θεματικές ενότητες και τους στόχους των μελετών και έγινε θεματική ανάλυση. Τα αποτελέσματα της θεματικής ανάλυσης περιγράφονται και αναπτύσσονται πιο κάτω.

4.3 Αποτελέσματα Ανασκόπησης

Μετά τον καθορισμό των χρονολογικών περιορισμών πενταετίας και τα κριτήρια αποκλεισμού που είχαν τεθεί και αναφέρονται πιο πάνω, προέκυψαν 18 μελέτες, οι οποίες περιλήφθηκαν στη ανασκόπηση.

Οι μελέτες αυτές διεξήχθησαν στην Αμερική (5) (Sinvani et al., 2016, LaMantia et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, LeBlanc et al., 2018, Tsang et al., 2019), στο Ηνωμένο Βασίλειο (4) (Rowley-Conwy, 2017, Waterfield et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018), στην Δανία (2) (Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020), στην Τουρκία (2) (Korkmaz et al., 2016, Özsaban and Acaroglu, 2016), στο Ιράν (1) (Biyabanaki et al., 2020), στην Αίγυπτο (1) (Selim and Ely, 2017), στην Κίνα (1) (Xing et al., 2017), στην Νότια Κορέα (1), (Lee and Roh, 2021) και μία μελέτη διεξάχθηκε σε γερμανόφωνες χώρες - Γερμανία, Αυστρία, Λουξεμβούργο και Ελβετία (Nydahl et al., 2018), όπως φαίνονται στον γεωγραφικό χάρτη πιο κάτω (Σχήμα 2).



Σχήμα 4: Χάρτης χωρών διεξαγωγής των μελετών της ανασκόπησης

Από την ανασκόπηση που έγινε, ανευρέθηκαν εννέα (9) μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν ποιοτική μορφή προσέγγιση (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Brooke et al., 2018, LeBlanc et al., 2018, Kristiansen et al., 2019, Tsang et al., 2019, Emme, 2020) ενώ οι υπόλοιπες εννέα (9) ακολούθησαν ποσοτική

προσέγγιση (Korkmaz et al., 2016, Sinvani et al., 2016, Özsaban and Acaroglu, 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Biyabanaki et al., 2020 και Lee and Roh, 2021). Για την ποσοτική προσέγγιση χρησιμοποιήθηκαν δομημένα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια αξιολόγησης γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την παροχή φροντίδας στα άτομα με παραλήρημα ειδικά σχεδιασμένα για το σκοπό κάθε μελέτης, με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ερωτήματα τύπου ορθό και λάθος, για την διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων, ενώ για τις στάσεις τα ερωτηματολόγια ήταν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1 - 5). Για την ποιοτική προσέγγιση διενεργήθηκαν κυρίως ομάδες εστίασης ή και ατομικές συνεντεύξεις νοσηλευτών με δομημένες ερωτήσεις και θέματα ανάπτυξης, αλλά δινόταν η ευκαιρία στους συμμετέχοντες να εκφράσουν και ελεύθερα τις απόψεις τους για το θέμα, αν ήθελαν να αναφέρουν κάτι σχετικό.

Ο αριθμός των νοσηλευτών που συμμετείχαν στις μελέτες ήταν από 8 μέχρι 558. Τα τμήματα που εργάζονταν οι νοσηλευτές που μελετήθηκαν, ήταν κυρίως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (9) (Özsaban and Acaroglu, 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, LeBlanc et al., 2018, Nydahl et al., 2018 και Tsang et al., 2019 και Biyabanaki et al., 2020). Οι υπόλοιπες αφορούσαν γενικά νοσηλευτικά τμήματα (4), καρδιολογικές, νεφρολογικές, πνευμονολογικές μονάδες και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (Brooke et al., 2018, Sinvani et al., 2016, Schmitt et.al., 2017 και Emme, 2020), νευρολογικές μονάδες (1) (Kristiansen et al., 2019), καρδιοχειρουργικές μονάδες (1) (Korkmaz et al., 2016) και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (1) (LaMantia et al., 2017). Μία μελέτη διερεύνησε νοσηλευτές που εργάζονταν σε στέγες φροντίδας (1) (Waterfield et al., 2017). Η μελέτη των Lee and Roh, (2021), ήταν συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσηλευτών ΜΕΘ και νοσηλευτών που εργάζονταν σε γενικά τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με παραλήρημα.

Άξιο αναφοράς το ότι τρεις από τις μελέτες εξέταζαν τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών μαζί με αυτές άλλων επαγγελματιών υγείας, παρόλα αυτά δεν αποκλείστηκαν, γιατί διαχώριζαν στην περιγραφή των αποτελεσμάτων, τα δεδομένα που αφορούσαν τους νοσηλευτές (Sinvani et al., 2016, Selim and Ely, 2017, Waterfield et al., 2017). Επιπλέον δύο μελέτες διερεύνησαν το επίπεδο γνώσεων, στάσεων και διαχείρισης τους παραληρήματος μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών (Xing et al., 2017, Nydahl et al., 2018) και μία διερεύνησε τα κοινά θέματα για την εμπειρία του παραληρήματος και την επιβάρυνση, μεταξύ των νοσηλευτών των ηλικιωμένων ασθενών και των οικείων των ασθενών (Schmitt et.al., 2017).

Για την ανάλυση των δεδομένων, οι ποσοτικές μελέτες χρησιμοποίησαν περιγραφική στατιστική (αριθμούς, ποσοστά, μέσους, τυπικές αποκλίσεις, συχνότητες κ.α.), καθώς και

συμπερασματική στατιστική μέσω στατιστικών πακέτων SPSS (8 μελέτες) ενώ 1 μελέτη με (SAS) και διενέργησαν ελέγχους Chi-square, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, t-test, Wilcoxon signed-rank tests, Fisher exact test, ελέγχους συσχέτισης Pearson και συσχέτιση του βαθμού Spearman, U-test, one-way ANOVA και ανάλυση της διακύμανσης, ανάλογα με τα δεδομένα και το ερώτημα.

Για την ανάλυση των δεδομένων οι ποιοτικές μελέτες εξέτασαν τα δεδομένα με ερμηνευτική περιγραφή χρησιμοποιώντας δύο τύπους ανάλυσης. Την θεματική ανάλυση (LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020), με βάση τα κριτήρια COREQ Checklist (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research) και την ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση (Waterfield et al., 2017, Brooke et al., 2018, LeBlanc et al., 2018).

Οι 18 μελέτες που επιλέχθηκαν παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2). Τα αποτελέσματα των μελετών ταξινομήθηκαν με θεματική ανάλυση και τα θεματικά αποτελέσματα περιγράφονται πιο κάτω.

Πίνακες Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Πίνακας 2: Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Korkmaz et al., (2016), Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium Τουρκία	Ο καθορισμός του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών καρδιοχειρουργικής σχετικά με το παραλήρημα	Ποσοτική Ερευνά Περιγραφική και συσχέτισης	Ερωτηματολόγιο 69 δηλώσεων (ορθό – λάθος) που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης	52 Νοσηλευτές Κάρδιο-χειρουργικής ΜΕΘ και 45 Νοσηλευτές Κάρδιο-χειρουργικής	περιγραφική στατιστική ποσοστά κλπ Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U και t-test	Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ήταν μέτριο (mean 41/60) Το επίπεδο γνώσεων ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ, που ήταν υπεύθυνοι τμήματος και που είχαν παρακολουθήσει ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση για το παραλήρημα
Sinvani et al., (2016), Delirium: A Survey of Healthcare Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices Νέα Υόρκη – Αμερική	Αξιολόγηση γνώσεων, πεποιθήσεων και πρακτικών σχετικά με το παραλήρημα ιατρών, πρακτικών νοσοκόμων και εγγεγραμμένων νοσηλευτών.	Ποσοτική Ερευνά Περιγραφική και συσχέτισης Συγχρονική cross-sectional	Κατασκευαστήκαν ερωτηματολόγια για τους σκοπούς της μελέτης, βασισμένα στα ερωτηματολόγια των Hare et al (2008) Gesin et al (2012) Devlin et al (2011)	94 Γενικοί Νοσηλευτές (Παθολογικές και Ορθοπεδικές μονάδες) 32 Ιατροί 21 Πρακτικοί Νοσηλευτές	SAS version 9.3 Fisher exact test και ανάλυση της διακύμανσης	Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα ήταν χαμηλότερο από των ιατρών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν να είναι έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση και αίσθημα σιγουριάς στην αναγνώριση του παραληρήματος από αυτό που δήλωσαν οι ιατροί. Οι νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευση στην γηριατρική είχαν μεγαλύτερη άνεση στην αναγνώριση του παραληρήματος και σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική αξιολόγηση γνώσεων παραληρήματος. Δυσκολίες στην αξιολόγηση του παραληρήματος ήταν η έλλειψη εννοιολογικής κατανόησης του παραληρήματος (48,0%), η ομοιότητα του παραληρήματος και άνοιας (41,4%) και οι διακυμάνσεις του παραληρήματος (38,1%).

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Özsaban and Acaroglu, (2016),</p> <p>Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses</p> <p>Τουρκία</p>	<p>Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εντοπίσει τις τρέχουσες πρακτικές και αντιλήψεις των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας σχετικά με την αξιολόγηση του παραληρήματος και να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις πρακτικές και αντιλήψεις</p>	<p>Ποσοτική Ερευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχετίσιμη</p>	<p>Ερωτηματολόγιο 15 σημείων που κατασκευαστικά για τους σκοπούς της μελέτης</p>	<p>301 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>5 Δημόσια Νοσοκομεία</p>	<p>SPSS 15.0 περιγραφική στατιστική (αριθμούς ποσοστά, μέσους και τυπικές αποκλίσεις) και Chi-square analysis</p>	<p>Οι πρακτικές αξιολόγησης των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις στάσεις τους.</p> <p>Το επίπεδο των στάσεων των νοσηλευτών επηρεάζονταν από το εάν εντόπισαν τα συμπτώματα παραληρήματος, εάν το σύστημα παροχής φροντίδας ήταν επικεντρωμένο στον ασθενή, εάν θεωρούσαν το παραλήρημα ως ένα σοβαρό πρόβλημα.</p> <p>Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές ανέφεραν ότι έκαναν αξιολόγηση του παραληρήματος, αλλά πολύ λίγοι από αυτούς χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης.</p> <p>Αξιολογούν λιγότερο ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις</p>
<p>Selim and Ely (2017)</p> <p>Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units</p> <p>Αίγυπτος</p>	<p>Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, στις πρακτικές που σχετίζονται με το παραλήρημα.</p>	<p>Ποσοτική Ερευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχετίσιμη</p> <p>Συγχρονική cross-sectional</p>	<p>Ερωτηματολόγιο Healthcare professionals' awareness and practice related to delirium υιοθετήθηκε από τους Ely et al. (2004)</p>	<p>116 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>52 Ιατροί</p> <p>σε</p> <p>11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας</p>	<p>Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (t-test or Mann-Whitney U-test or the one-way ANOVA/ Kruskal-Wallis test.</p>	<p>Οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ δεν διαθέτουν επαρκή κατάρτιση, δεν αναγνωρίζουν και δεν αξιολογούν το παραλήρημα ως ρουτίνα.</p> <p>Υπάρχει απουσία χρήσης τυποποιημένων εργαλείων ή πρωτόκολλων προσαρμογής για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του.</p> <p>Παράγοντες που επηρέασαν το επίπεδο συνειδητοποίησης των νοσηλευτών ήταν η κατοχή πτυχίου, η πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα, ή να διάβασαν σχετικό άρθρο, τα χρόνια εμπειρίας στη ΜΕΘ</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Rowley -Conwy, (2017),</p> <p>The impact of education and perceived barriers on critical care nurses' delirium assessments</p> <p>Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<p>Ο εντοπισμός των πρακτικών για την αξιολόγηση του παραληρήματος στην ΜΕΘ, των εργαλείων που χρησιμοποιούνται τη συχνότητα αξιολόγησης και καταγραφής των ευρημάτων, τα εμπόδια στην αξιολόγηση και η επίδραση της εκπαίδευσής τους στις γνώσεις και πρακτικές.</p>	<p>Ποσοτική Έρευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p>	<p>Ερωτηματολόγιο δηλώσεων (ορθό – λάθος) που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης</p> <p>+ ερώτηση ανοικτού τύπου για την πρόληψη</p>	<p>31 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p>	<p>SPSS περιγραφική στατιστική και</p> <p>Συσχέτιση Pearson και συσχέτιση βαθμού Spearman</p>	<p>Το επίπεδο γνώσης και οι πρακτικές των νοσηλευτών κυμαίνεται ανάλογα με τον χώρο εργασίας και τα χρόνια εμπειρίας τους και της εκπαίδευσής τους.</p> <p>Εντοπίστηκαν διάφορα εμπόδια στην αξιολόγηση του παραληρήματος με πιο συχνές</p> <ul style="list-style-type: none"> • την έλλειψη γνώσεων και • τη δυσκολία αξιολόγησης των διασωληνωμένων ασθενών. • θα ήθελαν εμπλοκή της οικογένεια του ασθενούς ως μέτρο πρόληψης, • θα επανα-προσανατολίζουν τον ασθενή τακτικά
<p>Xing et al., (2017),</p> <p>Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China. A survey of 917 critical care nurses and physicians in China</p> <p>Σαντόνγκ, Κίνα</p>	<p>Η αξιολόγηση των γνώσεων, των στάσεων, πρακτικών διαχείρισης και των εμποδίων στην παρακολούθηση του παραληρήματος σε νοσηλευτές και ιατρούς σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας 74 Νοσοκομείων</p>	<p>Ποσοτική Έρευνα</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p>	<p>Ερωτηματολόγιο δηλώσεων που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης</p>	<p>519 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>398 Ιατροί</p> <p>από 74 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας</p>	<p>Τα στοιχεία της έρευνας καταγράφηκαν σε SPSS (21.0)</p> <p>Τα στοιχεία αναφέρθηκαν ως ποσοστά και συχνότητες.</p>	<p>Παρατηρήθηκε έλλειψη στο επίπεδο γνώσεων σχετικά με το παραλήρημα και η παρακολούθηση του παραληρήματος στη καθημερινή πρακτική κρίθηκε πολύ ανεπαρκής.</p> <p>Υπάρχει μειωμένη αντίληψη για την σοβαρότητα και την σημασία της παρακολούθησης του παραληρήματος στην εντατική.</p> <p>Υπάρχει έλλειψη λεπτομερούς γνώσης αναφορικά με τα συμπτώματα, τις σχετιζόμενες επιπλοκές και τα εργαλεία αξιολόγησης του παραληρήματος στη ΜΕΘ και την χρήση τους</p> <p>Το 45,4% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι δεν είχε λάβει ποτέ εκπαίδευση για το παραλήρημα. Μόνο το 25.62% ανέφεραν ότι αξιολογούν το παραλήρημα, μόνο 15.81% χρησιμοποιούν το εργαλείο αξιολόγησης CAM-ICU</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Zamoscik et al., (2017) Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care Ηνωμένο Βασίλειο	Να διερευνήσουν τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για το παραλήρημα και τη διαχείριση του ασθενή με παραλήρημα, την αξιολόγηση του παραληρήματος.	Ποιοτική Έρευνα	Ομάδες εστίασης	12 Νοσηλευτές ΜΕΘ	Θεματική Ανάλυση Ερμηνευτική περιγραφή	Οι νοσηλευτές έχουν την αντίληψη ότι το παραλήρημα είναι θέμα χαμηλής προτεραιότητας και ότι αφορά κυρίως την νοσηλεία στην ΜΕΘ. Αναφέρουν έλλειψη εμπιστοσύνης στην αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς και έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών για τη διαχείριση αυτής της ομάδας ασθενών. Η ανάλυση προσδιόρισε επτά θέματα: (1) Θεωρείται ως δευτερεύων ζήτημα (2) Τη δυσάρεστη φύση του παραληρήματος (3) Σκεπτικισμός σχετικά με την αξιολόγηση (4) Δυσπιστία στη διαχείριση του παραληρήματος (5) Αξία της επικοινωνία (6) Μη φαρμακολογική θεραπεία (7) Ανάγκη για αναθεωρημένη πολιτική παραληρήματος.
Schmitt et.al., (2017) Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses Βοστώνη, Μασαχουσέτη	Εντοπισμός των κοινών στοιχείων επιβάρυνσης του παραληρήματος από την οπτική γωνία των ασθενών, των οικογενειακών φροντιστών και των νοσηλευτών	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Συνεντεύξεις με ερωτήσεις που αφορούσαν τομείς προσωπικής επιβάρυνσης και ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.	15 Νοσηλευτές 16 Φροντιστές 18 Ασθενείς	Θεματική Ανάλυση Ερμηνευτική περιγραφή	Αρνητικές στάσεων των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θεωρούν τους ασθενείς με παραλήρημα ως επιβάρυνση και εντοπίστηκαν τρία θέματα για την στάση τους αυτή: Επιβάρυνση συμπτωμάτων (Αποπροσανατολισμός, ψευδαισθήσεις/ψευδαισθήσεις, μειωμένη επικοινωνία, προβλήματα μνήμης, αλλαγές προσωπικότητας, διαταραχές ύπνου). Συναισθηματική Επιβάρυνση (Θυμός/Απογοήτευση, Συναισθηματική Δυσφορία, Φόβος, Ενοχή, Ανικανότητα) Επιβάρυνση λόγω της Κατάστασης (Απώλεια ελέγχου, έλλειψη προσοχής, έλλειψη γνώσης, έλλειψη πόρων, ανησυχίες για την ασφάλεια, το απρόβλεπτο, δυσπιστία).

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
LaMantia et al., (2017), Emergency Medical Service, Nursing, and Physician Providers' Perspectives on Delirium Identification and Management Ιντιάνα - Αμερική	Να κατανοήσουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και ιατρών σχετικά με τον εντοπισμό και τη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα στο ΤΑΕΠ	Ποιοτική Έρευνα	2 Ομάδες εστίασης για νοσηλευτές 2 Ομάδες εστίασης για ιατρούς 2 Ομάδες εστίασης για πλήρωμα ασθενοφόρων	11 Νοσηλευτές ΤΕΠΑ 11 Ιατρούς 9 Πλήρωμα Ασθενοφόρων σε 2 Νοσοκομεία	Θεματική ανάλυση	Δυσκολία αναγνώρισης του παραληρήματος (ιδιαίτερα ο υποκινητικός τύπος) Δεν χρησιμοποιούσαν κάποια ξεκάθαρη κοινή πολιτική για την αναγνώριση και διαχείρισή του στο ΤΑΕΠ Δεν υπήρχαν διαφορές στην συσχέτιση επιπέδου αντιλήψης των ιατρών, νοσηλευτών και Πλ.Ασθ. Υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης των νοσηλευτών για τη βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, στο ΤΑΕΠ.
Waterfield et al., (2018), Staff experiences of delirium in the hospice Setting Ηνωμένο Βασίλειο	Η διερεύνηση των απόψεων των Νοσηλευτών και βοηθών υγειονομικής περίθαλψης σε στέγες φροντίδας και ο προσδιορισμός των υποκείμενων λόγων για αυτό.	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Συνεντεύξεις (Δομημένες Ερωτήσεις)	12 Νοσηλευτές 6 Φροντιστές Υγείας Σε τρεις στέγες φροντίδας	Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση	Τα κύρια θέματα που προέκυψαν ήταν η μειωμένη γνώση και η διαχείριση του παραληρήματος. Αισθάνονται αβεβαιότητα σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με παραλήρημα λόγω του απρόβλεπτου της κατάστασης, της διατήρησης της ασφάλειας τους και τις επακόλουθες δυσκολίες στη διαχείριση του, λόγω του περιβάλλοντος στις στέγες φροντίδας. Υπάρχει ανησυχία σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής.
Brooke et al., (2018), Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses Ηνωμένο Βασίλειο	Η διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της φροντίδας ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια ενός οξέος επεισοδίου παραληρήματος από νοσηλευτές που εργάζονται σε καρδιολογικές, νεφρολογικές, πνευμονολογικές μονάδες και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Ημι-δομημένες Συνεντεύξεις	23 Γενικοί Νοσηλευτές	Επαγωγική Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση	Το επίπεδο των στάσεων νοσηλευτών ήταν μεταβαλλόμενο. Από την ανάλυση εντοπίστηκαν θέματα όπως: <ul style="list-style-type: none"> • «μερικές φορές το παραλήρημα προκαλεί σύγχυση», με δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ παραληρήματος και άνοιας· • «όλοι στον θάλαμο τον φρόντιζαν», ανάγκη συνεργατικής εργασίας για την παροχή φροντίδας χωρίς επιπλοκές και • «ήταν επιθετικός μαζί μας, αλλά μετά τη θεραπεία ήταν κύριος», αποδοχή και ανοχή στην επιθετικότητα.

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>LeBlanc et al., (2018),</p> <p>The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study.</p> <p>Καναδάς</p>	<p>Να εκτιμηθεί η εμπειρία των νοσηλευτών εντατικής που φροντίζουν ασθενείς με παραλήρημα. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τους νοσηλευτές εντατικής στην φροντίδα των ασθενών αυτών</p>	<p>Ποιοτική Έρευνα</p>	<p>Ατομικές Συνεντεύξεις</p>	<p>8 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p>	<p>Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση</p>	<p>Η ουσία της εμπειρίας των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς με παραλήρημα στην εντατική ήταν να βρουν έναν τρόπο να τους βοηθήσουν να το ξεπεράσουν.</p> <p>Προέκυψαν έξι κύρια θέματα:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Είναι εξουθενωτικό 2. Κάνοντας μια εικόνα της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. 3. Κρατώντας τους ασθενείς ασφαλείς: Είναι μια πραγματικά μεγάλη δουλειά. 4. Ο καθένας είναι μοναδικός. 5. Εμπλοκή με τις οικογένειες 6. Παίρνοντας κάθε εμπειρία μαζί σου.
<p>Nydahl et al., (2018),</p> <p>Survey among critical care nurses and physicians about delirium management</p> <p>Γερμανία Αυστρία Λουξεμβούργο και Ελβετία</p>	<p>Να αξιολογηθεί η διαχείριση του παραληρήματος σε νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας σε γερμανόφωνες χώρες και να εντοπιστούν οι σχετικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.</p>	<p>Ποσοτική Έρευνα</p> <p>Περιγραφική και συσχέτιση</p>	<p>Ερωτηματολόγιο 19 ερωτήσεων (online) που κατασκευαστικό για τους σκοπούς της μελέτης.</p>	<p>482 Νοσηλευτές ΜΕΘ 77 Ιατρούς</p>	<p>Περιγραφική στατιστική</p> <p>Fisher's exact test με sequential Bonferroni correction.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι νοσηλευτές και οι γιατροί είχαν πολύ παρόμοιες στάσεις και αντιλήψεις στη διαχείριση του παραληρήματος. • Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι τα περισσότερα αναφερόμενα εμπόδια ήταν η έλλειψη χρόνου και ελλείψεις γνώσεις σχετικά με το παραλήρημα και την αξιολόγησή του. • Μόνο 10% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι μερμινούν για την έγκαιρη αφαίρεση των γραμμών / καθετήρων και τον καθημερινό καθορισμό στόχων για τους ασθενείς. • 50% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι δεν αξιολογούν τακτικά τους ασθενείς για παρουσία παραληρήματος • 50% ανέφεραν ότι δεν είχαν καμία εκπαίδευση σχετικά με το παραλήρημα τον τελευταίο χρόνο, ενώ ποσοστό 3% ανέφεραν ότι είχαν τύχει ειδικής εκπαίδευσης για το παραλήρημα και είχαν και καλύτερα αποτελέσματα

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Tsang et al., (2019), Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit Καναδάς	Να διερευνήσει τις εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών ΜΕΘ στην διαχείριση του πόνου, της διέγερσης και του παραληρήματος στην ΜΕΘ.	Ποιοτική έρευνα Περιγραφική και συσχέτισης	10 ομάδες εστίασης	46 Νοσηλευτές ΜΕΘ	Θεματική Ανάλυση	Οι συμμετέχοντες νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τον πόνο, τη διέγερση και το παραλήρημα μόνοι τους και αναφέρουν ότι χρειάζεται βελτίωση στις πρακτικές που ακολουθούν, με την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας του ασθενή
Kristiansen et al., (2019), Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department Δανία	Να διερευνήσει τις εμπειρίες των νοσηλευτών από τη φροντίδα ηλικιωμένων (65+) ασθενών που παρουσίασαν παραλήρημα σε νευρολογικό τμήμα	Ποιοτική Έρευνα (COREQ)	3 Ομάδες εστίασης	14 Νοσηλευτές νευρολογικό τμήμα	Θεματική Ανάλυση	<ul style="list-style-type: none"> • Η σχέση με τον ασθενή χαρακτηρίζεται ως δύσκολη και οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με την επικοινωνία με τους ασθενείς. • Έλλειψη προσωπο-κεντρικής φροντίδας και γνώσεων σχετικά την συνήθη κατάσταση και τις συνήθειες του ασθενή. • Δεν αναγνωρίζονται τα πρώιμα σημεία του παραληρήματος του ασθενούς και δεν γίνονται οι ανάλογες ενέργειες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη του παραληρήματος και την αργοπορημένη δράση. • Χρειάζεται εξοικείωση • Η αβεβαιότητα και ο αυξημένος φόρτος εργασίας επηρέασε τις σχέσεις, τις γνώσεις, την τεκμηρίωση και τη συνεργασία των νοσηλευτών.

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Emme, (2020), “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines Δανία	Να διερευνήσει τις εμπειρίες των νοσηλευτών στην εφαρμογή των συστάσεων μιας κατευθυντήριας οδηγίας για το παραλήρημα και τα εμπόδια στην εφαρμογή, εστιάζοντας στον εντοπισμό του παραληρήματος και τη μη - φαρμακολογική πρόληψη και θεραπεία	Ποιοτική έρευνα COREQ	Ομάδα εστίασης και Ατομικές συνεντεύξεις	23 Νοσηλευτές	Θεματική Ανάλυση Επαγωγική ανάλυση περιεχομένου	Η απουσία εντοπισμού του παραληρήματος και προληπτικών δράσεων ήταν εμφανή, προκαλώντας απογοήτευση και αποθάρρυνση στους νοσηλευτές. Οι δυσκολίες, εμπόδια που εντοπίστηκαν ήταν <ul style="list-style-type: none"> • η έλλειψη γνώση, • ότι δεν το θεωρούν σημαντικό, • ότι δεν το θεωρούν προτεραιότητα, • η έλλειψη πόρων, • οι συνθήκες εργασίας, Οι παράγοντες που επιτρέπουν την εφαρμογή των συστάσεων μιας κατευθυντήριας οδηγία παραληρήματος κατηγοριοποιούνται σε <ul style="list-style-type: none"> • παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση της κατευθυντήριας οδηγίας, • τη συνεργασία και • το εργασιακό περιβάλλον.
Biyabanaki et al., (2020), Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units Ιράν	Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε στον προσδιορισμό της αντίληψης και των πρακτικών των νοσηλευτών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας για την αξιολόγηση του παραληρήματος και των δυσκολιών εφαρμογής των πρακτικών.	Ποσοτική Έρευνα Περιγραφική και συσχέτισης Συγχρονική cross-sectional	Ερωτηματολόγιο Πρακτικών και Αντιλήψεων των Νοσηλευτών ΜΕΘ για το παραλήρημα των Devlin et al (2008) (έγινε μετάφραση και εγκυροποίηση)	167 Νοσηλευτές ΜΕΘ 3 νοσοκομεία στο Κεμάν	Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (Συντελεστής συσχέτισης Pearson, t test, ανάλυση της διακύμανσης και τα μη παραμετρικά ισοδύναμα)	Το επίπεδο των αντιλήψεων ήταν 19.47, λίγο πάνω από το μέσο (16). 45,5% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι υπάρχει πρωτόκολλο θεραπείας παραληρήματος στις μονάδες τους, αλλά δεν υποχρεούνται να το χρησιμοποιήσουν 12.1% των νοσηλευτών θεώρησαν την αξιολόγηση του παραληρήματος ως μια προτεραιότητα τους Το σημαντικότερο εμπόδιο στην αξιολόγηση του παραληρήματος ήταν η δυσκολία αξιολόγησης του παραληρήματος σε διασωληνωμένους ασθενείς.

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Lee and Roh, (2021), Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care Κορέα	Η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών και η σύγκριση των γνώσεων τους με τα εμπόδια και την αντιληπτή σημασία και την απόδοση της φροντίδας και τις εκπαιδευτικές προτεραιότητες μεταξύ νοσηλευτών ΜΕΘ και νοσηλευτών που εργάζονταν σε γενικά τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με παραλήρημα	Ποσοτική Έρευνα Περιγραφική και συσχέτισης Συγχρονική cross-sectional	Knowledge of Delirium Questionnaire (Hare et al, 2008) Barriers to Delirium Care Scale (Rowley-Conwy 2018) Self-perceived Nurse Delirium Performance Scale (Park, 2011)	71 Νοσηλευτές ΜΕΘ και 149 Νοσηλευτές Τμημάτων που νοσηλεύουν ασθενείς με παραλήρημα	Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (Chi-squared test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank tests, Mann-Whitney U, and the importance performance analysis matrix.)	Οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν χαμηλότερο συνολικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων Οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν υψηλότερο συνολικό χάσμα στην αντιληπτή σημασία και την απόδοση της φροντίδας του παραληρήματος, σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων Το επίπεδο των συνολικών εμποδίων στη φροντίδα του παραληρήματος ήταν παρόμοιο μεταξύ των δύο ομάδων Η υψηλότερη εκπαιδευτική προτεραιότητα κατάρτισης ήταν για τους νοσηλευτές ΜΕΘ η «εμπλοκή της οικογένειας και η εκπαίδευση» και για τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων η «μη φαρμακολογική διαχείριση του παραληρήματος»

4.3.1 Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Στα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών διαφάνηκε ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα ήταν χαμηλό (Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely 2017, Waterfield et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020). Αναφέρουν ότι οι γνώσεις τους υστερούσαν σημαντικά, ιδιαίτερα στους τομείς εννοιολογικής κατανόησης του παραληρήματος, του εντοπισμού, της διάγνωσης, της αξιολόγησης και της διαχείρισης του (Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017 Nydahl et al., 2018) και τη διαφοροποίηση του παραληρήματος με την άνοια (Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018).

Μέσα από την ανασκόπηση υπάρχει αναφορά μεγάλου ποσοστού του υπό μελέτη πληθυσμού που αναφέρει ότι δεν είχε λάβει ποτέ του εκπαίδευση για το παραλήρημα, ούτε στη βασική του εκπαίδευση (Xing et al., 2017) και αυτό πιθανό να δικαιολογεί το χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Επιπλέον υπήρχε αναφορά ότι, το 50% των νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν είχε καμία εκπαίδευση σχετικά με το παραλήρημα τον τελευταίο χρόνο, ενώ ποσοστό 3%, οι οποίοι δήλωσαν ότι είχαν τύχει ειδικής εκπαίδευσης για το παραλήρημα, είχαν πολύ καλύτερα αποτελέσματα (Nydahl et al., 2018).

Το επίπεδο γνώσεων φαίνεται να ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ στις μελέτες των Korkmaz et al., (2016) και Rowley-Conwy (2017), ενώ στην μελέτη των Lee and Roh, (2021), εντοπίστηκε χαμηλότερο συνολικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων που νοσηλεύουν ασθενείς με παραλήρημα. Το επίπεδο γνώσεων ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που ήταν υπεύθυνοι τμήματος και που είχαν παρακολουθήσει ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση για το παραλήρημα (Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017).

Επιπλέον νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευσης στην γηριατρική, είχαν μεγαλύτερη άνεση στην αναγνώριση του παραληρήματος και σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική αξιολόγηση γνώσεων παραληρήματος (Sinvani et al., 2016). Βελτιωμένο ήταν και το επίπεδο των νοσηλευτών που είχε πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα ή να διάβασαν κάποιο σχετικό άρθρο (Selim and Ely, 2017). Ωστόσο οι απόψεις για το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα σε σχέση με το επίπεδο γνώσεων των ιατρών φαίνεται να είναι παρόμοιο (Nydahl et al., 2018), όμως υπάρχουν αναφορές ότι είναι και χαμηλότερο από των ιατρών (Sinvani et al., 2016).

Επίσης τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης των ασθενών βρέθηκαν να είναι ελλιπείς από το γνωσιολογικό πεδίο των νοσηλευτών (Kristiansen et al., 2019). Περιεγράφηκε ακόμα η ανάγκη των νοσηλευτών για την έγκαιρη αναγνώριση του παραληρήματος, τις τεχνικές διαχείρισης και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Schmitt et al., 2017, LeBlanc et al., 2018, Lee and Roh, 2021), καθώς την εμπλοκή της οικογένειας στην φροντίδα (Lee and Roh, 2021).

Επιπλέον, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και αβεβαιότητα στην παροχή φροντίδας στα άτομα με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, στοιχείο που συνδέεται άμεσα με την έλλειψη γνώσεων και πρακτικών διαχείριση του παραληρήματος (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019).

4.3.2 Στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/ παραλήρημα, στις περισσότερες μελέτες βρέθηκαν να είναι αρνητικές και συσχετίζονται με τον εντοπισμό των συμπτωμάτων, την έκβαση της ασθένειας (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et al., 2017, Tsang et al., 2019). Σε ορισμένες περιπτώσεις το επίπεδο στάσεων των νοσηλευτών χαρακτηρίστηκε μεταβαλλόμενο και ότι ήταν ανάλογο της μεταβολής της κατάστασης του ασθενή. Για παράδειγμα μπορούσε να ήταν επιθετικός ή να είχε αυξημένες ανάγκες φροντίδας, αυτό να τους επιβάρυνε όπως αναφέρουν, αλλά του παρείχαν την απαραίτητη φροντίδα και έδειχναν αποδοχή και ανοχή στην επιθετικότητα του (Brooke et al., 2018), ενώ υπάρχουν και δηλώσεις ότι οι νοσηλευτές προσπαθούσαν να βρουν έναν τρόπο να βοηθήσουν τους ασθενείς να το ξεπεράσουν (LeBlanc et al., 2018). Παρόλα αυτά μόνο 10% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι μεριμνούσαν για εφαρμογή καλών πρακτικών, όπως την έγκαιρη αφαίρεση των γραμμών / καθετήρων και τον καθημερινό καθορισμό στόχων για τους ασθενείς (Nydahl et al., 2018).

Οι πρακτικές αξιολόγησης των νοσηλευτών φαίνεται να επηρεάζονταν από τις στάσεις τους (Özsaban and Acaroglu, 2016, Zamoscik et al., 2017) και χρειαζόταν βελτίωση στις πρακτικές που ακολουθούσαν, με την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας του ασθενή (Tsang et al., 2019). Μέσα από τη βιβλιογραφία διαφάνηκε ότι οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα των ατόμων με οξεία σύγχυση / παραλήρημα συνδέονταν κυρίως με τα συμπτώματα και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και με τα συναισθήματά τους προς τα άτομα αυτά και το εάν θεωρούσαν το παραλήρημα ως ένα σοβαρό πρόβλημα ή ως ένα πρόβλημα χαμηλής προτεραιότητας (Özsaban and Acaroglu,

2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020, Biyabanaki et al., 2020), ενώ αναφέρουν πως θεωρούν ότι το θέμα αυτό αφορά κυρίως την νοσηλεία στην ΜΕΘ (Zamoscik et al., 2017).

Τα προβλήματα ανησυχίας και διέγερσης, που είναι αρκετά κοινά στο παραλήρημα καθώς και η σύγχυση, οι παραισθήσεις, η επιθετικότητα, οι εναλλαγές της κατάστασης και το απρόβλεπτο της νόσου, οδηγούν σε ακόμα πιο αρνητικές στάσεις από τους νοσηλευτές (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) και όπως περιγράφεται τους θεωρούν ως επιβάρυνση (Schmitt et.al., 2017), είναι εξουθενωτικό (LeBlanc et al., 2018) και δηλώνουν ότι νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τη διέγερση και το παραλήρημα μόνοι τους (Tsang et al., 2019).

Οι νοσηλευτές περιέγραψαν την ανικανότητά τους να διαχειριστούν κυρίως συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο (Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., (2017) ή βιώνουν άγχος, αίσθημα φόβου και αβεβαιότητας για την παροχή φροντίδας σε ασθενή με παραλήρημα (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) και τις πιθανές επιπτώσεις από την φαρμακευτική αγωγή (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017). Δυσκολία παρατηρείται επίσης και για τον μη εντοπισμό του υποκινητικού παραληρήματος (LaMantia et al., 2017) και για τον εντοπισμό του σε διασωληνωμένους ασθενείς (Rowley-Conwy,2017, Biyabanaki et al., 2020).

Μολονότι αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι έκαναν αξιολόγηση του παραληρήματος, πολύ λίγοι από αυτούς χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης για τον εντοπισμό του παραληρήματος (Özsaban and Acaroglu, 2016) ή ότι τα χρησιμοποιούσαν ως ρουτίνα αξιολόγησης (Xing et al., 2017). Υπήρχαν επιπλέον αναφορές ότι αξιολογούσαν λιγότερο ασθενείς που δεν είχαν χαμηλό επίπεδο συνείδησης (Özsaban and Acaroglu, 2016). Ωστόσο, από άλλες αναφορές φαίνεται να υπάρχει απουσία χρήσης τυποποιημένων εργαλείων ή πρωτόκολλων προσαρμογής για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του παραληρήματος (Selim and Ely, 2017). Αξιοσημείωτη η αναφορά νοσηλευτών για αμφιβολία και δυσπιστία στην αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τη διαχείριση του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017).

Ωστόσο, νοσηλευτές με εργασιακή εμπειρία (Rowley-Conwy, 2017, LeBlanc et al., 2018) και οι προϊστάμενοι νοσηλευτές (Rowley-Conwy, 2017) είχαν πιο θετική στάση για το παραλήρημα από τους υπόλοιπους. Το ίδιο και νοσηλευτές στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, βρέθηκαν να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση στις ικανότητες αναγνώρισης και διαχείρισης του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017, LeBlanc et al., 2018). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να αιτιολογείται από την εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτούν νοσηλευτές

εντατικής, καθώς έρχονται συχνά σε επαφή με τα άτομα με παραλήρημα, ενώ παράλληλα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαιδευτική ύλη της μεταβασικής τους εκπαίδευσης για το παραλήρημα, την διαχείριση και τις επιπλοκές του.

Σε αντίθεση, οι νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής που παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με παραλήρημα, στοιχείο που συνδέθηκε με το χαμηλό επίπεδο γνώσεων, αφού έχοντας κενά στο γνωσιολογικό υπόβαθρο τους, δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν τα προβλήματα ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019). Αξιο αναφοράς το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δήλωσαν να έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση και αίσθημα σιγουριάς στην αναγνώριση του παραληρήματος, από αυτό που δήλωσαν οι ιατροί (Sinvani et al., 2016), ενώ φαίνεται να υπάρχει αμφιβολία και δυσπιστία προς την θεραπεία του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που σημείωσαν λιγότερο θετική στάση ανέφεραν και ελλιπή εφαρμογή προσωποκεντρικής φροντίδας, η οποία συσχετίστηκε με αρνητικές στάσεις (Özsaban and Acaroglu, 2016, Kristiansen et al., 2019). Πιθανός λόγος είναι το ότι δεν είχαν ιδιαίτερες προσδοκίες από τους ασθενείς με παραλήρημα, ούτε αναμενόταν ανταπόκριση στην θεραπεία (Zamoscik et al., 2017), οπότε δεν υιοθετούσαν τις πρακτικές εξατομικευμένης φροντίδας.

4.3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για τις πρακτικές φροντίδας ασθενών με παραλήρημα

Το τρίτο θέμα που εντοπίστηκε μέσα από την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών, σε σχέση με την φροντίδα ατόμων με παραλήρημα. Μέσα από την θεματική ανάλυση και την ομαδοποίηση των ευρημάτων που εντοπίστηκαν, προέκυψαν επτά κατηγορίες παραγόντων.

Οι κατηγορίες αφορούν τις:

1. Κατάσταση του ασθενή
2. Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση
3. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση
4. Εργασιακή εμπειρία
5. Περιβάλλον παροχής φροντίδας
6. Η θεώρηση του παραληρήματος
7. Πολιτική νοσηλευτηρίου - το σύστημα παροχής φροντίδας

Οι κατηγορίες προέκυψαν μέσα από τα συγκριτικά αποτελέσματα που εντοπίστηκαν από τους ερευνητές των άρθρων της ανασκόπησης και αφορούσαν κοινά θέματα. Τα θέματα και οι κατηγορίες φαίνονται στο πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 3).

Μια κατηγορία που απασχόλησε του ερευνητές ήταν η κατάσταση του ασθενή το οποίο φαίνεται να είχε επίδραση στις στάσεις που είχαν για αυτούς πχ. εάν οι ασθενείς ήταν διασωληνωμένοι (Rowley-Conwy, 2017, Biyabanaki et al., 2020), οι εναλλαγές της κατάστασης των ασθενών με παραλήρημα και οι διακυμάνσεις του παραληρήματος (Sinvani et al., 2016), καθώς και το επίπεδο συνείδησης των ασθενών (Özsaban and Acaroglu, 2016).

Η δεύτερη κατηγορία ήταν η βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών για το παραλήρημα, η οποία φαίνεται να είναι ελλιπείς (Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Özsaban and Acaroglu, 2016), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών δηλώνει να μην είχε λάβει ποτέ εκπαίδευση για το παραλήρημα (Xing et al., 2017). Βασικά ελλείμματα γνώσεων αφορούσαν την εννοιολογική κατανόηση του παραληρήματος και την συμπτωματολογία του (Sinvani et al., 2016), ενώ αναφέρεται ότι συχνά προκαλούσε σύγχυση η ομοιότητα του παραληρήματος με την άνοια (Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018).

Η τρίτη κατηγορία, αναφέρεται στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τον εντοπισμό αξιολόγηση και διαχείριση του παραληρήματος. Υπήρχαν μελέτες όπου οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι είχαν παρακολουθήσει πρόσφατα εκπαιδευτικά προγράμματα για το παραλήρημα ή μελέτησα άρθρα σχετικά με το θέμα και οι ερευνητές δηλώνουν την αναγκαιότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τον εντοπισμό αξιολόγηση και διαχείριση του παραληρήματος (Korkmaz et al., 2016, Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely 2017, LaMantia et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Tsang et al., 2019, Emme, 2020) αλλά και προγραμμάτων για την επικοινωνία με τους ασθενείς με παραλήρημα αλλά και δυναμικά προγράμματα ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (Kristiansen et al., 2019).

Τέταρτη κατηγορία που αναφέρθηκε, ήταν η εμπειρία των νοσηλευτών (Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017). Υπήρχε συσχέτιση των ετών εργασιακής εμπειρίας με το επίπεδο γνώσεων και στάσεων τους (ανάλογο) όπως αυξημένα ήταν τα επίπεδα γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών με εργασιακή εμπειρία σε ΜΕΘ (Korkmaz et al., 2016) και γηριατρικές μονάδες (Sinvani et al., 2016).

Πέμπτη κατηγορία παραγόντων ήταν το περιβάλλον παροχής φροντίδας. Το εργασιακό περιβάλλον φαίνεται να επιδρούσε στις πρακτικές φροντίδας (Waterfield et al., 2017, Emme,

2020) αλλά και ο χώρος εργασίας πχ. στέγες φροντίδας (Rowley-Conwy, 2017) καθώς και η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς τους (Schmitt et.al.,2017, LeBlanc et al., 2018). Άλλοι εργασιακοί παράγοντες ήταν ο φόρτος εργασίας που σχετιζόταν με τον διαθέσιμο χρόνο και την στελέχωση του τμήματος (Nydahl et al.,2018, Kristiansen et al., 2019), η συνεργασία με τους συναδέλφους και με άλλους επαγγελματίες υγείας (Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020) η εμπλοκή της οικογένειας στην φροντίδα του ασθενή (LeBlanc et al., 2018, Schmitt et.al.,2017 Tsang et al.,2019, Lee and Roh, 2021).

Η έκτη κατηγορία παραγόντων που εντόπισαν οι ερευνητές των υπό μελέτη άρθρων, ήταν η θεώρηση του παραληρήματος, το πώς θεωρούν δηλαδή το παραλήρημα. Οι αναφορές που προέκυψαν από μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών είναι ότι δεν θεωρούν το παραλήρημα ως μια σοβαρή κατάσταση και το εκλαμβάνουν ως ένα δευτερεύων ζήτημα, χαμηλής προτεραιότητας (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Emme,2020, Biyabanaki et al., 2020) ενώ άλλοι ανέφεραν ότι είναι ένα ζήτημα που αφορά κυρίως τις ΜΕΘ, (Zamoscik et al., 2017). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές το θεωρούν ως επιβάρυνση (Schmitt et.al., 2017) και περιγράφεται να είναι εξουθενωτικό (LeBlanc et al., 2018).

Η τελευταία κατηγορία είναι το σύστημα παροχής φροντίδας και η πολιτική του νοσηλευτηρίου. Η ύπαρξη τυποποιημένων εργαλείων εντοπισμού του παραληρήματος, η ύπαρξη πρωτόκολλων προσαρμογής και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του παραληρήματος έδειξαν καλύτερα αποτελέσματα γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών (Selim and Ely, 2017, LaMantia et al., 2017 Nydahl et al., 2018). Το ίδιο ελπιδοφόρα ήταν και τα αποτελέσματα σε νοσοκομεία που εφαρμόζαν πρόσωπο-κεντρική φροντίδα (Özsaban and Acaroglu, 2016, Kristiansen et al., 2019). Κάποιοι ερευνητές δηλώνουν ότι θα πρέπει να γίνει άμεσα ανάληψη ευθύνης από διοίκηση των νοσηλευτηρίων (διευθυντές, προϊστάμενους και εκπαιδευτικούς) (LaMantia et al., (2017) για την δημιουργία πολιτικής διαχείρισης του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017). Άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν να επιδρούν στη παροχή φροντίδας ήταν ο διαθέσιμος χρόνος (Nydahl et al.,2018), ο φόρτος εργασίας, η στελέχωση τους τμήματος (Kristiansen et al., 2019) και οι διαθέσιμοι πόροι (Schmitt et.al., 2017, Emme, 2020).

Από την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης δεν διαφάνηκε να υπήρχε κάποια αναφορά όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών (ηλικία και

φύλο) ως παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα.

Τα θέματα που εντοπίστηκαν και αφορούν τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους διευθυντές, διοικητές και προϊστάμενους για την χάραξη πολιτικής του νοσηλευτηρίου και του συστήματος παροχής φροντίδας, καθώς και από τους λειτουργούς ανθρώπινου δυναμικού, τους λειτουργούς μονάδων ποιότητας και λειτουργούς εκπαίδευσης των νοσηλευτηρίων για τις δικές τους ενέργειες. Επιπλέον θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και από μελλοντικούς ερευνητές για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Τα θέματα και οι κατηγορίες και φαίνονται στο πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών με βάση την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης.

Κατηγορίες Παραγόντων	Θέματα	Μελέτες Ανασκόπησης
Κατάσταση του ασθενή	- διασωληνωμένοι	Rowley-Conwy, 2017, Biyabanaki et al., 2020
	- οι εναλλαγές της κατάστασης, - οι διακυμάνσεις του παραληρήματος	Sinvani et al., 2016
	- επίπεδο συνείδησης	Özsaban and Acaroglu, 2016
Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση	- βασική προπτυχιακή εκπαίδευση	Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Özsaban and Acaroglu, 2016
	- εννοιολογική κατανόηση	Sinvani et al., 2016,
	- η διαφοροποίηση του παραληρήματος και άνοιας	Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018
Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	- εντοπισμό - αξιολόγηση - διαχείριση παραληρήματος	Korkmaz et al., 2016, Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely 2017, LaMantia et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Tsang et al., 2019, Emme, 2020
	- ενδυνάμωση για αλλαγή στάσης	Kristiansen et al., 2019
	- επικοινωνία με ασθενείς	Kristiansen et al., 2019
Εργασιακή Εμπειρία	- έτη εργασίας	Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017
	- γηριατρική μονάδα	Sinvani et al., (2016)
	- μονάδα εντατικής θεραπείας	Korkmaz et al., (2016)

Πίνακας 3 (συνέχεια): Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών με βάση την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης

Κατηγορίες Παραγόντων	Θέματα	Μελέτες Ανασκόπησης
Περιβάλλον Παροχής Φροντίδας	- εργασιακό περιβάλλον φροντίδας	Waterfield et al., 2017, Emme, 2020
	- χώρος εργασίας	Rowley-Conwy, 2017
	- ασφάλεια	Schmitt et al., 2017, LeBlanc et al., 2018
	- επικοινωνία	Zamoscik et al., 2017
	- φόρτος εργασίας (στελέχωση - χρόνος)	Nydahl et al., 2018, Kristiansen et al., 2019
	- η συνεργασία	Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020
	- η εμπλοκή της οικογένειας	LeBlanc et al., 2018, Schmitt et al., 2017, Tsang et al., 2019, Lee and Roh, 2021
Η θεώρηση του παραληρήματος	- χαμηλής προτεραιότητας	Özsaban and Acaroglu 2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Emme, 2020, Biyabanaki et al., 2020
	- αφορά κυρίως την ΜΕΘ,	Zamoscik et al., 2017
	- επιβάρυνση	Schmitt et al., 2017
	- εξουθενωτικό	LeBlanc et al., 2018
Πολιτική νοσηλευτηρίου - το σύστημα παροχής Φροντίδας	- προσωποκεντρική φροντίδα	Kristiansen et al., 2019, Özsaban and Acaroglu, 2016
	- τυποποιημένα εργαλεία	Selim and Ely, 2017, LaMantia et al., 2017
	- πρωτόκολλα προσαρμογής	Nydahl et al., 2018
	- κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του παραληρήματος	
	- ανάληψη ευθύνης από διοίκηση (διευθυντές, προϊσταμένους και εκπαιδευτικούς)	LaMantia et al., 2017
	- πολιτική παραληρήματος	Zamoscik et al., 2017,
	- χρόνος	Nydahl et al., 2018
- ο φόρτος εργασίας, στελέχωση	Kristiansen et al., 2019,	

	- οι πόροι	Schmitt et.al., 2017, Emme, 2020
--	------------	-------------------------------------

4.4 Επίλογος

Η βιβλιογραφική τεκμηρίωση του επιπέδου γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα αποτελεί σημαντικό στάδιο στην ερευνητική εργασία. Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση αποδελτιώνονται οι διαστάσεις του προβλήματος και τα κενά στην βιβλιογραφία και μέσα από αυτά θα μπορούν να τεθούν τα ερευνητικά ερωτήματα για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης και να συγκριθούν με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης.

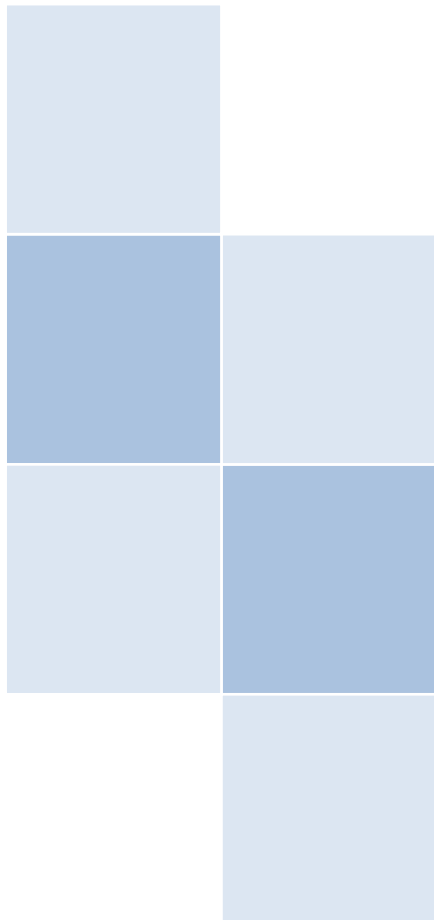
Τα αποτελέσματα της θεματικής ανάλυσης για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών θα ενισχύσουν και θα συμπληρώσουν τις γνωστικές εφεδρείες για την διαχείριση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος. Παράλληλα ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους διευθυντές, διοικητές και προϊστάμενους για την χάραξη πολιτικής του νοσηλευτηρίου και του συστήματος παροχής φροντίδας, καθώς και από τους λειτουργούς ανθρώπινου δυναμικού, τους λειτουργούς μονάδων ποιότητας και λειτουργούς εκπαίδευσης των νοσηλευτηρίων για τις δικές τους ενέργειες. Επιπλέον θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και από μελλοντικούς ερευνητές για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ



Κεφάλαιο 5^ο Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται ο σχεδιασμός της έρευνας, ο σκοπός, οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Επίσης αναφέρονται τα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την παρούσα ερευνητική εργασία. Επιπλέον περιγράφεται ο πληθυσμός της μελέτης, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος και η συλλογή των δεδομένων.

5.2 Σκοπός και στόχοι έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Ταυτόχρονα, λόγω του ότι διαπιστώθηκε έλλειψη ενός έγκυρου εργαλείου το οποίο να μετρά τις στάσεις των νοσηλευτών έναντι των ασθενών με παραλήρημα, κρίθηκε αναγκαίο όπως επιχειρηθεί και η δημιουργία ενός τέτοιου ερευνητικού εργαλείου, σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική μεθοδολογία.

5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;
2. Ποιες είναι οι στάσεις των νοσηλευτών για τη οξεία σύγχυση / παραλήρημα;
3. Υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα;
4. Υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, σπουδές, θέση εργασίας, νοσοκομείο εργασίας, τμήμα εργασίας, εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία);

5.4 Χώρος - Περιβάλλον Διεξαγωγής της Μελέτης

Η μελέτη διεξήχθη στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. Κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης, το Σύστημα Υγείας της Κύπρου βρισκόταν σε κατάσταση προετοιμασίας για την εφαρμογή σημαντικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, λόγω του ότι θα γινόταν αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων και η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας.

Την περίοδο αυτή γίνονταν πολλές αλλαγές και σχεδιασμοί για υλοποίηση των πολιτικών αποφάσεων που αφορούσαν στην οργανωσιακή κουλτούρα και συμπεριφορά, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της νοσηλευτικής φροντίδας, έτσι ώστε τα δημόσια νοσηλευτήρια να είναι ανταγωνιστικά. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το νοσοκομειακό περιβάλλον ήταν πιο απαιτητικό και επικρατούσε η αγωνία της αλλαγής.

Πριν την αυτονομία των δημόσιων νοσηλευτηρίων το 2017, το έτος που διεξάχθηκε η μελέτη, τα νοσηλευτήρια και η έκτασή τους σε νοσοκομειακές κλίνες, σύμφωνα με την έκθεση “Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων” (Κυπριακή Δημοκρατία, 2019), ήταν ως εξής:

- Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (496 κλίνες),
- Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III στην Λευκωσία (217 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (408 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (201 κλίνες)
- Γενικό Νοσοκομείο Πάφου (154 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου (96 κλίνες),
- Νοσοκομείο Κυπερούντας (αγροτικό) (40 κλίνες),
- Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς (αγροτικό) (11 κλίνες) και
- Νοσοκομείο Αθαλάσσας για παροχή φροντίδα ψυχικής υγείας (132 κλίνες).

Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των νοσοκομειακών κλινών (περίπου το 86% του συνολικού αριθμού κλινών) χρησιμοποιούνται για εσωτερικούς ασθενείς, δηλαδή άτομα που έχουν περάσει από την πλήρη διαδικασία εισαγωγής σε ένα από αυτά τα νοσηλευτήρια και παρέμειναν εκεί για περίθαλψη για τουλάχιστον μία νύχτα ή εισήχθησαν και έλαβαν εξιτήριο την ίδια ημέρα (Κυπριακή Δημοκρατία 2019). Ένας πολύ μικρότερος αριθμός από αυτές τις κλίνες χρησιμοποιούνται για διαδικασίες ημερήσιας φροντίδας (για διάγνωση, φροντίδα ή θεραπεία) ή για να προσφέρουν στους ασθενείς ημερήσια φροντίδα ή θεραπεία (π.χ. κλίνες για θεραπεία αιμοκάθαρσης, κλίνες για μετάγγιση αίματος ασθενών με θαλασσαιμία ή κλίνες για εξέταση και βραχεία παραμονή στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών αυτών των νοσοκομείων).

Σύμφωνα με την έκθεση “Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2017” το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στην Κύπρο κατά το 2017, ήταν 4731 νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων και απασχολούντο 3.387 στον δημόσιο τομέα και 1.344 στον ιδιωτικό τομέα

(Κυπριακή Δημοκρατία 2019). Ωστόσο, η διατριβή αυτή δεν αφορούσε όλους τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε όλα τα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας και δεν επικεντρώθηκε σε όλα τα τμήματα αυτών των νοσοκομείων.

Η μελέτη διεξήχθη στα Γενικά Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου και πιο συγκεκριμένα στα τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων).

5.5 Δείγμα της μελέτης

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. Έγινε απογραφή των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Παράλληλα όμως έγινε και έλεγχος του μεγέθους δείγματος για το εάν ανταποκρίνεται ο αριθμός στις απαιτήσεις που είχαν τεθεί με power analysis.

Για την επιλογή του δείγματος για τη συλλογή των δεδομένων, έγινε μια πρώτη εκτίμηση του πληθυσμού των νοσηλευτών που εργάζονται στα 5 Δημόσια Γενικά Νοσηλευτήρια της Κύπρου και εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Ο πληθυσμός των 5 νοσηλευτηρίων για τα πιο πάνω κριτήρια, όπως μας δόθηκε από την Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας (7/2017), ήταν 936 νοσηλευτές (Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2017).

Με βάση το πληθυσμό αυτό (936), το ποσοστό ανταπόκρισης στις ερευνητικές μελέτες στα Δημόσια Νοσηλευτήρια (50%), με 95% ποσοστό αξιοπιστίας και 5% περιθώριο σφάλματος, έγινε ανάλυση μεγέθους δείγματος με την χρήση του προγράμματος Raosoft, το οποίο μας υπόδειξε ότι χρειαζόμαστε >472 ερωτηματολόγια για να πληρούμε τα κριτήρια που είχαν τεθεί.

Επιπλέον έγινε και δεύτερος επιβεβαιωτικός υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος με ανάλυση ισχύος (power analysis), με ειδικό πρόγραμμα υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος για τις κοινωνικές, συμπεριφορικές και βιοϊατρικές (G-Power 3.0.10), επιστήμες με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας >0,05, του επιθυμητού επιπέδου ισχύος 0,80 και το εκτιμώμενο μέγεθος αποτελέσματος της πιλοτικής μελέτης (70%) και άλλων ερευνών 60%, η οποία κατέδειξε 510 άτομα (Faul et al., 2007).

Τα αποτελέσματα από τον υπολογισμό του μεγέθους δείγματος, συζητήθηκαν με την ερευνητική ομάδα, και αποφασίστηκε όπως οι νοσηλευτές από το ένα εκ των 5 Δημόσιων νοσηλευτηρίων χρησιμοποιηθούν για σκοπούς της πιλοτικής μελέτης. Επιπλέον για την διεξαγωγή της πιλοτικής μελέτης συμμετείχε τυχαίο δείγμα νοσηλευτών (προσωπικό ιδιωτικών νοσηλευτηρίων) κατά την συμμετοχή τους σε παγκύπριο νοσηλευτικό συνέδριο. Το νοσηλευτικό προσωπικό από τα τέσσερα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου θα αποτελούσε το δείγμα κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

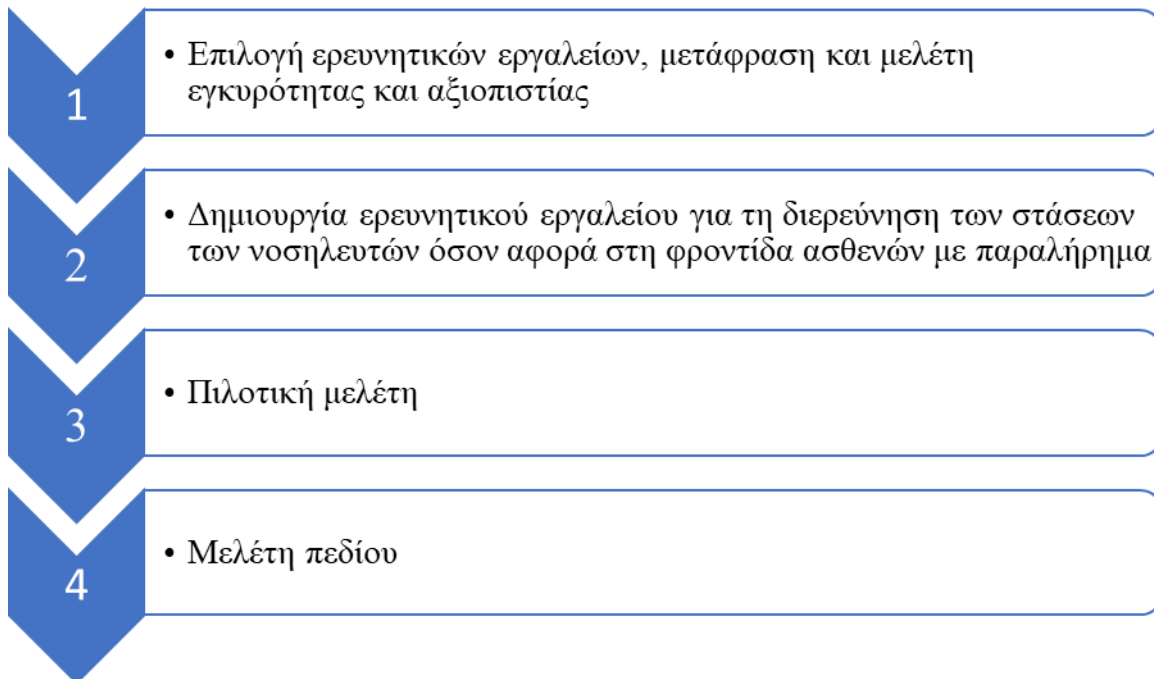
5.6 Ηθικά ζητήματα

Στην έρευνα αυτή δόθηκε ο απαραίτητος σεβασμός στην προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, εξασφαλίζοντας την πληροφορημένη συναίνεση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων, διατηρώντας την ανωνυμία τους και την ασφάλεια των πληροφοριών που λήφθηκαν.

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν και επεξεργάστηκαν σύμφωνα με τον Νόμο περί Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων του 1998, τηρήθηκαν καθ' όλη την διεξαγωγή της έρευνας και διασφαλίστηκαν και μετά το πέρας αυτής. Η μελέτη αξιολογήθηκε και εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ ΕΠ 2015.01.115), κατόπι εξασφάλισης άδειας για συλλογή και διαχείριση των δεδομένων από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Αρ. Φακ. 3.28.404), για γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας αρχείου. Τελική άδεια για διεξαγωγή της έρευνας παραχωρήθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας (Αρ. Φακ. 5.34.01.7.6Ε).

5.7 Εργαλεία μέτρησης

Η παρούσα μελέτη έχει περιγραφικό – απογραφικό χαρακτήρα, μη πειραματικό, με στόχο την επισκόπηση και το συγχρονικό σχεδιασμό. Η διαδικασία επιλογής και μελέτης των εργαλείων μέτρησης ακολούθησε τέσσερα στάδια, όπως αυτά παρουσιάζονται στο πιο κάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 3)



Διάγραμμα 3: Διαδικασία επιλογής και μελέτης των εργαλείων μέτρησης

Η επιλογή των ερωτηματολογίων αυτών έγινε μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση και εξέταση όλων των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, που είχαν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα και είχαμε πρόσβαση. Τα ερωτηματολόγια αυτά επιλέγηκαν μεταξύ άλλων γιατί απευθύνονταν μόνο σε νοσηλευτικό προσωπικό (όχι σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό) και η μορφή και θεματολογία των ερωτήσεων ικανοποιούσε τον σκοπό της παρούσας εργασίας και απαντούσε στα ερωτήματα και τις υποθέσεις που είχαν τεθεί. Για το ερωτηματολόγιο στάσεων δεν βρέθηκε εργαλείο που να απαντά στα ερευνητικά μας ερωτήματα και έτσι αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η πορεία δημιουργίας άλλου εργαλείου.

5.7.1 Ερωτηματολόγιο γνώσεων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ήταν το Nurses Knowledge of Delirium (NKDQ) το οποίο αποτελείται από 36 ερωτήσεις και χρησιμοποιήθηκε στην δική μας μελέτη μετά από εξασφάλιση σχετική άδειας από τους δημιουργούς του (Παράτημα 1). Το ερωτηματολόγιο αυτό είχε κατασκευασθεί από τους Hare, et al., (2008) έχει χρησιμοποιηθεί από τους δημιουργούς του σε ανάλογη έρευνα στην Αυστραλία το 2008 και μέχρι σήμερα έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 17 έρευνες και έχει μεταφραστεί σε 7 γλώσσες.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο μέρος αναφέρεται σε ερωτήσεις σχετικά με την οξεία σύγχυση και τους προδιαθεσικούς της παράγοντες. Συγκεκριμένα στο δεύτερο μέρος υπάρχει μία ερώτηση πολλαπλής επιλογής που αναφέρεται στον ορισμό του παραληρήματος, επτά ερωτήσεις που αναφέρονται σε εργαλεία με τα οποία αξιολογείται το παραλήρημα, η άνοια και η κατάθλιψη, για να επιλέξουν ποια με από αυτά εντοπίζουμε το κάθε νόσημα. Στη συνέχεια ακολουθούν 28 δηλώσεις σχετικά με το παραλήρημα στις οποίες θα πρέπει να επιλέξουν εάν συμφωνούν ή διαφωνούν με την παραδοχή αυτή ή δεν γνωρίζω, εάν δεν είναι βέβαιοι για αυτό. Οι 14 δηλώσεις αναφέρονται στην παρουσία του παραληρήματος (1.9 έως 1.13, 1.15, 1.28 έως 1.30 και 1.33 έως 1.36.) και οι υπόλοιπες 14 δηλώσεις, στους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος (1.14, 1.16 έως 1.27, και 1.31 έως 1.32) (Παράρτημα 2).

Για κάθε ορθή απάντηση ο συμμετέχοντας έπαιρνε 1 βαθμό, ενώ για κάθε απάντηση που ήταν λανθασμένη ή απαντούσε ότι ήταν αβέβαιος/η βαθμολογείτο με 0. Η συνολική βαθμολογία γνώσεων υπολογίστηκε ανά ερωτώμενο και μετατράπηκε στο ποσοστό των ορθών απαντήσεων (0 έως 100). Όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία, τόσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο γνώσης.

Το ερωτηματολόγιο είχε αξιολογηθεί όσο αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του το 2013 (Speed 2015) και για σκοπούς της παρούσας μελέτης έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες, έχει δοκιμαστεί πιλοτικά και έχουν γίνει εξετάσεις αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Το ερωτηματολόγιο NKDQ επιλέχθηκε μεταξύ άλλων γιατί απευθύνονταν μόνο σε νοσηλευτικό προσωπικό και η θεματολογία των ερωτήσεων ικανοποιούσε τον σκοπό της παρούσας εργασίας και απαντούσε στα ερωτήματα και τις υποθέσεις που είχαν τεθεί.

5.7.1.1 Διαδικασία προσαρμογής του ερωτηματολογίου γνώσεων στην ελληνική γλώσσα

Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα, έγινε σύμφωνα με την προτεινόμενη διαδικασία της «Trust Scientific Advisory Committee» SAC (MAPI Research Institute, 2002) και Medical Outcomes Trust Bulletin (1997). Η διαδικασία μετάφρασης, όπως προτείνεται από τις παραπάνω Συμβουλευτικές Επιστημονικές Επιτροπές, βασίζεται σε κάποια ελάχιστα κριτήρια. Σύμφωνα με αυτά, δύο ανεξάρτητοι και δίγλωσσοι επαγγελματίες υγείας εργάστηκαν για την προς τα εμπρός μετάφραση (forward translation). Στη συνέχεια, ακολούθησε η μέθοδος της αναφοράς «συμφιλίωσης» (reconciliation report), που είναι η διαδικασία εναρμόνισης των δύο μεταφράσεων από έναν δίγλωσσο επαγγελματία υγείας με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά, που διευκολύνει την διαδικασία συμφωνίας και

προέκυψε η τελική συμφωνηθείσα εκδοχή. Τέλος έγινε ξανά μετάφραση του ερωτηματολογίου πίσω στην Αγγλική γλώσσα (backward translation) από ένα δίγλωσσο άτομο που είχε σαν μητρική γλώσσα την Αγγλική και δεν γνώριζε την αυθεντική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

5.7.1.2 Μελέτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας ερωτηματολογίου γνώσεων

Για την μελέτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου γνώσεων, ακολουθήθηκε μια σειρά από ελέγχους και στατιστικές δοκιμασίες όπως η εγκυρότητα όψεως, ο έλεγχος αξιοπιστίας με την δοκιμασία ελέγχου – επανελέγχου και παραγοντική ανάλυση.

α) Εγκυρότητα όψεως

Η εγκυρότητα όψεως έγινε προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο οι ερωτήσεις μετρούσαν την έννοια του υπό μελέτη θέματος και αν "η όψη" του ερωτηματολογίου που προκύπτει, αντιπροσωπεύει τη μεταβλητή "γνώσεις". Η συζήτηση για την καταλληλότητα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα (3 καθηγητές, εμπειρογνώμονες στην εγκυροποίηση εργαλείων και μια διδακτορική φοιτήτρια).

β) Έλεγχος αξιοπιστίας με τη δοκιμασία ελέγχου – επανελέγχου (test-retest).

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε 2 φορές, σε 30 άτομα με διαφορά 15 ημερών. Για το έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος McNemar για τη συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δυο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υποκλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha που υπολογίστηκε στο 0,86 (>0,60), τιμή που καταδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή αξιοπιστία.

γ) Παραγοντική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης περιγράφονται στο κεφάλαιο 7, στα αποτελέσματα της μελέτης.

5.7.2 Ερωτηματολόγιο στάσεων

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και εξέταση όλων των ερωτηματολογίων στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, δεν βρέθηκε εργαλείο που να απαντά στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Κάποια ερωτηματολόγια εξέτασαν τις στάσεις των νοσηλευτών μαζί με τις συμπεριφορές τους (Gong κ.ά., 2009, Patel et al., 2009) ή μαζί με τις εμπειρίες, πεποιθήσεις και τη διαχείριση του παραληρήματος (Beach, Chen, & Huffman, 2013, Devlin et al., 2008, Mac Sweeney et al., 2010 Freeman, et al 2016,). Οι μελέτες αυτές, που περιεγράφηκαν προηγουμένως στο ΚΕΦ 2.2.3, χρησιμοποίησαν δείγμα νοσηλευτών που

εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Μόνο δύο μελέτες επικεντρώνονται στις στάσεις νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς με παραλήρημα, αλλά η μία δεν έχει εγκυροποιηθεί (Herrero et al., 2008) και η άλλη ήταν διδακτορική διατριβή (Hagerling et al, 2015), αλλά οι ερωτήσεις τους δεν ικανοποιούσαν την ερευνητική ομάδα. Για τους λόγους αυτούς, αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η πορεία δημιουργίας εργαλείου αξιολόγησης των στάσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα .

5.7.2.1 Δημιουργία ερευνητικού εργαλείου για τη διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών όσον αφορά στη φροντίδα ασθενών με παραλήρημα

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της κατασκευής του ερωτηματολογίου στάσεων περιελάμβανε ένα προπαρασκευαστικό στάδιο με τα πιο κάτω στάδια:

- α) Προσδιορισμός περιεχομένου,
 - β) Ανάπτυξη περιεχομένου,
 - γ) Κριτική περιεχομένου,
 - δ) Πιλοτική μελέτη και τέλος
 - ε) την εξέταση εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου (εγκυρότητα όψεως, δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου, παραγοντική ανάλυση, μελέτες αξιοπιστίας),
- τα οποία περιγράφονται αναλυτικά το κεφάλαιο 6 που ακολουθεί.

5.7.3 Πιλοτική μελέτη για την αξιολόγηση των εργαλείων

Στα πλαίσια του ελέγχου των εργαλείων, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη, η οποία διαδραμάτισε βασικό ρόλο στην προ-επεξεργασία και τελειοποίηση των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων και αποτέλεσε ένα κρίσιμο στοιχείο του σχεδιασμού της έρευνας στον έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων. Αρχικά διενεργήθηκε δοκιμασία ελέγχου επανελέγχου σε 30 νοσηλευτές από διαφορετικά τμήματα (με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οξείας σύγχυσης / παραληρήματος) και μετά από περίοδο 3 εβδομάδων διανεμήθηκε ξανά στα ίδια πρόσωπα για να υπολογιστεί ο συντελεστής συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 237 εγγεγραμμένους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια δύο νοσηλευτικών συνεδρίων. Στην πιλοτική έγιναν επίσης α) υπολογισμός της εσωτερικής συνέπειας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's alpha και β) έλεγχο εγκυρότητας

δομής με διεξαγωγή διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης. Η διαδικασία για την διεξαγωγή της πιλοτικής μελέτης και τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 6.

5.7.4 Μελέτη πεδίου

Η μελέτη πεδίου περιελάμβανε τη χορήγηση των εργαλείων και τη συλλογή δεδομένων από το τελικό δείγμα. Για τον υπολογισμό του μεγέθους δείγματος κανόνας δεν υπάρχει. Το δείγμα μπορεί να επιλεγεί με βάση την πρακτική κατά προσέγγιση ή με τη χρήση στατιστικών μεθόδων (Μερκούρης, 2008).

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές (850), που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου).

Αρχικά είχε γίνει υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος με ανάλυση ισχύος (power analysis), με ειδικό πρόγραμμα υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος (G-Power 3.0.10), (Faul et al., 2007), με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $>0,05$, του επιθυμητού επιπέδου ισχύος 0,80 και το εκτιμώμενο μέγεθος αποτελέσματος της πιλοτικής μελέτης (70%) και άλλων ερευνών 60%, η οποία κατέδειξε 510 άτομα.

5.7.4.1 Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα

Τα κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα λαμβάνοντας υπόψη την στελέχωση του προσωπικού των τμημάτων, τις άδειες μητρότητας και ανάπαυσης και τις μακροχρόνιες άδειες ασθενείας των νοσηλευτών, κρίθηκε ορθό να δοθεί το ερωτηματολόγιο σε όλους τους νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης του παραληρήματος και όχι σε δείγμα αυτού, για την επίτευξη του επιθυμητού μεγέθους δείγματος. Έτσι ο υπό μελέτη πληθυσμός ήταν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο τμήμα την περίοδο συλλογής των δεδομένων και που είχε συναινέσει για συμμετοχή στην έρευνα απαντώντας το ερωτηματολόγιο, μετά από σχετική ενημέρωση τους για το σκοπό της έρευνας. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε η εργασιακή εμπειρία μικρότερη του ενός έτους.

5.7.4.2 Συλλογή δεδομένων της μελέτης

Για την συλλογή δεδομένων της μελέτης, αρχικά είχαν ζητηθεί από τις διοικήσεις των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου, οι κατάλογοι προσωπικού

που εργαζόταν την περίοδο συλλογής των δεδομένων στα τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων.

Στην συνέχεια είχαν ετοιμαστεί φάκελοι με τα ερωτηματολόγια που θα δίνονταν στα τμήματα των Νοσοκομείων. Το όνομα κάθε συμμετέχοντα ήταν αναγραμμένο σε κάθε φάκελο. Μέσα σε κάθε φάκελο υπήρχε το ερωτηματολόγιο, οδηγίες συμπλήρωσης και παράδοσης του ερωτηματολογίου και ένας άλλος φάκελος κενός, όπου θα έβαζαν μέσα το απαντημένο ερωτηματολόγιο έτσι ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Σε κάθε τμήμα είχε τοποθετηθεί κάλπη (κουτί) όπου θα τοποθετούσαν τα απαντημένα ερωτηματολόγια κλειστά στον κενό φάκελο. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν 15 μέρες μετά την χορήγησή του. Με την απάντηση του ερωτηματολογίου εξασφαλιζόταν και η συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα.

5.8 Ανάλυση των δεδομένων

Τα δεδομένα τα οποία συγκεντρώθηκαν από τη συμπλήρωση των κλιμάκων των ερωτηματολογίων και των δημογραφικών στοιχείων κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν σε αρχείο του Στατιστικού Πακέτου Κοινωνικών Επιστημών IBM-SPSS 23. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και περαιτέρω αναλύσεις και στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες περιγράφονται στο Κεφάλαιο 6 - Αποτελέσματα. Σε όλους τους ελέγχους υποθέσεων απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση αν το p-value ήταν μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας (α) το οποίο ορίστηκε στο 0,05.

5.8.1 Ανάλυση ερωτηματολογίου γνώσεων

Για την ανάλυση του ερωτηματολογίου γνώσεων 36 στοιχείων, τα ερωτήματα κωδικοποιήθηκαν σε 1=σωστό και 0=λάθος. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου γνώσεων προσδιορίστηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Kuder-Richardson. Οι ερωτήσεις στις οποίες η απάντηση ήταν «δεν γνωρίζω», στα ερωτήματα 1.9-1.36 επεξεργάστηκαν ως λάθος, ενώ οι ερωτήσεις με ορθή απάντηση, αθροίστηκαν προκειμένου να υπολογισθεί το ποσοστό της γνώσης κάθε συμμετέχοντα, για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Εκτός από τον υπολογισμό των ορθών απαντήσεων για μέτρηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα έγινε και μέτρηση του Δείκτη Ευκολίας ή Δυσκολίας για κάθε ερώτηση. Επιπλέον υπολογίστηκε ο δείκτης διαχωριστικής ισχύος, ο

οποίος δείχνει την ικανότητα που διαθέτει η ερώτηση να διαχωρίσει τους συμμετέχοντες σε εκείνους που γνωρίζουν το θέμα και σε εκείνους που δεν το γνωρίζουν. Υπολογίζεται με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson που προκύπτει μεταξύ των αποκρίσεων των συμμετεχόντων σε μία ερώτηση και του αθροίσματος των βαθμών επί των λοιπών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και ισοδυναμεί με τη διορθωμένη ολική συσχέτιση r_s . Υποδηλώνει ουσιαστικά το βαθμό με τον οποίο μια ατομική ερώτηση μετρά μια σύνθεση, με την ίδια ένταση όπως και οι υπόλοιπες (Πετρίδης, 2015).

Ακόμη μια προσέγγιση της διακριτότητας των ερωτήσεων, εκτός από τον βαθμό-δείκτη διαχωριστικής ισχύος, ήταν και η ο έλεγχος του Δείκτη Διάκρισης (Δ.Δ.), μια προσέγγιση που περισσότερο έκρινε τις ερωτήσεις αν χρειαζόνταν βελτίωση.

5.8.2 Ανάλυση Ερωτηματολογίου Στάσεων

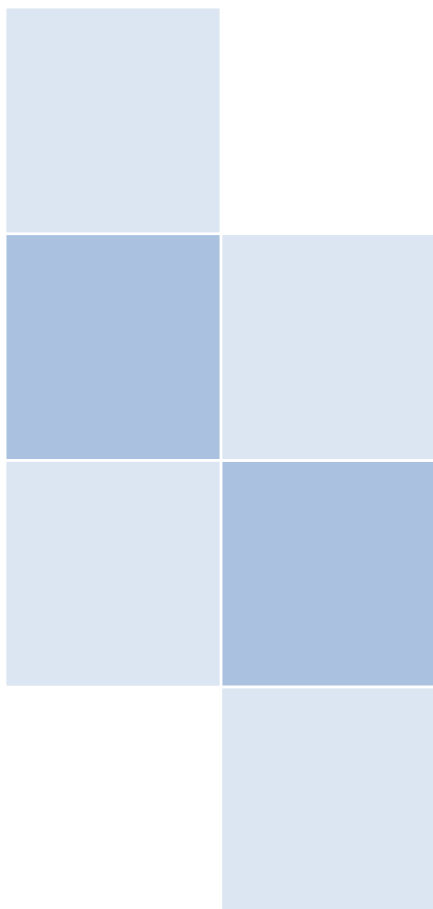
Το ερωτηματολόγιο γνώσεων αποτελείτο από 26 στοιχεία σε πεντάβαθμια κλίμακα Likert όπου 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ και 5 = Συμφωνώ Απόλυτα. Οι απαντήσεις για τα ερωτήματα διαχωρίστηκαν σε θετικές και αρνητικές στάσεις, θεωρώντας τις απαντήσεις 1, 2, 3 ως αρνητική στάση, ενώ το 4, 5 θετική στάση. Επιπλέον κατά την ανάλυση των δεδομένων οι απαντήσεις στα ερωτήματα 6, 13, 14, 18 και 19 κωδικοποιήθηκαν αντίστροφα γιατί η διατύπωσή τους ήταν καταφατική προς τις στάσεις. Η ομαδοποίηση των ερωτήσεων σε παράγοντες έγινε ως εξής:

1. Αντίληψη 14 ερωτήσεις (10, 11, 12, 13,14,15,16,17,18,19, 20, 21, 22, 23)
2. Συμπεριφορά 4 ερωτήσεις (4,5,6,7)
3. Συναίσθημα 5 ερωτήσεις (1,2,3,8,9).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ
ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΤΟΥ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ.**



Κεφάλαιο 6^ο Ανάπτυξη του εργαλείου διερεύνησης των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων.

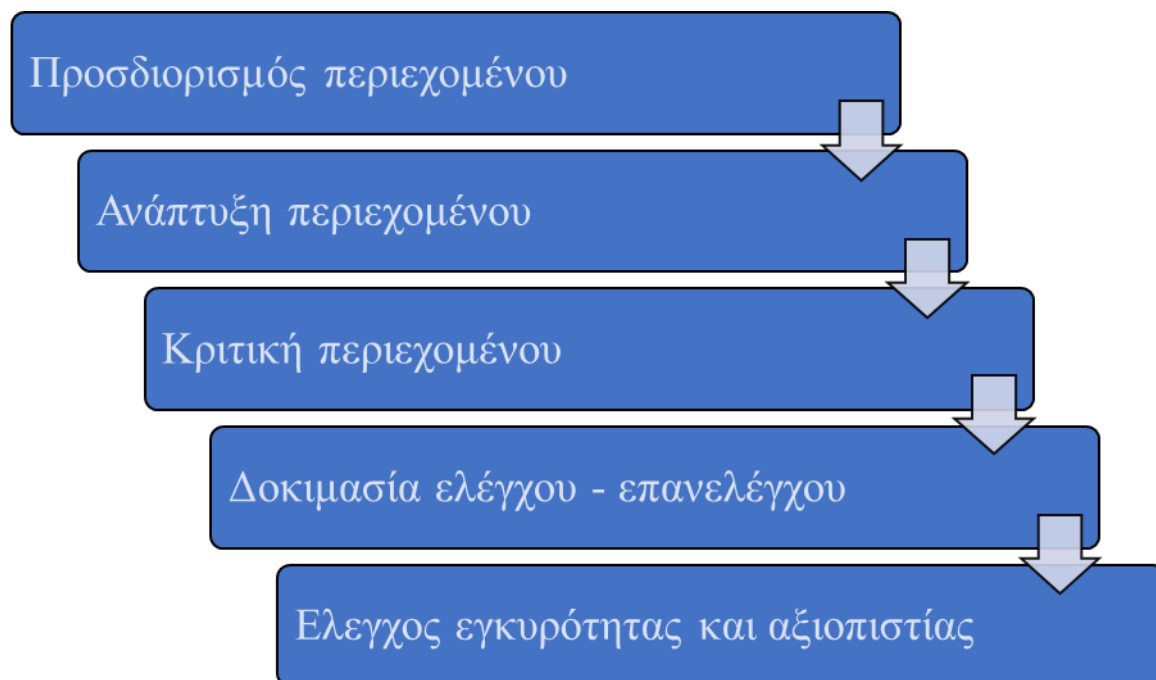
6.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφεται η διαδικασία κατασκευής και ανάπτυξης του εργαλείου διερεύνησης των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, αναλύοντας τα βήματα που ακολουθήθηκαν για το σχεδιασμό και την εγκυροποίηση του ερωτηματολογίου και τα αποτελέσματα της εγκυροποίησής του.

Η βασική υπόθεση πίσω από την κατασκευή του εργαλείου, είναι ο εντοπισμός της εσωτερικής κατάστασης των πεποιθήσεων, των κινήτρων ή των αντιλήψεων ενός ατόμου, ζητώντας του να απαντήσει σε μια σειρά δηλώσεων (Fraenkel & Wallen, 1996).

6.2 Μεθοδολογία Σχεδιασμού Ερωτηματολογίου Στάσεων

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της κατασκευής του ερωτηματολογίου στάσεων περιλάμβανε ένα προπαρασκευαστικό στάδιο με τα πιο κάτω στάδια: α) Προσδιορισμός περιεχομένου, β) Ανάπτυξη περιεχομένου, γ) Κριτική περιεχομένου, δ) Δοκιμασία ελέγχου - επανελέγχου και τέλος ε) την εξέταση εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου (εγκυρότητα όψεως, δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου, παραγοντική ανάλυση, μελέτες αξιοπιστίας).



Διάγραμμα 4. Στάδια Ερευνητικού Σχεδιασμού

Ο στόχος του προπαρασκευαστικού σταδίου ήταν να διασφαλιστεί ότι ο σχεδιασμός του εργαλείου αξιολόγησης των στάσεων, στηρίζεται σε θεωρητική βάση αλλά και ότι είναι χρήσιμος και κατανοητός για τους ερευνητές και τους επαγγελματίες υγείας. Σκοπός του τελευταίου σταδίου ήταν η παροχή εμπειρικών αποδείξεων για να διαπιστωθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου, με επίκεντρο την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο το εργαλείο συλλαμβάνει την αξιολόγηση αυτή.

Για πολλούς ανθρώπους οι όροι γνώση, στάσεις και δεξιότητες είναι παρόμοιες έννοιες που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της ικανότητας. Αν και υπάρχει συσχέτιση μεταξύ γνώσης και στάσης, η καλύτερη γνώση δεν οδηγεί απλώς σε σαφή αποδοχή (Jallinoja & Aro, 2000). Η κατανόηση των στάσεων είναι σημαντική λόγω της επιρροής τους στη συμπεριφορά ενός ατόμου και στην πράξη, ο όρος χρησιμοποιείται συχνά ως έκφραση η οποία καλύπτει έννοιες όπως προτιμήσεις, συναισθήματα, πεποιθήσεις, προσδοκίες, κρίσεις και εκτιμήσεις (Jain, 2014). Πολλά μοντέλα κατανόησης της στάσης έχουν περιγραφεί, αλλά τα περισσότερα από αυτά συμφωνούν με το τρίπτυχο το οποίο αποτελείται από την επίδραση, τη συμπεριφορά και τη γνώση. Συγκεκριμένα, το μοντέλο γνωστικού-συναισθηματικού-συζευκτικού μοντέλου (CAC) που περιγράφεται από τους Schiffman και Kanuk (2004), προτείνει ότι η στάση έχει τρία συστατικά:

1. Τα γνωστικά συστατικά που αναφέρονται στις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τη γνώση που έχει ένα άτομο για κάτι,
2. Το συναισθηματικό συστατικό που περιλαμβάνει τα συναισθήματα τα ενός ατόμου,
3. Το στοιχείο της συγκατάβασης ή συμπεριφοράς που περιλαμβάνει τις ενέργειες ή τις απαντήσεις ενός ατόμου.

Αν και η μελέτη της έννοιας προήλθε από την ψυχολογία ως ψυχολογική τάση, οι στάσεις στη νοσηλευτική θεωρούνται μια σημαντική πτυχή της φροντίδας το οποίο επιτρέπει στους νοσηλευτές να ασκούνται με έναν προσωποκεντρικό, ασφαλή και συνεργατικό τρόπο (Price, 2015).

Για παράδειγμα, όταν οι νοσηλευτές διαμορφώνουν μια πεποίθηση για ένα αποτέλεσμα, μια στάση διαμορφώνεται προς τη συμπεριφορά και αυτό το γεγονός συσχετίζεται με τη δέσμευση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, που ονομάζεται και πιστεύω συμπεριφοράς (Branscum and Lora, 2016). Με αυτές τις σκέψεις και πάνω σε αυτό το θεωρητικό μοντέλο βασίστηκε η δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου ATOD, για το οποίο έχει ήδη δημοσιευτεί στο επιστημονικό περιοδικό Journal of Nursing Measurement (Papastavrou et al., 2019).

6.2.1 Προσδιορισμός περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων

Το πρώτο βήμα της ανάπτυξης του εργαλείου ήταν να καθοριστεί η θεωρητική έννοια και τα χαρακτηριστικά της. Στην περίπτωση αυτή, υπήρξε ανάγκη να διερευνηθούν τρεις έννοιες, δηλαδή οι «στάσεις», το «παραλήρημα» και η «οξεία σύγχυση» και ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται.

6.2.2 Ανάπτυξη περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων

Στόχος του δεύτερου σταδίου ήταν να αναπτυχθεί το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τεκμήρια, ιδέες και εμπειρίες, καθώς και να ανευρεθούν ερωτηματολόγια που σχετίζονται με τη διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Στο πλαίσιο αυτά πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων, Medline, ProQuest και Google Scholar χρησιμοποιώντας τους όρους delirium; validation; nursing και attitude. Σε συνδυασμό με τα ευρήματα της γενικής και μεθοδολογικής βιβλιογραφίας, έγινε συζήτηση σε ομάδα εργασίας με κλινικούς νοσηλευτές, ακαδημαϊκούς και εάν ιατρό, για τη δομή και το αρχικό περιεχόμενο του εργαλείου.

Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε αποτελείτο από 26 στοιχεία σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ και 5= Συμφωνώ απόλυτα.

6.2.3 Εγκυρότητα όψεως Ερωτηματολογίου Στάσεων

Η εγκυρότητα όψεως, έγινε προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο οι ερωτήσεις μετρούσαν την έννοια του υπό μελέτη θέματος και αν "η όψη" του ερωτηματολογίου που προκύπτει, αντιπροσωπεύει τη μεταβλητή "στάσεις". Η συζήτηση για την καταλληλότητα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων, διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα (3 καθηγητές, εμπειρογνώμονες στην εγκυροποίηση εργαλείων και μια διδακτορική φοιτήτρια).

6.2.4 Εγκυρότητα περιεχομένου Ερωτηματολογίου Στάσεων

Το τέταρτο στάδιο της κατασκευής και ανάπτυξης του ερωτηματολογίου, περιλάμβανε την εγκυρότητα όψεως και τη μέτρηση του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI). Η εγκυρότητα όψεως έγινε προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο οι ερωτήσεις μετρούσαν την έννοια του υπό μελέτη θέματος και αν "η όψη" του ερωτηματολογίου που προκύπτει, αντιπροσωπεύει τη μεταβλητή "στάσεις". Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε συζήτηση για την καταλληλότητα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων από την ερευνητική

ομάδα η οποία αποτελείτο από τρεις καθηγητές, εμπειρογνώμονες στην εγκυροποίηση εργαλείων και μιας διδακτορική φοιτήτριας.

6.2.5 Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου στάσεων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του εργαλείου, πραγματοποιήθηκε δοκιμασία ελέγχου επανελέγχου μία δοκιμασία αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο αρχικά δόθηκε σε μια ομάδα 30 νοσηλευτών. Μετά από μια περίοδο τριών εβδομάδων διανεμήθηκε και πάλι στα ίδια άτομα, για να υπολογιστεί ο συντελεστή συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η μελέτη αξιοπιστίας, περιλάμβανε τον υπολογισμό της εσωτερικής συνέπειας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's alpha.

Πριν από την έναρξη της μελέτης, το πρωτόκολλο υποβλήθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής προκειμένου να ληφθεί έγκριση σύμφωνα με την κυπριακή νομοθεσία. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, συνοδευόμενο από μια επιστολή που εξηγούσε τον σκοπό διεξαγωγής της μελέτης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα και διανεμήθηκε σε 237 εγγεγραμμένους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια δύο συνεδρίων στην Κύπρο. Τα κριτήρια ένταξης στο δείγμα ήταν να είναι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές και να εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Το μέγεθος του δείγματος αποφασίστηκε με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων που ήταν περίπου 10 συμμετέχοντες για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου

6.3 Αποτελέσματα Σχεδιασμού ερωτηματολογίου στάσεων

Από την εφαρμογή των προαναφερθέντων σταδίων ανάπτυξης του εργαλείου στάσεων προέκυψαν τα πιο κάτω ευρήματα, σύμφωνα με τα στάδια του μεθοδολογικού σχεδιασμού που χρησιμοποιήθηκε.

6.3.1 Αποτελέσματα προσδιορισμού περιεχομένου ερωτηματολογίου στάσεων

Εξερευνήσαμε τρεις έννοιες, τις "στάσεις", το "παραλήρημα" και την "οξεία σύγχυση" και πώς αυτές σχετίζονται μεταξύ τους. Η στάση είναι μία σημαντική έννοια στην ψυχολογία και αποτελείται από τρία βασικά στοιχεία, που αν και διερευνώνται εκτενώς στην νοσηλευτική έρευνα, ο όρος παραμένει ασαφής και συχνά χρησιμοποιείται μαζί με τον όρο γνώσεις.

Ωστόσο, σχεδόν όλα τα ερωτηματολόγια που αξιολογούσαν τις γνώσεις και τις στάσεις, έκαναν μέτρηση του επιπέδου γνώσεων, ενώ η μέτρηση των στάσεων δεν ήταν ξεκάθαρη. Ομοίως, οι

όροι στάδιο σύγχυσης ή σύγχυση ή παραλήρημα παρουσιάζονται συχνά ως συνώνυμοι. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι πολλά ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για τη αξιολόγηση του παραληρήματος, δεν περιλαμβάνουν τον όρο παραλήρημα στον τίτλο, αλλά χρησιμοποιούν τον όρο σύγχυση αντ' αυτού (π.χ., e.g. Confusion Assessment Measure, CAM).

6.3.2 Αποτελέσματα ανάπτυξης και κριτικής περιεχομένου ερωτηματολογίου στάσεων

Στόχος αυτού του σταδίου ήταν να αναπτυχθεί το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τεκμήρια, ιδέες και εμπειρίες καθώς και να βρεθούν ερωτηματολόγια που σχετίζονταν με τη διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με παραλήρημα. Για τον λόγο αυτό έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων στο Medline, ProQuest και Google Scholar χρησιμοποιώντας τους όρους delirium; validation; nursing; και attitude. Σε συνδυασμό με τα ευρήματα της γενικής και μεθοδολογικής βιβλιογραφίας, είχαμε μια συζήτηση, ομάδα εργασίας με κλινικούς νοσηλευτές, ακαδημαϊκούς και ένα ιατρό. Στα ευρήματα της γενικής και μεθοδολογικής βιβλιογραφίας και της ομαδικής συζήτησης με κλινικούς νοσηλευτές, ακαδημαϊκούς και τον ιατρό καταλήξαμε σε ένα σύνολο 50 (πενήντα) ερωτήσεων που αφορούσαν στις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Ως μέρος της στρατηγικής ανάπτυξης περιεχομένου, η διαδικασία αυτή περιελάμβανε μια συνεχή αξιολόγηση των ερωτήσεων, της διατύπωσης, της ερμηνείας, της επεξεργασίας και των μεθόδων μέτρησης.

Η κριτική της κατασκευής του ερωτηματολογίου περιελάμβανε την εγκυρότητα όψεως και τη μέτρηση του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI). Η εγκυρότητα όψεως έγινε προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο οι ερωτήσεις μετρούσαν την έννοια του υπό μελέτη θέματος και αν "η όψη" του ερωτηματολογίου που προκύπτει, αντιπροσωπεύει τη μεταβλητή "στάσεις". Η συζήτηση για την καταλληλότητα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα (3 καθηγητές, εμπειρογνώμονες στην εγκυροποίηση εργαλείων και μια διδακτορική φοιτήτρια. Από τις 50 ερωτήσεις, 11 (έντεκα) θεωρήθηκαν ως μη σχετικές και διαγράφηκαν. Ωστόσο, δεδομένου ότι η εγκυρότητα όψεως θεωρείται πιθανότατα ο ασθενέστερος τρόπος για την έλεγχο της εγκυρότητας του περιεχομένου, προχωρήσαμε στον έλεγχο της δοκιμασίας του CVI, δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου.

Οι υπόλοιπες 39 ερωτήσεις στάλθηκαν ηλεκτρονικά σε ομάδα 20 εμπειρογνομόνων, συμπεριλαμβανομένων ακαδημαϊκών, κλινικών νοσηλευτών και ιατρών, για έλεγχο του δείκτη CVI. Βάσει των αποτελεσμάτων και των σχολίων των εμπειρογνομόνων, καταλήξαμε σε 26

ερωτήσεις. Οι τιμές I-CVI λήφθηκαν με τον τύπο: Αριθμός συμφωνηθέντων κριτών / Αριθμός κριτών. Ο τύπος χρησιμοποιήθηκε για κάθε ένα από τα 39 στοιχεία (I-CVI) και ο συνολικός μέσος όρος εργαλείων ήταν 0,89. Η ελάχιστη τιμή του I-CVI που θεωρήσαμε αποδεκτή ήταν 0,88.

Μετά από τη συμφωνία αυτής της μείωσης, οι 26 ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν από την ερευνητική ομάδα σε 3 κατηγορίες, ακολουθώντας το μοντέλο CAC που περιγράφεται από τους Schiffman και Kanuk (2004) που αποτελείται από την συναισθηματική συνιστώσα (Affective Component) που περιλαμβάνει τα αισθήματα και τα συναισθήματα ενός ατόμου, τα στοιχεία συμπεριφοράς (Behavior components), εννοώντας τον τρόπο που επηρεάζει η στάση τη συμπεριφορά και τη γνωστική συνιστώσα (Cognitive component) που περιλαμβάνει την πεποίθηση και τη γνώση ενός ατόμου.

Μετά την απόφαση για το ποιες ερωτήσεις θα ταξινομηθούν σε κάθε ένα από τους τρεις τομείς, οι ερωτήσεις δόθηκαν σε έναν τέταρτο ερευνητή, ο οποίος είναι ψυχολόγος υγείας, κατέχοντας διδακτορικό τίτλο, για να κάνει τη δική του κατηγοριοποίηση. Οι ερωτήσεις παρουσιάστηκαν σε έναν κατάλογο που δεν ακολούθησε την κατηγοριοποίηση των τριών τομέων και ήταν πολύ ενδιαφέρον ότι ο ψυχολόγος ερευνητής ομαδοποίησε τις ίδιες ερωτήσεις στην ίδια κατηγορία με την ερευνητική ομάδα, υποστηρίζοντας το τρισδιάστατο μοντέλο των στάσεων.

6.3.3 Μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στάσεων

Το τελικό ερωτηματολόγιο στάσεων, 26 ερωτήσεων κλίμακας Likert 5 σημείων, δόθηκε σε μια ομάδα 30 νοσηλευτών από διαφορετικά τμήματα (με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οξείας σύγχυσης / παραληρήματος) και μετά από περίοδο τριών εβδομάδων, διανεμήθηκε ξανά στα ίδια πρόσωπα για να υπολογιστεί ο συντελεστής συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Για τη δοκιμασία ελέγχου-επανελέγχου των 26 στοιχείων του ερωτηματολογίου στάσεων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση McNemar. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα δύο διαφορετικά χρονικά σημεία, με τιμή $p < 0.05$ και κατέδειξαν ικανοποιητική αξιοπιστία. Η ύπαρξη μιας ισχυρής θετικής συσχέτισης, δηλώνει την αξιοπιστία της δοκιμασίας ελέγχου – επανελέγχου (Bland, 2002 · Boynton, 2004 · Merkouris, 2008, Gibbon, 1995, Higgins and Straub, 2006).

Επιπλέον το ερωτηματολόγιο στάσεων δόθηκε σε 237 εγγεγραμμένους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια δύο νοσηλευτικών συνεδρίων, οι 154 επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο, δίνοντας ένα ποσοστό ανταπόκρισης >65% που θεωρείται ικανοποιητικό. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	N (%)	Mean	SD
Ποσοστό Ανταπόκρισης	154/237(65%)	-	-
Ηλικία (σε έτη) Εύρος: 20-59	148(96,1%)	36,31	10,743
Φύλο - Γυναίκα	107(71,3%)		
- Άνδρας	43(28,7%)		
Εκπαίδευση			
Δίπλωμα Νοσηλευτικής (3 years)	7(4,7%)		
Πτυχίο (4 years)	75(48,7%)		
Εξειδίκευση	15(9,7%)		
Μεταπτυχιακός Τίτλος	50(32,5%)		
Διδακτορικός Τίτλος	2(1,3%)		
Εμπειρία στην Νοσηλευτική (έτη)		13,01	9,85

Η εσωτερική συνοχή εξετάστηκε με το συντελεστή Cronbach alpha, που ήταν ικανοποιητικός για το σύνολο του εργαλείου στάσεων 26 ερωτήσεων. Επίσης, διεξήχθη ανάλυση του κάθε στοιχείου στο σύνολο των δεδομένων, παρέχοντας συνολικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων και τον Cronbach alpha, εάν κάθε ένα στοιχείο διαγραφόταν από την κλίμακα. Ειδικότερα, όσον αφορά τη συνολική εσωτερική συνοχή, το εργαλείο είχε ένα Cronbach's alpha 0,89 και η αξιοπιστία της σταθερότητας ήταν αποδεκτή (ο συντελεστής συσχέτισης κυμαινόταν από $r = 0,43$ έως $r = 0,95$). Αν και στη συσχέτιση μεταξύ κάθε στοιχείου με το σύνολο των δεδομένων υπήρχαν κάποιες ερωτήσεις που είχαν χαμηλές συσχετίσεις, ο συντελεστής συσχέτισης υποστήριζε την ομοιογένεια της κλίμακας επειδή ο συντελεστής Cronbach alpha δεν άλλαξε όταν είχαν αφαιρεθεί. Τα αποτελέσματα για κάθε στοιχείο σε σχέση με τις συνολικές συσχετίσεις και αν το στοιχείο αυτό διαγραφόταν, παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Item Total Correlations, Squared Multiple Correlation και Cronbach's Alpha όταν είχαν τα στοιχεία είχαν αφαιρεθεί

Ερώτηση ερωτηματολογίου στάσεων	Item -Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha όταν το στοιχείο αφαιρεθεί
1. Αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	,077	,327	,891
2. Εμπιστεύομαι τον εαυτό μου ότι εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις για έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	-,040	,349	,891
3. Θα ήθελα να έχω συνεχή καθοδήγηση, αναφορικά με τη φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	-,146	,212	,891
4. Η παρουσία της οικογένειας του ασθενή μπορεί να τον ηρεμήσει και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει την κρίση.	-,014	,254	,895
5. Αν ένας ασθενής με προσβάλει νοιώθω ότι και εγώ πρέπει να κάνω το ίδιο.	-,019	,123	,899
6. Όταν ένας ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση/παραλήρημα, τον λαμβάνω υπόψη και τον αντιμετωπίζω με σοβαρότητα.	-,197	,436	,891
7. Προσπαθώ να κατανοήσω καλύτερα τον ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	,054	,664	,891
8. Αποφεύγω ασθενείς με τέτοια προβλήματα κατά τη βάρδια μου.	-,090	,431	,891
9. Προσφέρω σε ασθενή με οξεία σύγχυση/ παραλήρημα όλων των ειδών υποστηρικτική βοήθεια	-,015	,092	,895
10. Αντιμετωπίζω με υπομονή τους ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	-,086	,612	,891
11. Προσπαθώ να διαχειριστώ την κατάσταση για να βοηθήσω τον ασθενή να ξεπεράσει την κρίση	-,010	,695	,891
12. Συνεχίζω να ενδιαφέρομαι για την υγεία του ασθενούς όσο ενδιαφερόμουν πριν από την κρίση διέγερσης.	,109	,615	,891
13. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται κυρίως στους ηλικιωμένους.	,930	1,000	,875
14. Η ευγενική ομιλία μπορεί να ηρεμήσει έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	,930	1,000	,875
15. Θεωρώ την κατάσταση του ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα πολύ σοβαρή	,763	1,000	,876
16. Όταν ένας ασθενής προσπαθήσει να με κτυπήσει τον δένω.	,929	1,000	,875

Ερώτηση ερωτηματολογίου στάσεων	Item -Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha όταν το στοιχείο αφαιρεθεί
17. Όταν ένας ηλικιωμένος ασθενής βρίσκεται σε οξεία σύγχυση / παραλήρημα, υποψιάζομαι ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα.	,930	1,000	,875
18. Η καλύτερη ένδειξη παρουσίας οξείας σύγχυσης/ παραληρήματος σε ασθενείς είναι ο αποπροσανατολισμός	,525	,395	,885
19. Οι συνάδελφοι είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν όταν έχω απορίες για ένα ασθενή με οξεία σύγχυση /παραλήρημα.	,528	,365	,885
20. Κατανοώ ξεκάθαρα τον λόγο διέγερσης του ασθενή	,929	1,000	,875
21. Δεν αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	,929	1,000	,875
22. Θεωρώ ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη	,511	,620	,889
23. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου και όχι μόνο σε ΜΕΘ.	,651	,570	,880
24. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση παραλήρημα είναι ένα σύνδρομο που υποδιαγιγνώσκεται.	,706	,701	,878
25. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό	,664	1,000	,880
26. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι μια διαχειρίσιμη κατάσταση	,706	1,000	,878

Η παραγοντική ανάλυση έγινε για δύο λόγους. Καταρχάς, να μειωθεί ο αριθμός των στοιχείων ώστε να καταστεί το εργαλείο πιο φιλικό προς τον χρήστη και να δημιουργηθούν λιγότεροι ερμηνευτικοί παράγοντες. Ο δείκτης ΚΜΟ της επάρκειας δείγματος ήταν 0,854 και η δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett είχε $p < 0,001$, υποδεικνύοντας ότι τα δεδομένα μας ήταν κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση. Οι φορτίσεις των παραγόντων θεωρήθηκαν κατάλληλες αν ήταν μεγαλύτερες από 0,3 και όλες οι ερωτήσεις εκτός από τρεις (ερώτηση 4, 5 και 9) είχαν φορτίσεις μεταξύ 0,347 και 0,987.

Διεξήχθη σκόπιμη παραγοντική ανάλυση ακολουθώντας το θεωρητικό μοντέλο συμπεριφοράς που αποτελείται από 3 θεματικές περιοχές, δηλαδή την αντίληψη, τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα. Χρησιμοποιώντας την παραγοντική αυτή ανάλυση με μέθοδο περιστροφής Direct Oblimin Rotation για σχετισμένους παράγοντες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τρεις παράγοντες εξηγούσαν συνολικά το 56,5% της διακύμανσης.

Ο πρώτος παράγοντας, οι πεποιθήσεις, εξήγησε το 37,025% της διακύμανσης, με μια ιδιοτιμή (eigenvalue) 9,611. Ο δεύτερος παράγοντας, η συμπεριφορά, εξήγησε το 12,792% της διακύμανσης, με μια ιδιοτιμή 3,061 και ο τρίτος παράγοντας, τα συναισθήματα, εξήγησε 5.652% της διακύμανσης, με μια ιδιοτιμή 2,326.

Οι ερωτήσεις 4, 5 και 9 είχαν πολύ χαμηλή φόρτιση στον παράγοντα των αντιλήψεων. Αλλά είχαν επίσης χαμηλά φορτία στους άλλους παράγοντες, οπότε αφαιρέθηκαν από την ανάλυση. Τα αποτελέσματα σχετικά με τις φορτίσεις των παραγόντων, την ομαδοποίησή τους και τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων φαίνονται παρακάτω στους Πίνακες 6, 7 και 8. Όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές, με τιμές $p < 0,001$.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης με Direct Oblimin Rotation (non-orthogonal rotation)

Στοιχεία Παραγόντων	Αντίληψη (παράγοντας 1)	Συμπεριφορά (παράγοντας 2)	Συναίσθημα (παράγοντας 3)
1. Αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα			,434
2. Εμπιστεύομαι τον εαυτό μου ότι εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις για έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα			,408
3. Θα ήθελα να έχω συνεχή καθοδήγηση, αναφορικά με τη φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/παραλήρημα			,340
4. Η παρουσία της οικογένειας του ασθενή μπορεί να τον ηρεμήσει και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει την κρίση.			,105
5. Αν ένας ασθενής με προσβάλει νοιώθω ότι και εγώ πρέπει να κάνω το ίδιο.			-,026
6. Όταν ένας ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση/παραλήρημα, τον λαμβάνω υπόψη και τον αντιμετωπίζω με σοβαρότητα.		,561	
7. Προσπαθώ να κατανοήσω καλύτερα τον ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.		,861	
8. Αποφεύγω ασθενείς με τέτοια προβλήματα κατά τη βάρδια μου.		,723	

Στοιχεία Παραγόντων	Αντίληψη (παράγοντας 1)	Συμπεριφορά (παράγοντας 2)	Συναίσθημα (παράγοντας 3)
9. Προσφέρω σε ασθενή με οξεία σύγχυση/ παραλήρημα όλων των ειδών υποστηρικτική βοήθεια		,169	
10. Αντιμετωπίζω με υπομονή τους ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα		,559	
11. Προσπαθώ να διαχειριστώ την κατάσταση για να βοηθήσω τον ασθενή να ξεπεράσει την κρίση			,598
12. Συνεχίζω να ενδιαφέρομαι για την υγεία του ασθενούς όσο ενδιαφερόμουν πριν από την κρίση διέγερσης.			,586
13. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται κυρίως στους ηλικιωμένους.	,987		
14. Η ευγενική ομιλία μπορεί να ηρεμήσει έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	,987		
15. Θεωρώ την κατάσταση του ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα πολύ σοβαρή	,757		
16. Όταν ένας ασθενής προσπαθήσει να με κτυπήσει τον δένω.	,987		
17. Όταν ένας ηλικιωμένος ασθενής βρίσκεται σε οξεία σύγχυση / παραλήρημα, υποψιάζομαι ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα.	,987		
18. Η καλύτερη ένδειξη παρουσίας οξεία σύγχυσης/ παραληρήματος σε ασθενείς είναι ο αποπροσανατολισμός	,606		
19. Οι συνάδελφοι είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν όταν έχω απορίες για ένα ασθενή με οξεία σύγχυση /παραλήρημα.	,618		
20. Κατανοώ ξεκάθαρα τον λόγο διέγερσης του ασθενή	,987		
21. Δεν αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	,987		
22. Θεωρώ ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη	,533		

Στοιχεία Παραγόντων	Αντίληψη (παράγοντας 1)	Συμπεριφορά (παράγοντας 2)	Συναίσθημα (παράγοντας 3)
23. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου και όχι μόνο σε ΜΕΘ.	,738		
24. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση παραλήρημα είναι ένα σύνδρομο που υποδιαγιγνώσκεται.	,750		
25. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό	,633		
26. Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι μια διαχειρίσιμη κατάσταση	,715		
Eigenvalues			
Eigenvalues (afterrotation)	9,611	3,061	2,326
% of variance explained (total=56.5%)			

Πίνακας 7: Ομαδοποίηση ερωτήσεων (παράγοντες του ερωτηματολογίου)

Παράγοντας Factors	Cronbach 's alpha	Αριθμός Στοιχείων	Στοιχεία Items	Μέσος Mean	ΤΑ SD
Αντίληψη	0,908	14	(13,14,15,16,17,18,19, 20,21,22,23,24,25,26)	3,52	0,31
Συμπεριφορά	0,568	4	(6,7,8,10)	4,02	0,54
Συναίσθημα	0,534	5	(1,2,3,11,12)	3,50	0,67
Συνολικά	0,889	23	23	3,72	0,37

Πίνακας 8: Συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων

	Παράγοντας 1	Παράγοντας 2	Παράγοντας 3
Παράγοντας 1	1	0,519	0,469
Παράγοντας 2	0,519	1	0,458
Παράγοντας 3	0,469	0,458	1
Συνολικά	0,831	0,867	0,686

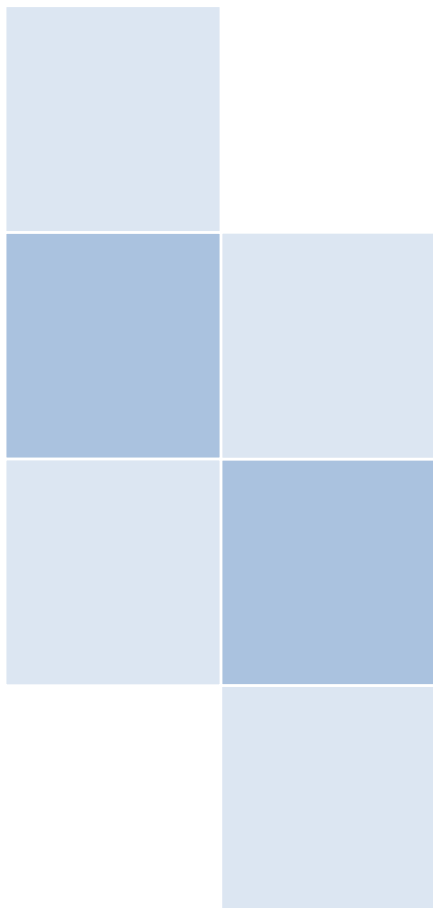
Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικοί, με $p\text{-values} < 0,001$.

Συμπερασματικά, η μεθοδολογική πορεία η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη δημιουργία του εργαλείου και τα αποτελέσματα των δοκιμασιών αξιοπιστίας και εγκυρότητας έδειξαν ότι το εργαλείο είναι έγκυρο και αξιόπιστο και αναμένεται να δοκιμαστεί σε περισσότερες μελέτες ούτως ώστε να μελετηθεί και να βελτιωθεί ακόμα περισσότερο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



Κεφάλαιο 7^ο Αποτελέσματα

7.1 Εισαγωγή

Στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι να παρουσιάσει σε αναλυτικό πλαίσιο τα αποτελέσματα της διερεύνησης του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και τα αποτελέσματα του επιπέδου στάσεων των νοσηλευτών που προέκυψαν από την χορήγηση των ερωτηματολογίων, με βάση τα οποία θα επιτραπεί και η εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία και θα απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διατριβής. Για να επιτευχθεί ο πιο πάνω στόχος και με βάση την φύση των ερευνητικών δεδομένων, επιλέγηκε μια σειρά αναλυτικών/στατιστικών εργαλείων. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει πρώτα για την πιλοτική μελέτη και θα ακολουθήσουν τα αποτελέσματα από τα δεδομένα που έχουν ληφθεί από το τελικό δείγμα.

7.2 Πιλοτική Μελέτη - Διαδικασία αξιολόγησης των ερευνητικών εργαλείων γνώσεων και στάσεων

Στα πλαίσια του ελέγχου των εργαλείων, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη, η οποία διαδραμάτισε βασικό ρόλο στην προ-επεξεργασία και τελειοποίηση των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων και αποτέλεσε ένα κρίσιμο στοιχείο του σχεδιασμού της έρευνας. Για την πιλοτική μελέτη του εργαλείου, πραγματοποιήθηκαν δοκιμασίες εγκυρότητας και αξιοπιστίας και δοκιμασία ελέγχου - επανελέγχου.

Η πιλοτική μελέτη διενεργήθηκε για δυο λόγους:

- α) για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των εργαλείων και
- β) για να εντοπισθούν πιθανά προβλήματα κατά την διεξαγωγή της μελέτης, έτσι ώστε να εφαρμοστούν διορθωτικά μέτρα.

Η πιλοτική δοκιμή, διενεργήθηκε προτού χορηγηθούν τα τελικά ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες, προκειμένου να διερευνήσουμε τον χρόνο που απαιτητό για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, την κατανόηση, τα ορθογραφικά και συντακτικά λάθη και άλλα δομικά προβλήματα. Με την πιλοτική εφαρμογή των εργαλείων έγινε έλεγχος την εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους.

Στην πιλοτική μελέτη δόθηκαν 237 ερωτηματολόγια γνώσεων και στάσεων σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία που δεν θα λάμβαναν μέρος στη μελέτη, με ποσοστό ανταπόκρισης 70% (154 δηλαδή >5 άτομα ανά ερώτηση). Το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin για την εκτίμηση της καταλληλότητας του μεγέθους του δείγματος ήταν 0,79, ενώ το ελάχιστο όριο είναι 0,70

γεγονός που δηλώνει πως το μέγεθος του δείγματος ήταν αποδεκτό για την πραγματοποίηση της ανάλυσης παραγόντων και για τα δύο ερωτηματολόγια.

Το δείγμα της πιλοτικής μελέτης ήταν 107 γυναίκες και 43 άνδρες ηλικίας 20 με 59 ετών (ΜΤ=36.31, ΤΑ=10.7). Ποσοστό 33,8% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, ενώ το 95,3% των συμμετεχόντων είχε πτυχίο. Η μέση τιμή ετών εμπειρίας στην Νοσηλευτική ήταν τα 13.01 χρόνια (ΤΑ= 9.81).

7.2.1 Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου γνώσεων

Για το ερωτηματολόγιο των γνώσεων Nurses' Knowledge of Delirium Questionnaire (NKDQ), έγινε έλεγχος του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Kuder-Richardson για τις 36 ερωτήσεις αξιολόγησης γνώσεων σχετικά με την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και υπολογίσθηκε στο 0.77, υποδηλώνοντας υψηλή εσωτερική συνοχή και για τις 36 ερωτήσεις και στις τρεις κατηγορίες ερωτήσεων (εργαλεία αξιολόγησης, δηλώσεις γνώσεων και δηλώσεις για παράγοντες κινδύνου).

Επιπλέον το ερωτηματολόγιο γνώσεων σύμφωνα με τον έλεγχο McNemar των 36 στοιχείων του ερωτηματολογίου, κατέδειξε ότι υπήρχε σημαντική συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές δηλαδή σε όλα τα στοιχεία το p ήταν > 0.05 , το οποίο δηλώνει υψηλή αξιοπιστία. Η ύπαρξη μιας ισχυρής θετικής συσχέτισης δηλώνει την αξιοπιστία της δοκιμασίας ελέγχου – επανελέγχου (Bland, 2002 · Boynton, 2004 · Merkouris, 2008, Gibbon, 1995). Τα αποτελέσματα του ελέγχου McNemar για τη μέθοδο εξέτασης-επανεξέτασης (test-retest) για τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γνώσεων παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Αποτελέσματα του πιλοτικού ελέγχου McNemar για τη μέθοδο εξέτασης-επανεξέτασης (test-retest) για τις 36 ερωτήσεις ερωτηματολογίου γνώσεων.

Αριθμός ερώτησης	Ερώτηση	Τιμή p*
1.1	Ποιά από τις πιο κάτω ομάδες συμπτωμάτων περιγράφουν/προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα/delirium;	1,0
1.2	Μίνι κλίμακα αξιολόγησης νοητικής κατάστασης - (MMSE) Mini Mental State Examination	1,0
1.3	Κλίμακα Γλασκώβης -Glasgow Coma Scale (GCS)	1,0
1.4	Κλίμακα Ταξινόμησης Ντελίριουμ-Delirium Rating Scale (DRS)	1,0
1.5	Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ -Alcohol Withdrawal Scale (AWS)	0,22
1.6	Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης-Confusion Assessment Method (CAM)	1,0
1.7	Κλίμακα καταγραφής κατάθλιψης του Beck-Beck's Depression Inventory	1,0
1.8	Κλίμακα Braden-Braden Scale	1,0
1.9	Οι διακυμάνσεις μεταξύ προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού δεν είναι τυπικό σύμπτωμα στο παραλήρημα/delirium.	0,22
1.10	Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να προσομοιάζουν με αυτά του παραληρήματος/delirium	0,32
1.11	Η θεραπεία για το παραλήρημα/delirium πάντοτε περιλαμβάνει καταστολή.	0,57
1.12	Οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται επεισόδια παραληρήματος/delirium	0,39
1.13	Η εξέταση MMSE είναι ο καλύτερος τρόπος να διαγνώσεις το παραλήρημα /delirium	0,26
1.14	Ένας ασθενής ο οποίος υπόκειται σε αποκατάσταση του κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού έχει την ίδια πιθανότητα εμφάνισης παραληρήματος /delirium με ένα ασθενή που κάνει προγραμματισμένη αρθροπλαστική ισχίου.	0,32
1.15	Το παραλήρημα/delirium δεν διαρκεί ποτέ περισσότερο από μερικές ώρες.	0,32
1.16	Ο κίνδυνος παραληρήματος/delirium αυξάνεται με την ηλικία.	0,51
1.17	Ένας ασθενής με μειωμένη όραση βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για παραλήρημα /delirium.	0,14
1.18	Όσο μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων λαμβάνει ένας ασθενής, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για παραλήρημα/ delirium	0,51
1.19	Η ύπαρξη ουρηθρικού καθετήρα ελαττώνει τον κίνδυνο για παραλήρημα/delirium	0,72
1.20	Το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος/delirium	0,51
1.21	Η φτωχή διατροφή αυξάνει τον κίνδυνο του παραληρήματος/delirium	0,57
1.22	Η άνοια αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα/delirium	0,08
1.23	Οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα/delirium από ότι οι γυναίκες.	0,22

1.24	Ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για παραλήρημα/delirium	0,51
1.25	Η αφυδάτωση μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για παραλήρημα/delirium.	0,61
1.26	Η μειωμένη ακοή αυξάνει τον κίνδυνο για παραλήρημα/delirium	0,08
1.27	Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα/ delirium	0,14
1.28	Ένας ασθενής που είναι ληθαργικός και αφυπνίζεται δύσκολα, δεν έχει παραλήρημα/delirium	0,39
1.29	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium είναι πάντοτε επιθετικοί σωματικά και /ή λεκτικά	0,26
1.30	Το παραλήρημα/delirium γενικά προκαλείται από τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ.	0,51
1.31	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.	0,85
1.32	Οικογενειακό ιστορικό άνοιας προδιαθέτει ένα ασθενή για παραλήρημα/delirium.	0,05
1.33	Οι αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρούνται τυπικό του παραληρήματος /delirium.	1,0
1.34	Ένας ασθενής με παραλήρημα/delirium πιθανό να αφαιρεθεί εύκολα ή και δυσκολεύεται να παρακολουθήσει μια συζήτηση.	1,0
1.35	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium συχνά βιώνουν διαταραχές αντίληψης.	1,0
1.36	Διαταραγμένος κύκλος ύπνου/αφύπνισης μπορεί να είναι σύμπτωμα παραληρήματος/delirium	0,37
p = συντελεστής συσχέτισης Pearson στον έλεγχο McNemar (ανά ζεύγη τιμών) test- retest		

7.2.2 Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου στάσεων

Ανάλογα αποτελέσματα είχαμε και για το ερωτηματολόγιο στάσεων, όπως αναφέρατε και στο κεφάλαιο 5.3.3, η ανάλυση McNemar χρησιμοποιήθηκε και για τη δοκιμασία ελέγχου-επανελέγχου των 26 στοιχείων κλίμακας Likert 5 του εργαλείου στάσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα δύο διαφορετικά χρονικά σημεία, με τιμή $p < 0.05$ και κατέδειξαν ικανοποιητική αξιοπιστία.

Επιπλέον, για το ερωτηματολόγιο στάσεων, η τιμή p για τον στατιστικό έλεγχο Bartlett ήταν $< 0,001$ γεγονός που δηλώνει πως οι συσχετίσεις μεταξύ των 26 στοιχείων του ερωτηματολογίου επέτρεπε την πραγματοποίηση της ανάλυσης παραγόντων.

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων του ερωτηματολογίου στάσεων, αρχικά προέκυψαν 5 παράγοντες με φορτίσεις των στοιχείων που ήταν $> 0,30$, οι οποίοι περιλάμβαναν 25 στοιχεία, καθώς ένα στοιχείο δεν συμπεριλαμβάνονταν σε κανέναν παράγοντα. Οι 5

επιμέρους παράγοντες ερμηνεύουν το 68% της μεταβλητότητας του εργαλείου. Οι παράγοντες 3 και 5 αποτελούνται μόνο από ένα στοιχείο και επομένως δεν μπορούσαν να αποτελέσουν παράγοντες του ερωτηματολογίου. Έτσι, τα τρία στοιχεία (ερωτήσεις) αφαιρέθηκαν από το αρχικό ερωτηματολόγιο των 26 στοιχείων και μετά την παραγοντική ανάλυση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου στάσεων έγιναν 23.

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τους 3 παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου στάσεων (Πίνακας 10). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τους παράγοντες ήταν $>0,60$ γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Πίνακας 10: Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τους 3 παράγοντες που προέκυψαν από την πιλοτική ανάλυση παραγόντων ερωτηματολογίου στάσεων.

Παράγοντας	Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha
Αντίληψη	0,85
Συμπεριφορά	0,71
Συναίσθημα	0,68

Με βάση τα αποτελέσματα από την πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου στάσεων αφαιρέθηκαν 3 ερωτήσεις από το αρχικό ερωτηματολόγιο των 26 στοιχείων. Για το ερωτηματολόγιο γνώσεων δεν θεωρήθηκε απαραίτητη η διαγραφή ερωτήσεων, όμως ορισμένες επαναδιατυπώθηκαν προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόησή τους. Αυτό που είχε παρατηρηθεί ήταν ότι πολλοί συμμετέχοντες, δεν απαντούσαν καθόλου την πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, η οποία ήταν η μόνη ερώτηση πολλαπλής επιλογής και αναφερόταν στον ορισμό του παραληρήματος. Σε διερεύνηση του θέματος και συζήτηση με συμμετέχοντες στην έρευνα μας ανέφεραν ότι δεν την είχαν προσέξει, γιατί ήταν μόνη της και ήταν μετά τις οδηγίες για απάντηση του ερωτηματολογίου και έτσι έγινε μια μικρή αλλαγή στην διαμόρφωση της συγκεκριμένης σελίδας του ερωτηματολογίου. Μετά την πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου στάσεων είναι προφανές ότι είναι αξιόπιστο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

7.3 Αποτελέσματα από την ανάλυση δεδομένων του τελικού δείγματος

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, το τελικό ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 835 νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της

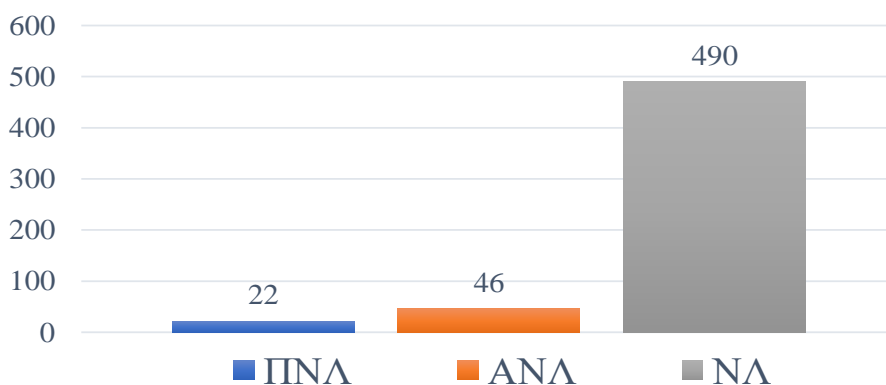
Κύπρου (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου). Το συνολικό μέγεθος δείγματος ήταν 558 νοσηλευτές (67% ποσοστό ανταπόκρισης). Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος και τα αποτελέσματα σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, περιγράφονται πιο κάτω.

7.3.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Πληθυσμό στόχο της έρευνας αποτέλεσαν οι 835 νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου).

Το συνολικό μέγεθος δείγματος ήταν 558 νοσηλευτές (67% ποσοστό ανταπόκρισης), με ηλικία από 21 μέχρι 65 χρονών και μέσο όρο ηλικίας τα 35,8 χρόνια, με τυπική απόκλιση 8.2 χρόνια. Σχετικά με τη συνολική εμπειρία, κυμάνθηκε από 1 μέχρι 35 χρόνια, με μέσο όρο 13.2 χρόνια και τυπική απόκλιση 8.2 χρόνια. Η εμπειρία στο τμήμα κυμαίνεται από 0 μέχρι 27 χρόνια με μέσο όρο 6.8 χρόνια και τυπική απόκλιση 6.0 χρόνια. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (312, 56,1%), πτυχιούχοι νοσηλευτές/τριες χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (323, 58%), ενώ μεταπτυχιακές σπουδές ανέφεραν 149 νοσηλευτές (26.8%). Στο πιο κάτω διάγραμμα φαίνονται το χαρακτηριστικό θέση των συμμετεχόντων της μελέτης (Διάγραμμα 5).

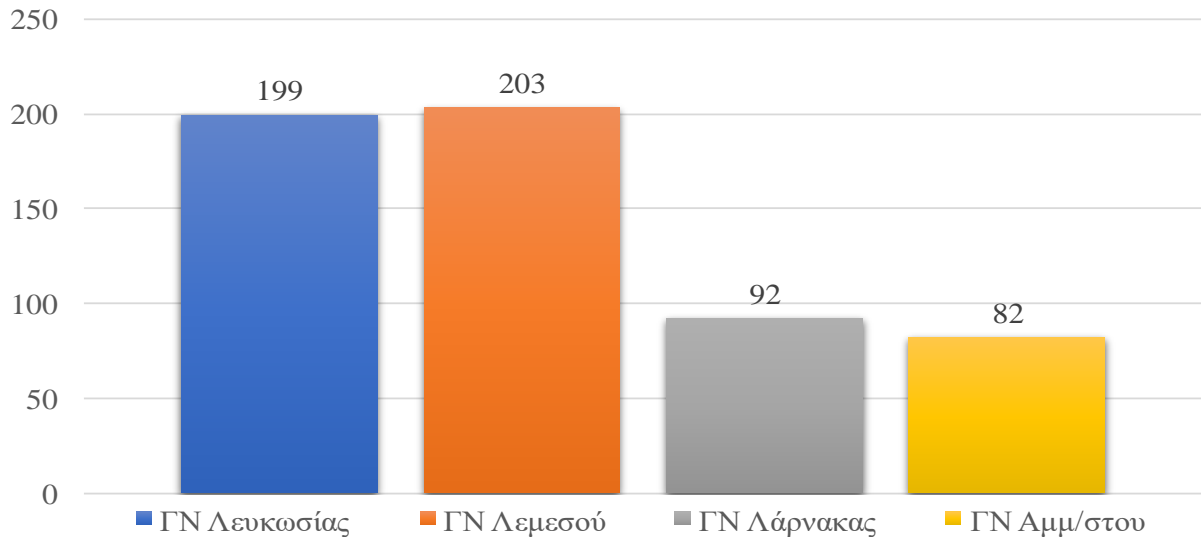
Διάγραμμα 5: Θέση Εργασίας συμμετεχόντων στην μελέτη



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 5, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (88%), ενώ οι υπόλοιποι Ανώτερα Διοικητικά Νοσηλευτικά στελέχη.

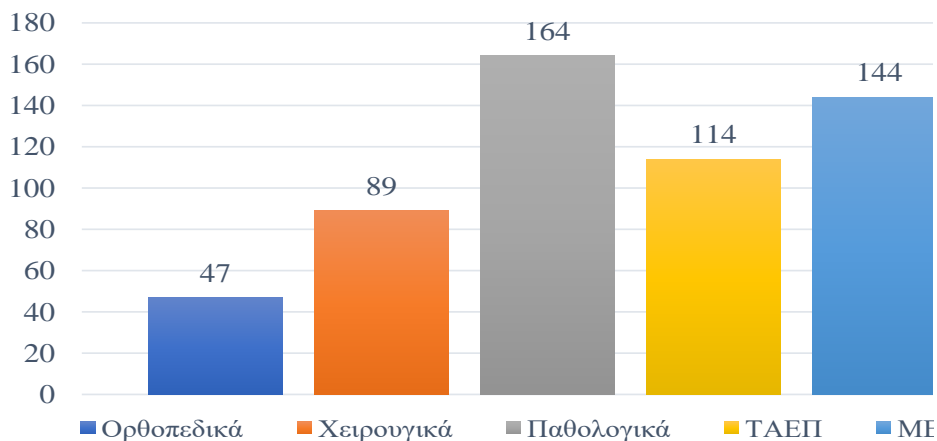
Στο πιο κάτω διάγραμμα παρουσιάζονται δεδομένα από το Νοσοκομείο Εργασίας των συμμετεχόντων της μελέτης (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6: Νοσοκομείο Εργασίας των συμμετεχόντων στην μελέτη



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν στα Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας και Λεμεσού, όπου και εργάζονται περισσότεροι νοσηλευτές αριθμητικά. Στο διάγραμμα 7 πιο κάτω, παρουσιάζονται δεδομένα από το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων της μελέτης (Διάγραμμα 7).

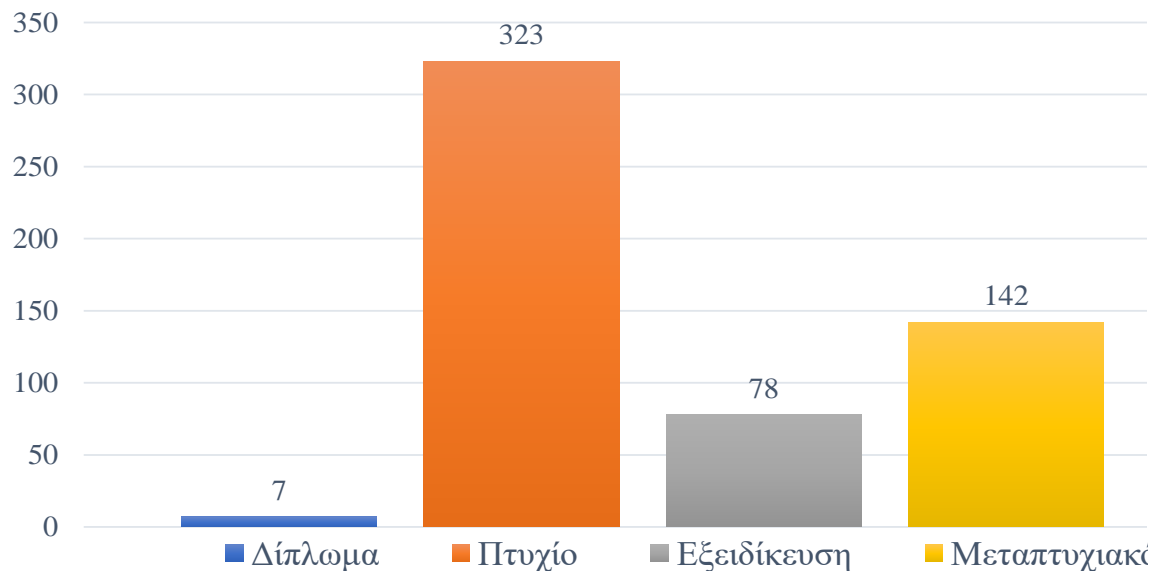
Διάγραμμα 7: Τμήμα Εργασίας συμμετεχόντων στην μελέτη



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν σε τμήματα ΜΕΘ και σε Παθολογικά Τμήματα.

Στο διάγραμμα 8 πιο κάτω, παρουσιάζονται δεδομένα από το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων της μελέτης (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 8: Σπουδές των συμμετεχόντων στην μελέτη



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν πτυχίο Νοσηλευτικής. Επιπλέον ποσοστό 40% δήλωσε ότι κατείχε εξειδίκευση ή και κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο.

Πιο κάτω ακολουθούν τα αποτελέσματα για τα ερωτήματα που είχαν τεθεί.

7.3.2 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(1): Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;

Το ερωτηματολόγιο γνώσεων αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Ως «βάση» μπορεί να θεωρηθούν 18 (από τις 36) ορθές απαντήσεις. Στις 25 από τις 36 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν ($\Delta E < 50\%$). Ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ανήλθε στο 15,1 ορθές απαντήσεις από τις 36 (42,2%), δηλαδή κάτω από τις μισές (50%) ορθές απαντήσεις, με εύρος τιμών (βαθμολογία) από 1 ορθή (2.8%) μέχρι 30 ορθές απαντήσεις (83.3%) (μόνο ένα άτομο). Ο διάμεσος ήταν 15, δηλαδή το 50% των συμμετεχόντων είχαν κάτω από 15 ερωτήσεις ορθές.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχαμε στο 25^ο εκατοστημόριο (P25) που ήταν 11, δηλαδή το 25% των συμμετεχόντων είχε κάτω από 11 ορθές απαντήσεις (από τις 36 ερωτήσεις). Το 75^ο εκατοστημόριο (P75) ήταν 19, το οποίο μας δείχνει ότι το μόνο το 25% των συμμετεχόντων είχαν περισσότερες από 19 ορθές απαντήσεις (από τις 36 ερωτήσεις). Το ενδοτεταρτομοριακό εύρος (interquartile range IQR) (75^ο – 25^ο) (Μερκούρης, 2008) ήταν 8, δηλαδή το 50% των συμμετεχόντων είχε μεταξύ 11 και 19 ορθές απαντήσεις, από τις 36 ερωτήσεις. Περίπου το 1/3 (33%) των ερωτηθέντων είχε κάτω από 13 σωστές απαντήσεις (δηλαδή κάτω από ΔE 36%).

Επιπλέον, 344 άτομα (περίπου τα 2/3 του δείγματος, 67%) είχε κάτω από 18 ορθές απαντήσεις, δηλαδή κάτω από τη βάση (<50% ΔE), ενώ 26 άτομα δεν απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Αντίστοιχα, μόνο 188 άτομα (35%) είχαν τουλάχιστον 18 ορθές απαντήσεις, δηλαδή απάντησαν πάνω από τη βάση. Μόνο 8 άτομα (περίπου 2%) είχε ποσοστό επιτυχίας πάνω από 70%, δηλαδή πάνω από 25 ορθές απαντήσεις. Αντίστοιχα, 115 άτομα (ποσοστό 22%) είχε κάτω από 30% ποσοστό επιτυχίας (μέχρι 10 μόνο σωστές απαντήσεις από τις 36 ερωτήσεις).

Η ανάλυση διενεργήθηκε και για τις τρεις υποκλίμακες - τα τρία μέρη του ερωτηματολογίου (1- ορισμός παραληρήματος (ερώτηση 1.1), 2- εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος (ερωτήσεις 1.2 -1.8) και 3- παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος (ερωτήσεις 1.9 - 1.36)). Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την περιγραφική στατιστική (πίνακας συχνοτήτων) για τον αριθμό των ορθών απαντήσεων (άθροισμα σωστών απαντήσεων) που έδωσαν οι συμμετέχοντες για κάθε υποκλίμακα και στην συνολική κλίμακα (όπως και το αντίστοιχο ποσοστό) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική, άθροισμα ορθών απαντήσεων ανά κατηγορία

Κατηγορία ερωτήσεων ερωτηματολογίου (υποκλίμακες)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη τιμή (άθροισμα ορθών απαντήσεων)	Μέγιστη τιμή (άθροισμα ορθών απαντήσεων)	P 25 (άθροισμα ορθών απαντήσεων)	Διάμεσος (άθροισμα ορθών απαντήσεων)	P75 (άθροισμα ορθών απαντήσεων)
Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος <i>Ερωτήσεις(1.2-1.8)</i> (7 ερωτήσεις)	2,90	1,33	0	6	2	3	4
Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος <i>Ερωτήσεις(1.9-1.36)</i> (28 ερωτήσεις)	11,88	4,54	0	25	9	12	15
Συνολική Κλίμακα (36 ερωτήσεις)	15,14	5,28	1	30	11	15	19

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11, στη κατηγορία για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος (7 ερωτήσεις, από 1.2-1.8) η μέση τιμή ήταν 2,90 ορθές απαντήσεις (42%), όπου το 25% των συμμετεχόντων είχε λιγότερες από 2 ορθές απαντήσεις, και μόνο 25% είχε περισσότερες από 4 ορθές απαντήσεις (από τις 7 ερωτήσεις), δηλαδή μόνο το 25% των συμμετεχόντων πήρε πάνω από τη βάση σε αυτή την κατηγορία. Από τον διάμεσο φαίνεται ότι οι μισοί συμμετέχοντες (50%) είχαν κάτω από 3 ορθές απαντήσεις, δηλαδή το 50% είχε κάτω από 43% ποσοστό επιτυχίας, ενώ από το διατεταρτημοριακό εύρος φάνηκε ότι οι μισοί συμμετέχοντες είχαν μόνο 2-4 ορθές απαντήσεις από τις 7 ερωτήσεις.

Στον Πίνακα 11 φαίνεται επίσης ο υπολογισμός των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις 28 δηλώσεις σχετικά με την παρουσία του παραληρήματος και τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος (1.9 - 1.36). Η μέση τιμή ήταν 11.9 ορθές απαντήσεις (από τις 28 ερωτήσεις), ενώ το 50% των συμμετεχόντων είχαν κάτω από 12 ορθές απαντήσεις (δηλαδή κάτω από 43% ποσοστό επιτυχίας). Το 25% είχε κάτω από 9 ορθές απαντήσεις (κάτω από 32% ποσοστό επιτυχίας) και μόνο το 25% είχε πάνω από 15 ορθές απαντήσεις (δηλαδή πάνω από 53% επιτυχία) (ή αντίστοιχα το 75% είχε κάτω από 53% επιτυχία). Από τις 28

δηλώσεις, αν θεωρήσουμε τη βάση να είναι οι 14 ορθές απαντήσεις, τότε το 61% των συμμετεχόντων πήρε κάτω από τη βάση, και μόνο το 39% είχε επιτυχία πάνω από τη βάση.

Άξιο αναφοράς ότι μόνο 1 στους 4 συμμετέχοντες είχε δώσει λανθασμένη απάντηση σε περισσότερες από 16 ερωτήσεις και ότι το 23% των συμμετεχόντων είχε κάτω από 9 ορθές απαντήσεις (δηλαδή κάτω από 30% ΔΕ) και μόνο το 2% (13 άτομα) είχαν 20 ή περισσότερες ορθές απαντήσεις, δηλαδή πάνω από 70% ΔΕ.

Επιπλέον καταμετρήθηκε και το άθροισμα ορθών απαντήσεων για κάθε κλίμακα και για την συνολική κλίμακα (Πίνακας 12, 13, 14). Οι πιο κάτω πίνακες συχνότητας δείχνουν τον συνολικό βαθμό (άθροισμα των ερωτήσεων) και πόσοι ερωτηθέντες είχαν το κάθε άθροισμα (και ποσοστό από τους ερωτηθέντες) για την κάθε κατηγορία.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται το άθροισμα των ορθών απαντήσεων για την για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος και το ποσοστό συμμετεχόντων που είχε την βαθμολογία αυτή, στην κλίμακα ερωτήσεων 1.2-1.8 (7 ερωτήσεις).

Πίνακας 12: Άθροισμα ορθών απαντήσεων για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος, Κλίμακα 1.2-1.8 (7 ερωτήσεις)

Άθροισμα ορθών απαντήσεων <i>Κλίμακα 1.2-1.8 (7 ερωτήσεις)</i>	Συχνότητα	%
0	23	4,2
1	63	11,5
2	122	22,3
3	138	25,3
4	141	25,8
5	56	10,3
6	3	0,5

Όπως φαίνεται, ποσοστό 4.2% των συμμετεχόντων δεν απάντησαν ορθά σε καμία ερώτηση της υποκλίμακας με τα εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος, ποσοστό 11.5% απάντησαν σωστά σε 1 από τις 7 ερωτήσεις. Κανένας δεν απάντησε σωστά και στις 7 ερωτήσεις για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος. Το μεγαλύτερο σκορ ήταν 6 από τις 7 ερωτήσεις.

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί παρουσιάζεται το άθροισμα των ορθών απαντήσεων για την παρουσία του παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος, και το ποσοστό συμμετεχόντων που είχε την βαθμολογία αυτή στην κλίμακα 1.9-1.36 (28 ερωτήσεις).

Πίνακας 13: Άθροισμα ορθών απαντήσεων για την παρουσία του παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος, Κλίμακα 1.9-1.36 (28 ερωτήσεις)

Άθροισμα ορθών απαντήσεων <i>Κλίμακα 1.9-1.36 (28 ερωτήσεις)</i>	Συχνότητα	%
0	8	1,5
1	1	0,2
2	4	0,7
3	8	1,5
4	7	1,3
5	17	3,1
6	28	5,1
7	26	4,8
8	28	5,1
9	37	6,8
10	32	5,9
11	50	9,2
12	35	6,4
13	50	9,2
14	59	10,8
15	36	6,6
16	32	5,9
17	26	4,8
18	28	5,1
19	19	3,5
20	2	0,4
21	5	0,9
22	2	0,4
23	2	0,4
24	1	0,2
25	1	0,2

Τέλος στον πίνακα 14, παρουσιάζεται το άθροισμα των ορθών απαντήσεων για την συνολική κλίμακα 36 ερωτήσεων και το ποσοστό συμμετεχόντων που είχε την βαθμολογία αυτή.

Πίνακας 14: Άθροισμα ορθών απαντήσεων Συνολική Κλίμακα 1.1-1.36 (36 ερωτήσεις)

Άθροισμα ορθών απαντήσεων	Συχνότητα	%
1/36	2	0,4
2/36	6	1,1
3/36	2	0,4
4/36	1	0,2
5/36	2	0,4
6/36	14	2,6
7/36	22	4,1
8/36	13	2,4
9/36	22	4,1
10/36	31	5,8
11/36	23	4,3
12/36	31	5,8
13/36	27	5,1
14/36	29	5,5
15/36	42	7,9
16/36	29	5,5
17/36	48	9,0
18/36	45	8,5
19/36	30	5,6
20/36	25	4,7
21/36	24	4,5
22/36	22	4,1
23/36	21	3,9
24/36	13	2,4
26/36	4	0,8
27/36	2	0,4
29/36	1	0,2
30/36	1	0,2

Στον Πίνακα 15 πιο κάτω, παρουσιάζονται το ποσοστό των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων (n) ανά ερώτηση του ερωτηματολόγιου γνώσεων, δηλαδή ο Δείκτης Ευκολίας (Δ.Ε.) (%) κάθε ερώτησης.

Πίνακας 15: Οι γνώσεις των νοσηλευτών για το παραλήρημα (ορθές απαντήσεις %).

Αρ. Συμμετεχόντων N=558 / Υποκλίμακες	Αριθμός ερώτησης	Ερώτηση (N=αριθμός ορθών απαντήσεων)	Ορθές απαντήσεις (%)	
Ορισμός (1.1)	1.1	Ποια από τις πιο κάτω ομάδες συμπτωμάτων περιγράφουν /προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα; (N=212)	38%	
	Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος (1.2-1.8)	1.2	Μίνι κλίμακα αξιολόγησης νοητικής κατάστασης - (MMSE) Mini Mental State Examination (N=87)	15,6%
		1.3	Κλίμακα Γλασκώβης -Glasgow Coma Scale (GCS) (N=389)	69,7%
		1.4	Κλίμακα Ταξινόμησης Ντελίριουμ-Delirium Rating Scale (DRS) (N=290)	52,0%
		1.5	Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ -Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (N=26)	4,7%
		1.6	Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης-Confusion Assessment Method (CAM) (N=125)	22,4%
		1.7	Κλίμακα καταγραφής κατάθλιψης του Beck-Beck's Depression Inventory (N=405)	72,6%
		1.8	Κλίμακα Braden-Braden Scale (N=299)	53,6%
Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου* για ανάπτυξη παραληρήματος (1.9 - 1.36)	1.9	Οι διακυμάνσεις μεταξύ προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού δεν είναι τυπικό σύμπτωμα στο παραλήρημα (N=225)	40,3%	
	1.10	Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να προσομοιάζουν με αυτά του παραληρήματος (N=182)	32,6%	
	1.11	Η θεραπεία για το παραλήρημα πάντοτε περιλαμβάνει καταστολή (N=299)	53,6%	
	1.12	Οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται επεισόδια παραληρήματος (N=150)	26,9%	
	1.13	Η εξέταση MMSE είναι ο καλύτερος τρόπος να διαγνώσεις το παραλήρημα (N=108)	19,4%	
	1.14*	Ένας ασθενής ο οποίος υπόκειται σε αποκατάσταση κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού έχει την ίδια πιθανότητα εμφάνισης παραληρήματος με ένα ασθενή που κάνει προγραμματισμένη αρθροπλαστική ισχίου (N=162)	29,0%	
	1.15	Το παραλήρημα δεν διαρκεί ποτέ περισσότερο από μερικές ώρες (N=274)	49,1%	

Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες	1.16*	Ο κίνδυνος παραληρήματος αυξάνεται με την ηλικία (N=296)	53,0%
	1.17*	Ένας ασθενής με μειωμένη όραση βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για παραλήρημα (N=181)	32,4%
	1.18*	Όσο μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων λαμβάνει ένας ασθενής, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για παραλήρημα (N=262)	47,0%
	1.19*	Η ύπαρξη ουρηθρικού καθετήρα ελαττώνει τον κίνδυνο για παραλήρημα (N=364)	65,2%
	1.20*	Το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος (N=133)	23,8%
	1.21*	Η φτωχή διατροφή αυξάνει τον κίνδυνο του παραληρήματος (N=241)	43,1%
	1.22*	Η άνοια αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα (N=263)	47,1%
	1.23*	Οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα από ότι οι γυναίκες (N=110)	19,7%
	1.24*	Ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για παραλήρημα (N=146)	26,2%
	1.25*	Η αφυδάτωση μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για παραλήρημα (N=368)	65,9%
	1.26*	Η μειωμένη ακοή αυξάνει τον κίνδυνο για παραλήρημα (N=216)	38,7%
	1.27*	Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα (N=248)	44,4%
	1.28	Ένας ασθενής που είναι ληθαργικός και αφυπνίζεται δύσκολα, δεν έχει παραλήρημα (N=251)	45,0%
	1.29	Ασθενείς με παραλήρημα είναι πάντοτε επιθετικοί σωματικά και /ή λεκτικά (N=281)	50,4%
	1.30	Το παραλήρημα γενικά προκαλείται από τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ (N=266)	47,7%
	1.31*	Ασθενείς με παραλήρημα έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (N=178)	31,9%
1.32*	Οικογενειακό ιστορικό άνοιας προδιαθέτει ένα ασθενή για παραλήρημα (N=131)	23,5%	

Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου* για ανάπτυξη παραληρήματος (1.9 - 1.36)	1.33	Οι αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρούνται τυπικό του παραληρήματος (N=224)	40,1%
	1.34	Ένας ασθενής με παραλήρημα πιθανό να αφαιρείται εύκολα ή και δυσκολεύεται να παρακολουθήσει μια συζήτηση (N=388)	69,5%
	1.35	Ασθενείς με παραλήρημα συχνά βιώνουν διαταραχές αντίληψης (N=385)	69,0%
	1.36	Διαταραγμένος κύκλος ύπνου/αφύπνισης μπορεί να είναι σύμπτωμα παραληρήματος (N=301)	53,9%

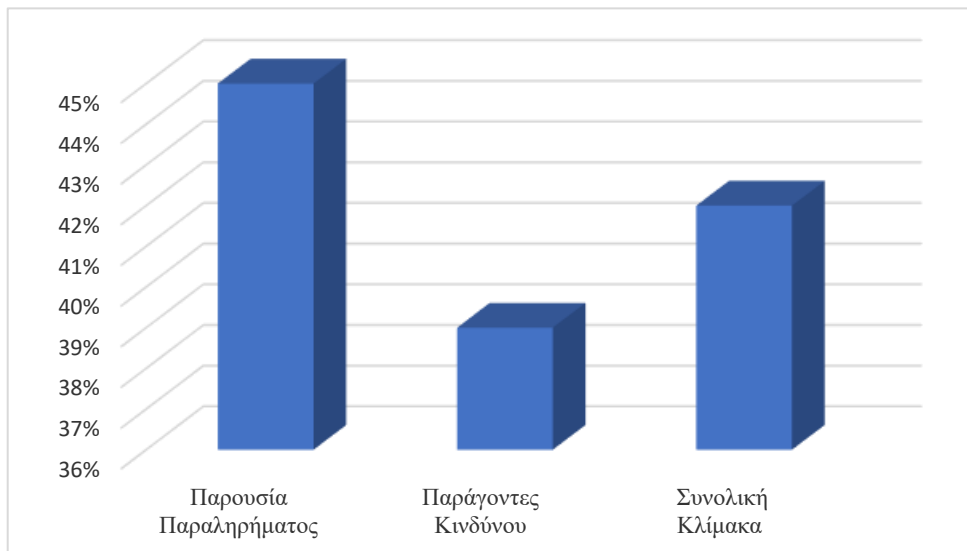
Συνολικά από τις 36 ερωτήσεις, μόνο στις 12 ερωτήσεις το ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν πάνω από 50%, που σημαίνει ότι αυτές οι ερωτήσεις είχαν υψηλό Δείκτη Ευκολίας. Τον πιο υψηλό Δείκτη Ευκολίας είχε η ερώτηση 1.7 (72,6%), (Εργαλείο αξιολόγησης - διάγνωση της κατάθλιψης η Κλίμακα καταγραφής κατάθλιψης του Beck's) στην ερώτηση αυτή 72,6% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά. Η ερώτηση με τον πιο χαμηλό Δείκτη Ευκολίας (δηλαδή η πιο δύσκολη ερώτηση) ήταν η ερώτηση 1.5, που αναφερόταν στο εργαλείο αξιολόγησης του παραληρήματος και της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ - Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ -AWS, ενώ υπήρχαν αρκετές άλλες ερωτήσεις με χαμηλό Δ.Ε., ακόμη και κάτω από το όριο 30%

Γενικά φαίνεται ότι στο ερωτηματολόγιο δεν υπήρχαν ερωτήσεις που μπορούν να θεωρηθούν ως πολύ εύκολες (πχ Δ.Ε.>0,9) (χωρίς πρακτική αξία ή ικανότητα διαχωρισμού των νοσηλευτών). Υπήρχαν όμως κάποιες που μπορεί να θεωρηθούν ως πολύ δύσκολες για τους συμμετέχοντες (πχ Δ.Ε.<0,3) (όπως οι ερωτήσεις 1.2, 1.5, 1.6, 1.12, 1.13, 1.14, 1.20, 1.23, 1.24, 1.32). Οι νοσηλευτές φαίνεται να μην γνώριζαν την χρήση των εργαλείων αξιολόγησης της νοητικής κατάστασης - (MMSE) Mini Mental State Examination (ορθές =15,6%), ούτε για την αξιολόγηση της σύγχυσης - Confusion Assessment Method (CAM) (ορθές =22,4%). Επιπλέον υποστηρίζουν ότι το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος και δεν γνώριζαν ότι οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα από ότι οι γυναίκες (ορθές =19,7%). Ακόμα φαίνεται να μην γνώριζαν ότι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό άνοιας έχουν προδιάθεση για εμφάνιση παραληρήματος (ορθές =23,5%), ενώ θεωρούσαν ότι ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για εμφάνισης του (ορθές=26,2%). Επιπλέον απάντησαν ότι οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται τα επεισόδια παραληρήματος (ορθές = 26,9%).

Άξιο αναφοράς είναι το ότι σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής για τα συμπτώματα που περιγράφουν και προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα, μόνο 38% των συμμετεχόντων απάντησαν ορθά (ερώτηση 1.1). Σε χαμηλό επίπεδο ήταν ερωτήσεις που αναφέρονταν σε συμπτώματα παρουσίας του παραληρήματος (διακυμάνσεις προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού και αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας, το εάν οι ασθενείς θυμούνται τα επεισόδια παραληρήματος κ.α.), αλλά και σε ερωτήσεις που αναφέρονταν στους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος (μειωμένη όραση, μειωμένη ακοή, το φύλο, οικογενειακό ιστορικό άνοιας, αποκατάσταση κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού κ.α.).

Επιπλέον διαφάνηκε ότι στις ερωτήσεις που αφορούσαν την παρουσία του παραληρήματος (1.9 έως 1.13, 1.15, 1.28 έως 1.30 και 1.33 έως 1.36) είχαν μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων (45%), σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου (39,9%) (1.14, 1.16 έως 1.27, και 1.31 έως 1.32), αλλά και με την συνολική κλίμακα απάντησης του ερωτηματολογίου. Το ποσοστό ορθών απαντήσεων παρουσιάζεται στο πιο κάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 9: Ποσοστό ορθών απαντήσεων ερωτηματολογίου γνώσεων



Παρόμοια, εξετάστηκε και ο δείκτης διαχωριστικής ισχύος, ο οποίος υπολογίζεται με τη σημειακή δισειριακή συσχέτιση (point-biserial correlation), r_{pb} (Glass and Hopkins, 1995). Ο συντελεστής r_{pb} μετρά τη συσχέτιση μεταξύ του βαθμού σε μία διχοτομική ερώτηση (του τύπου σωστό/λάθος) που παίρνει κάποιος συμμετέχοντας και της ολικής βαθμολογίας (στην περίπτωση μας του συνολικού αριθμού σωστών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων). Ερώτηση με υψηλή διαχωριστική ισχύ (υψηλή θετική τιμή του συντελεστή r_{pb}) δηλώνει ότι οι νοσηλευτές που λαμβάνουν υψηλούς βαθμούς στο συνολικό ερωτηματολόγιο αντιλαμβάνονται σωστά την ερώτηση και επίσης νοσηλευτές με χαμηλούς συνολικούς βαθμούς αντιλαμβάνονται λανθασμένα τη συγκεκριμένη ερώτηση. Μια ερώτηση θεωρείται ότι έχει μικρή διαχωριστική ικανότητα (αξία) όταν είτε κανένας σχεδόν νοσηλευτής δεν τη απαντά σωστά είτε όταν όλοι σχεδόν την απαντούν σωστά. Ιδεατές τιμές του συντελεστή θεωρούνται εκείνες που προσεγγίζουν τη μονάδα, στην πράξη όμως ακόμα και τιμές $>0,15$ θεωρούνται αποδεκτές, ενώ τα $p\text{-value}<5\%$ δείχνουν ότι η συγκεκριμένη ερώτηση έχει ικανοποιητικό δείκτη διαχωριστικής ισχύος και δεν χρειάζονται περαιτέρω βελτίωση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότερες ερωτήσεις είχαν υψηλό δείκτη διαχωριστικής ισχύος, αφού οι τιμές του σημειακού διασειριακού συντελεστή, r_{pb} , κυμαίνονταν σε ψηλά επίπεδα (0,3-0,6) και σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις είχαμε $p<0,001$. Εξάιρεση αποτελούσαν οι ερωτήσεις 1.2, 1.5, 1.24 και 1.32, με χαμηλή τιμή του r_{pb} και $p>0,05$,

Ακόμη μια προσέγγιση της διακριτότητας των ερωτήσεων, ήταν και η ακόλουθη, με τον Δείκτη Διάκρισης (Δ.Δ.) (item discrimination index). Ο Δείκτης Διάκρισης, δείχνει κατά πόσον οι νοσηλευτές που αναμενόταν, κατέχουν το γνωστικό αντικείμενο ή κατά πόσο οι νοσηλευτές που σημείωσαν χαμηλή επίδοση στο ερωτηματολόγιο ήταν εκείνοι που δεν αναμενόταν να κατέχουν με επάρκεια το γνωστικό αντικείμενο. Πρόκειται για ένα δείκτη, δηλαδή, που φανερώνει τη διακριτική ικανότητα των ερωτημάτων, δηλαδή την ικανότητα των ερωτημάτων να ομαδοποιούν τους συμμετέχοντες σε «δυνατούς» και «αδύναμους» (Hughes 2003). Ο υπολογισμός του Δ.Δ. μιας ερώτησης γίνεται ως εξής: Τα ερωτηματολόγια χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: η ομάδα Α (το 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με την υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή στην περίπτωση μας ήταν αυτά που είχαν πάνω από 18 σωστές ερωτήσεις, η ομάδα Γ (το 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με τη χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή αυτά που είχαν κάτω από 13 σωστές απαντήσεις, και η ομάδα Β (το υπόλοιπο 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με τη μέτρια βαθμολογία, μεταξύ 13 και 18 σωστών απαντήσεων. Από κάθε ερώτηση καταμετρώνται οι σωστές απαντήσεις της ομάδας Α και της ομάδας Γ. (Σημειώνεται ότι για την ακρίβεια στην ομάδα Α ανήκαν 188 νοσηλευτές (35,3%),

στην ομάδα Β 175 νοσηλευτές (32,9%) και στην ομάδα Γ 169 νοσηλευτές (31,8%), όμως θεωρούμε σύμφωνα με τον τύπο ότι ο διαχωρισμός στις τρεις ομάδες είναι ίσος).

Σχήμα 5: Τύπος δείκτη διάκρισης

Ο Δείκτης Διάκρισης μιας ερώτησης δίνεται από τον τύπο (Τσοπάνογλου, 2010):

$$\Delta.\Delta. = \frac{\text{αριθμός σωστών απαντήσεων ομάδας Α} - \text{αριθμός σωστών απαντήσεων ομάδας Γ}}{\text{συνολικός αριθμός ατόμων ομάδας Α}}$$

ή

$$\Delta.\Delta. = \frac{C_{\text{υψηλότερης}} - C_{\text{χαμηλότερης}}}{N_{\text{υψηλότερης}}}$$

Όπου $C_{\text{υψηλότερης}}$ = αριθμός σωστών απαντήσεων στην ομάδα με την υψηλότερη βαθμολογία (ομάδα Α)

$C_{\text{χαμηλότερης}}$ = αριθμός σωστών απαντήσεων στην ομάδα με τη χαμηλότερη βαθμολογία (ομάδα Γ)

$N_{\text{υψηλότερης}}$ = αριθμός ατόμων στην ομάδα με την υψηλότερη βαθμολογία (1/3 συνολικού δείγματος)

Από το πιο πάνω έλεγχο διαφάνηκε ότι αρκετές ερωτήσεις είχαν Δείκτη Διάκρισης κάτω από 0,4, ενώ οι ερωτήσεις 1.5 και 1.32 είχαν σχεδόν μηδενικό $\Delta.\Delta.$

Γενικά, μια ερώτηση θεωρείται «καλή», αν $\Delta.$ Διάκρισης $> 0,40$ και αν $0,70 > \Delta.$ Ευκολίας $> 0,30$. Οπότε τα πιο πάνω συνδυάζοντας τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι ειδικά οι ερωτήσεις 1.5 και η ερώτηση 1.32 χρειάζονται προσοχή, γιατί έχουν δυσκολέψει ιδιαίτερα τους συμμετέχοντες.

Από το πιο πάνω έλεγχο διαφάνηκε ότι αρκετές ερωτήσεις είχαν Δείκτη Διάκρισης κάτω από 0,4, ενώ οι ερωτήσεις 1.5 και 1.32 είχαν σχεδόν μηδενικό $\Delta.\Delta.$ Γενικά, μια ερώτηση θεωρείται «καλή», αν $\Delta.$ Διάκρισης $> 0,40$ και αν $0,70 > \Delta.$ Ευκολίας $> 0,30$. Οπότε τα πιο πάνω συνδυάζοντας τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι ειδικά οι ερωτήσεις 1.5 και η ερώτηση 1.32 χρειάζονται προσοχή, γιατί υπήρχε χαμηλό ποσοστό ορθότητας απαντήσεων από τους συμμετέχοντες.

7.3.3 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3 (2): Ποιες είναι οι στάσεις των νοσηλευτών για τη οξεία σύγχυση παραλήρημα;

Το δεύτερο ερώτημα αφορούσε τις στάσεις γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα Όπως προαναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 5.3.3 προηγήθηκε πιλοτική μελέτη κατά την διαδικασία σχεδιασμού και εγκυροποίησης του εργαλείου, πραγματοποιήθηκε δοκιμασία ελέγχου επανελέγχου και δοκιμασία αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε αποτελείτο από 26 στοιχεία σε κλίμακα Likert 5 σημείων.

Το τελικό ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 835 νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπαιδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου), με ποσοστό ανταπόκρισης 67% (558).

Στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε πώς απάντησαν σε κάθε δήλωση στην κλίμακα 1-5 καθώς και τα αποτελέσματα από την κατανομή των απαντήσεων σε θετικές και αρνητικές στάσεις, θεωρώντας τις απαντήσεις “1”, “2”, ως αρνητική στάση, το “4”, “5” θετική στάση, ενώ η απάντηση “3” θεωρήθηκε ως ουδέτερη στάση (Πίνακας 16).

Με βάση τα πιο πάνω αποτελέσματα, επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει θετική στάση απέναντι στους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Από τις 23 ερωτήσεις, μόνο σε 9 οι νοσηλευτές είχαν ποσοστό θετικών στάσεων πάνω από 50%. Τα μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικής στάσης ήταν στις ερωτήσεις 2.19, 2.1 και 2.14, οι οποίες ανήκουν σε διαφορετικούς παράγοντες και αναφέρονται σε δηλώσεις ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν αισθάνονται άνετα να νοσηλεύουν ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα (57,3% - συναίσθημα) και αυτό επιβεβαιώνεται και στον παράγοντα συμπεριφορά, όπου μόνο οι μισοί (47,7%) δήλωσαν να επιδιώκουν να νοσηλεύουν ασθενείς με τέτοια προβλήματα, δηλώνοντας ότι τους αποφεύγουν κατά τη βάρδια. Επιπλέον σε δηλώσεις στον παράγοντα αντίληψη, αναφέρουν πως δεν υποψιάζονται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα και ένας ηλικιωμένος ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση (62,9%), ενώ θεωρούν ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη (57%). Αξιο αναφοράς ότι μόνο το 10% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν χρησιμοποιεί τον φυσικό περιορισμό για την ανησυχία του ασθενή.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης ήταν σε ερωτήσεις που ανήκαν στον παράγοντα συναίσθημα όπου δήλωσαν ότι θα ήθελαν να έχουν συνεχή καθοδήγηση, αναφορικά με τη

φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/παραλήρημα (77,8%) και ότι προσπαθούν να διαχειριστούν την κατάσταση για να βοηθήσουν ένα ασθενή να ξεπεράσει την κρίση διέγερσης (66,7%). Υψηλά ποσοστά είχαν και στον παράγοντα συμπεριφορά όπου οι συμμετέχοντες δήλωσαν λαμβάνουν υπόψη και τον αντιμετωπίζω με σοβαρότητα τους ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα (66,8%) ότι προσπαθούν να τους κατανοήσουν καλύτερα (61,4%) και ότι τους αντιμετωπίζουν με υπομονή (57,8 %). Παρόλα αυτά όμως, φαίνεται πως στις απαντήσεις τους ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (25%), είχε επιλέξει να μην τοποθετηθεί στα ερωτήματα, κρατώντας ουδέτερη στάση (“3”) ή προτίμησαν να αποφύγουν την απάντηση ή πιθανό να μην είχαν ξεκάθαρα αρνητική η θετική στάση για το θέμα. Αυτό φαίνεται και από τις μέσες τιμές στις κατηγορίες, που είναι κοντά στο 3, με υψηλότερη μέση τιμή στον παράγοντα Συμπεριφορά (3,51) και χαμηλότερη, δηλαδή πιο αρνητική στάση, στον παράγοντα Αντίληψη (3,10)

Πίνακας 16: Απαντήσεις ερωτηματολογίου στάσεων (θετική – αρνητική και ουδέτερη στάση, μέση τιμή και τυπική απόκλιση).

Ερώτηση	Αρνητική Στάση % (1-2)	Θετική Στάση % (4-5)	Ουδέτερη Στάση % (3)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Συναίσθημα					
2.1 Αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	57,3%	12,2%	30,5%	2,27	1,02
2.2 Εμπιστεύομαι τον εαυτό μου ότι εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις για έναν ασθενή με ΟΣ/Π	39,5%	31,1%	29,4%	2,73	1,15
2.3 Θα ήθελα να έχω συνεχή καθοδήγηση, αναφορικά με τη φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	7,1%	77,8%	15,1%	4,02	0,91
2.8 Προσπαθώ να διαχειριστώ την κατάσταση για να βοηθήσω τον ασθενή να ξεπεράσει την κρίση	17,9%	66,7%	15,6%	3,64	0,95
2.9 Συνεχίζω να ενδιαφέρομαι για την υγεία του ασθενούς όσο ενδιαφερόμουν πριν από την κρίση διέγερσης	13,8%	67,7%	18,5%	3,77	1,00
Κατηγορία				3,29	0,64
Συμπεριφορά					
2.4 Όταν ένας ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση/παραλήρημα, τον λαμβάνω υπόψη και τον αντιμετωπίζω με σοβαρότητα.	18,7%	66,8%	14,5%	3,70	1,04
2.5 Προσπαθώ να κατανοήσω καλύτερα τον ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	20,1%	61,4%	18,5%	3,55	1,01
2.6 Αποφεύγω ασθενείς με τέτοια προβλήματα κατά τη βάρδια μου.	30,8%	47,7%	21,5%	3,24	1,28
2.7 Αντιμετωπίζω με υπομονή τους ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	19,6%	57,8%	22,6%	3,54	1,02
Κατηγορία				3,51	0,90

Ερώτηση	Αρνητική Στάση % (1-2)	Θετική Στάση % (4-5)	Ουδέτερη Στάση % (3)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αντίληψη					
2.10 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση / παραλ. είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται κυρίως στους ηλικιωμένους.	34,8%	39,6%	25,6%	3,03	1,08
2.11 Η ευγενική ομιλία μπορεί να ηρεμήσει έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	25,8%	47,0%	27,2%	3,31	1,04
2.12 Θεωρώ την κατάσταση του ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα πολύ σοβαρή.	16,1%	60,8%	23,1%	3,59	0,98
2.13 Όταν ένας ασθενής προσπαθήσει να με κτυπήσει τον δένω.	39,0%	33,4%	27,6%	2,92	1,11
2.14 Όταν ένας ηλικιωμένος ασθενής βρίσκεται σε οξεία σύγχυση υπονοιάζομαι ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα.	62,9%	15,1%	22,0%	2,42	0,94
2.15 Η καλύτερη ένδειξη παρουσίας οξεία σύγχυσης/παραληρήματος σε ασθενείς είναι ο αποπροσανατολισμός	23,5%	46,0%	30,5%	3,22	0,97
2.16 Οι συνάδελφοι είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν όταν έχω απορίες για ένα ασθενή με οξεία σύγχυση /παραλήρημα	29,2%	49,6%	21,1%	3,20	1,09
2.17 Κατανοώ ξεκάθαρα τον λόγο διέγερσης του ασθενή.	35,3%	31,9%	32,8%	2,92	1,01
2.18 Δεν αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	47,7%	23,3%	29,0%	2,59	1,16
2.19 Θεωρώ ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη	57,0%	10,0%	33,0%	2,38	0,91
2.20 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου και όχι μόνο σε ΜΕΘ.	12,6%	72,4%	14,9%	3,83	1,00
2.21 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση παραλήρημα είναι ένα σύνδρομο που υποδιαγιγνώσκεται.	8,8%	59,1%	32,1%	3,60	0,84
2.22 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό.	20,7%	41,8%	37,5%	3,25	0,91
2.23 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι μια διαχειρίσιμη κατάσταση.	27,5%	41,0%	31,5%	3,13	0,97
Κατηγορία				3,10	0,43
Συνολική Κλίμακα				3,21	0,50

7.3.4 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(3): Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών και τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα;

Το τρίτο ερώτημα αφορούσε την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Με βάση τα ερωτήματα και ερευνητικές υποθέσεις που είχαν τεθεί, έγιναν συσχετίσεις ανάμεσα στις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση παραλήρημα.

Οι σχέσεις διερευνήθηκαν με συντελεστές συσχέτισης Pearson πάνω στις κλίμακες γνώσεων (συνολική και δύο επιμέρους 1.2-1.8 και 1.9-1.36) και στάσεων (συνολική και τρεις παράγοντες). Επίσης, εξετάστηκε η συσχέτιση της διχοτομικής ερώτησης 1.1 (ορισμός) με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Στον πίνακα 17 που ακολουθεί βλέπουμε ότι όλες οι σχέσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Οι θετικοί συντελεστές μεταξύ των κλιμάκων των γνώσεων δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που γνώριζαν τις σωστές απαντήσεις σε ένα μέρος του ερωτηματολογίου τις γνώριζαν και στα άλλα μέρη (πχ 1.2-1.8, 1.9-1.36 και συνολική κλίμακα).

Οι θετικές σχέσεις μεταξύ των στάσεων δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που έχουν θετική στάση στον ένα παράγοντα έχουν και στους άλλους παράγοντες του ερωτηματολογίου στάσεων (συμπεριφορά, συναίσθημα, αντίληψη). Επίσης, το πιο σημαντικό είναι ότι οι θετικές σχέσεις μεταξύ γνώσεων και στάσεων, δείχνουν ότι όσο πιο καλές γνώσεις έχει ένας νοσηλευτής για το παραλήρημα τόσο πιο θετική στάση έχει προς τους ασθενείς με παραλήρημα (1=αρνητική στάση, 2=θετική στάση) (και στις συνολικές κλίμακες και σε όλες τις υποκλίμακες).

Τέλος, η θετική συσχέτιση του ορισμού (1.1) με όλες τις κλίμακες, δείχνει ότι οι συμμετέχοντες που απάντησαν σωστά σε σχέση με τον ορισμό του παραληρήματος είχαν περισσότερες πιθανότητες να απαντήσουν σωστά και στις υπόλοιπες κατηγορίες, δηλαδή να έχουν υψηλό σκορ.

Πίνακας 17: Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων των συμμετεχόντων (Συντελεστές Pearson)

Ερωτήσεις	Γνώσεων 1.2-1.8	Γνώσεων 1.9-1.36	Γνώσεων 1.1-1.36	Στάσεων Σύνολο	Στάσεων Συναίσθη μα	Στάσεων Συμπεριφο ρά	Στάσεων Αντίληψη
<u>Γνώσεων (1.1)</u> (Ορισμός)	0,21** <0,001	0,26** <0,001	0,37** <0,001	0,35** <0,001	0,29** <0,001	0,31** <0,001	0,33** <0,001
<u>Γνώσεων (1.2-1.8)</u> Εργαλεία για αναγνώριση του παραλήρηματος		0,36** <0,001	0,55** <0,001	0,48** <0,001	0,42** <0,001	0,44** <0,001	0,44** <0,001
<u>Γνώσεων (1.9-1.36)</u> Παρουσία παραλήρημ. και παράγοντες κινδύνου			0,96** <0,001	0,48** <0,001	0,40** <0,001	0,41** <0,001	0,47** <0,001
<u>Γνώσεων</u> Σύνολο				0,56** <0,001	0,47** <0,001	0,48** <0,001	0,54** <0,001
<u>Στάσεων</u> Σύνολο					0,87** <0,001	0,89** <0,001	0,93** <0,001
<u>Στάσεων</u> Συναίσθημα						0,75** <0,001	0,69** <0,001
<u>Στάσεων</u> Συμπεριφορά							0,71** <0,001

7.3.5 Αποτελέσματα για το ερώτημα 4.3(4): Υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών;

Το τέταρτο ερώτημα αφορούσε τη συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών. Διερευνήθηκε εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις και ανάμεσα στις στάσεις των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά. Επιπλέον έγινε μια συνολική ανάλυση παλινδρόμησης (regression) των στάσεων (εξαρτημένη μεταβλητή) με τις γνώσεις και τα δημογραφικά στοιχεία (ανεξάρτητες μεταβλητές). Τα αποτελέσματα από τις πιο κάτω αναλύσεις περιγράφονται πιο κάτω.

7.3.5.1 Συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά.

Για την ανάλυση των δεδομένων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που είχαν χαμηλή συχνότητα, ομαδοποιήθηκαν μαζί σε κάποιες κατηγορίες, για να υπάρχει μεγαλύτερη αξιοπιστία στη στατιστική ανάλυση. Δηλαδή στο χαρακτηριστικό Σπουδές: Δίπλωμα μαζί με Bachelor και Μεταπτυχιακός Τίτλος μαζί με Διδακτορικό, στο χαρακτηριστικό Εξειδίκευση: Καμία – όλες οι άλλες μαζί ως ΝΑΙ και η κατοχή Μεταπτυχιακού τίτλου: ΟΧΙ- ΝΑΙ

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων χρησιμοποιήθηκαν και οι τρεις κλίμακες (αθροίσματα σωστών απαντήσεων), δηλαδή ολόκληρη η κλίμακα 1.1-1.36, ερωτήσεις 1.2-1.8, ερωτήσεις 1.9-1.36. Για να γίνουν πιο κατανοητοί οι μέσοι όροι και οι διαφορές τους στους πίνακες που ακολουθούν, οι κλίμακες έχουν μέγιστη τιμή ως εξής: 1.2-1.8: μέγιστη τιμή =7, 1.9-1.36: μέγιστη τιμή =28, 1.1-1.36: μέγιστη τιμή= 36

α) Φύλο

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το φύλο, πραγματοποιήθηκε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Όπως φαίνεται στον πιο κάτω πίνακα, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο για την κλίμακα 1.2 μέχρι 1.8, όπου οι γυναίκες είχαν καλύτερη γνώση από τους άντρες σε αυτές τις συγκεκριμένες ερωτήσεις (μέσοι όροι 2.8 και 3.0 για άντρες- γυναίκες, $p=0,030$). Για τις άλλες κλίμακες δεν υπήρχαν διαφορές (για 1.9-1.36 $p=0,745$, για 1.1-1.36 $p=0,351$) Σημειώνεται ότι για τη συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης 1.1 (διχοτομική) και το φύλο, έγινε έλεγχος X^2 , από τον οποίο προέκυψε το $p=0,015$, δηλαδή ότι υπάρχουν στατιστικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Πιο συγκεκριμένα το 42% των γυναικών απάντησε σωστά στην ερώτηση αυτή, σε αντίθεση με το 32% των αντρών (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό φύλο

	Φύλο	Αριθμός	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	p
<u>Γνώσεις</u> (1.1) Ορισμός	ΑΝΤΡΕΣ	244	0,32	0,47	0,015
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	311	0,42	0,50	
<u>Γνώσεις</u> (1.2 - 1.8) Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος	ΑΝΤΡΕΣ	237	2,77	1,37	0,030
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	307	3,02	1,28	
<u>Γνώσεις</u> (1.9 - 1.36) Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου	ΑΝΤΡΕΣ	239	11,82	4,28	0,75
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	303	11,94	4,75	
<u>Γνώσεις Σύνολο</u> (1.1- 1.36)	ΑΝΤΡΕΣ	232	14,92	5,02	0,35
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	298	15,35	5,47	

β) Θέση εργασίας.

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό θέση εργασίας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA και διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γνώση ανάλογα με τη θέση εργασίας.

γ) Νοσοκομείο:

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA και διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γνώση ανάλογα με το νοσοκομείο.

δ) Τμήμα / Μονάδα/ Θάλαμος:

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα/ Μονάδα/ Θάλαμος εργασίας πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA. Από την συσχέτιση διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές σε όλες τις κλίμακες. Η συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα/ Θάλαμος παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 19). Σημειώνεται ότι η σχέση της ερώτησης 1.1 με το Τμήμα/ Μονάδα/ Θάλαμος εξετάστηκε με έλεγχο X^2 , όπου το $X^2=8,34$ και $p=0,080$, δηλαδή δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 19: Σύγκριση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα/ Θάλαμος

		Αριθμός	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	F	P
Γνώσεις 1.1 Ορισμός	Ορθοπεδικό	47	0,34	0,48	/	0,080
	Χειρουργικό	89	0,39	0,49		
	Παθολογικό	163	0,32	0,47		
	ΤΑΕΠ	114	0,36	0,48		
	Εντατική	144	0,47	0,50		
	Σύνολο	557	0,38	0,49		
Γνώσεις 1.2 - 1.8 Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος	Ορθοπεδικό	44	2,5000	1,47064	4,047	0,003
	Χειρουργικό	87	3,0575	1,31500		
	Παθολογικό	162	2,6852	1,33966		
	ΤΑΕΠ	112	2,8839	1,25019		
	Εντατική	141	3,1844	1,29616		
	Σύνολο	546	2,8993	1,33235		
Γνώσεις 1.9 - 1.36 Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου	Ορθοπεδικό	46	11,5652	4,80579	4,805	0,001
	Χειρουργικό	83	12,1205	3,55582		
	Παθολογικό	162	11,4012	4,69102		
	ΤΑΕΠ	113	10,9115	4,61279		
	Εντατική	140	13,1714	4,50570		
	Σύνολο	544	11,8787	4,54363		
Γνώσεις Σύνολο 1.1 - 1.36	Ορθοπεδικό	43	14,4186	5,72061	6,388	<0,001
	Χειρουργικό	81	15,7407	4,05826		
	Παθολογικό	160	14,3063	5,38458		
	ΤΑΕΠ	111	14,0901	5,12667		
	Εντατική	137	16,8467	5,36860		
	Σύνολο	532	15,1429	5,27888		

Post hoc έλεγχοι (Tukey) έδειξαν πιο συγκεκριμένα ότι στην κλίμακα 1.2-1.8 οι νοσηλευτές που είναι σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (MT=3,18) έχουν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση σε σχέση με τους νοσηλευτές στο Παθολογικό (MT=2,68) ($p=0,009$) και Ορθοπεδικό (MT=2.50) ($p=0,023$) Τμήμα. Επίσης, στην κλίμακα 1.9-1.36, οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ είχαν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση (MT=13,17) σε σχέση με τους νοσηλευτές του Παθολογικού Τμήματος (MT=11,40) ($p=0,006$) και ΤΑΕΠ (MT=10,91) ($p<0,001$), Παρόμοια στη συνολική κλίμακα, οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ είχαν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση (MT=16,85) σε σχέση

με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε Ορθοπαιδικό Τμήμα (MT=14,41, $p < 0,001$) και ΤΑΕΠ (MT=14,09, $p < 0,001$) και οριακά με Παθολογικό (MT=14,31, $p = 0,058$).

ε) Σπουδές

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό σπουδές, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA. Από την συσχέτιση διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές στις κλίμακες 1.2-1.8 και στη συνολική. Η συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό σπουδές παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 20). Σημειώνεται ότι η συσχέτιση της ερώτησης 1.1 με τις σπουδές εξετάστηκε με έλεγχο X^2 , όπου το $X^2 = 2,53$ και $p = 0,282$, δηλαδή δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 20: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό σπουδές

Κλίμακες	Σπουδές	Αριθμός	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	F	P
Γνώσεις (1.1) Ορισμός	Δίπλωμα/Πτυχίο	329	,36	,482	/	0,282
	Εξειδίκευση	78	,46	,502		
	Μεταπτυχ./ Διδακτ.	149	,38	,486		
	Σύνολο	556	,38	,486		
Γνώσεις (1.2 - 1.8) Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος	Δίπλωμα/Πτυχίο	323	2,78	1,33	7,11	0,001
	Εξειδίκευση	77	2,74	1,34		
	Μεταπτυχ./ Διδακτ.	145	3,26	1,27		
	Σύνολο	545	2,90	1,33		
Γνώσεις (1.9 - 1.36) Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου	Δίπλωμα/Πτυχίο	322	11,61	4,57	1,58	0,21
	Εξειδίκευση	76	12,04	4,25		
	Μεταπτυχ./ Διδακτ.	145	12,40	4,64		
	Σύνολο	543	11,88	4,55		
Γνώσεις Σύνολο (1.1 - 1.36)	Δίπλωμα/Πτυχίο	315	14,74	5,33	2,97	0,05
	Εξειδίκευση	75	15,16	5,05		
	Μεταπτυχ./ Διδακτ.	141	16,04	5,24		
	Σύνολο	531	15,15	5,28		
<i>Post hoc 1.2- 1.8 (Tukey): Μεταπτυχιακό vs Εξειδίκευση 3,26 vs 2,74 $p = 0,01$</i> <i>Post hoc 1.2- 1.8 (Tukey): Μεταπτυχιακό vs Δίπλωμα 3,26 vs 2,78 $p = 0,01$</i> <i>Post hoc 1.1-1.36(Tukey): Μεταπτυχιακό vs Δίπλωμα 16,04 vs 14,74 $p = 0,01$</i>						

Πιο συγκεκριμένα οι post hoc έλεγχοι (Tukey) έδειξαν ότι στην κλίμακα 1.2-1.8 οι νοσηλευτές με Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό (MT=3,26) είχαν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση σε σχέση με τους νοσηλευτές με δίπλωμα, πτυχίο (MT=2,78) ($p=0,001$) ή εξειδίκευση (MT=2,74) ($p=0,016$). Παρόμοια, στη συνολική κλίμακα, οι νοσηλευτές με Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό (MT=16,04) είχαν στατιστικά μεγαλύτερη γνώση σε σχέση με τους νοσηλευτές με δίπλωμα/πτυχίο (MT=14,74) ($p=0,040$).

Συγκεκριμένα για Νοσηλευτές που είχαν κάποια εξειδίκευση έγινε Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test) και διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ αυτών που είχαν εξειδίκευση και αυτών που δεν είχαν σε καμιά κλίμακα.

Για Νοσηλευτές που κατείχαν Μεταπτυχιακό τίτλο έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test) και διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές σε όλες τις κλίμακες, όπου οι νοσηλευτές με μεταπτυχιακό είχαν μεγαλύτερη γνώση σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν. Η σχέση του επιπέδου γνώσεων με κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου περιγράφεται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 21). Σημειώνεται ότι για τη σχέση μεταξύ της ερώτησης 1.1 (δικοτομική) και την κατοχή μεταπτυχιακού, έγινε έλεγχος χ^2 , από τον οποίο προέκυψε το $\chi^2=0,133$, $p=0,715$, δηλαδή ότι δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές στις ορθές απαντήσεις.

Πίνακα 21: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου

Κλίμακες	Μεταπτυχιακό	Αριθμός	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	p
Γνώσεις (1.1) Ορισμός	OXI	407	0,38	0,5	0,715
	NAI	143	0,36	0,5	
Γνώσεις (1.2 - 1.8) Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος	OXI	400	2,8	1,3	<0,001
	NAI	139	3,3	1,3	
Γνώσεις (1.9 - 1.36) Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου	OXI	398	11,6	4,5	0,048
	NAI	139	12,5	4,7	
Γνώσεις σύνολο (1.1 - 1.36)	OXI	390	14,8	5,3	0,007
	NAI	135	16,2	5,2	

στ) Ηλικία, Εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία.

Αναφορικά με την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με τα χαρακτηριστικά Ηλικία, Εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία, χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson δεν έδειξαν καμία σχέση με τα τρία αυτά δημογραφικά σε σχέση με καμία από τις κλίμακες γνώσης ή με την ερώτηση 1.1.

Η συσχέτιση των Γνώσεων με την ηλικία, και την εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία παρουσιάζεται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Συσχέτιση Γνώσεων με Ηλικία, Εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία.

		Ηλικία	Συνολική Εμπειρία	Εμπειρία στο Τμήμα
Γνώσεις (1.1) Ορισμός	Συντελεστής Pearson	,025	-,008	-,009
	P	,559	,856	,837
Γνώσεις (1.2- 1.8) Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος	Συντελεστής Pearson	-,074	-,046	-,013
	P	,085	,286	,756
Γνώσεις (1.9 - 1.36) Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου	Συντελεστής Pearson	-,046	-,023	,009
	P	,287	,589	,837
Γνώσεις σύνολο (1.1- 1.36)	Συντελεστής Pearson	-,052	-,027	,014
	P	,231	,532	,749

7.3.5.2 Συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά

Μια άλλη υπόθεση που είχε τεθεί ήταν εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά. Για την ανάλυση των δεδομένων εξετάστηκαν οι σχέσεις και για τη συνολική κλίμακα και για τους τρεις παράγοντες στάσεων.

α) Φύλο

Για την συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το φύλο, έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμιά κλίμακα στάσεων.

β) Θέση εργασίας.

Για την συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το χαρακτηριστικό θέση εργασίας έγινε ο έλεγχος ANOVA. Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στις στάσεις ανάλογα με τη θέση εργασίας.

γ) **Νοσοκομείο εργασίας:** Για την συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το χαρακτηριστικό νοσοκομείο εργασίας έγινε ο έλεγχος ANOVA. Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη στάση ανάλογα με το νοσοκομείο.

δ) Τμήμα / Μονάδα/ Θάλαμος εργασίας:

Για την συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το χαρακτηριστικό Τμήμα/ Μονάδα εργασίας έγινε έλεγχος ANOVA. Υπήρχαν διαφορές στις στάσεις μεταξύ των τμημάτων εργασίας μόνο για τον παράγοντα αντίληψη, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Συσχέτιση των στάσεων των νοσηλευτών με το Τμήμα/ Μονάδα εργασίας

Τμήμα		Αριθμός	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	F	p
Στάσεις Συνολικά	Ορθοπαιδικό	46	3,15	0,63	1,68	0,15
	Χειρουργικό	88	3,28	0,44		
	Παθολογικό	155	3,15	0,50		
	ΤΑΕΠ	111	3,19	0,50		
	Εντατική	143	3,27	0,49		
	Σύνολο	543	3,21	0,50		
Στάσεις Συναίσθημα	Ορθοπαιδικό	47	3,17	0,67	0,96	0,43
	Χειρουργικό	88	3,35	0,66		
	Παθολογικό	164	3,26	0,63		
	ΤΑΕΠ	113	3,26	0,68		
	Εντατική	144	3,34	0,60		
	Σύνολο	556	3,28	0,64		
Στάσεις Συμπεριφορά	Ορθοπαιδικό	47	3,41	1,04	0,47	0,76
	Χειρουργικό	89	3,56	0,84		
	Παθολογικό	163	3,45	0,91		
	ΤΑΕΠ	113	3,54	0,94		
	Εντατική	144	3,54	0,85		
	Σύνολο	556	3,51	0,90		
Στάσεις αντιλήψεις	Ορθοπαιδικό	46	3,05	0,56	2,79	0,03
	Χειρουργικό	89	3,15	0,36		
	Παθολογικό	156	3,02	0,41		
	ΤΑΕΠ	113	3,08	0,42		
	Εντατική	143	3,17	0,44		
	Σύνολο	547	3,10	0,43		
*Post hoc Τμήμα(Tukey): Εντατική vs Παθολογικό 3,17 vs 3,02 p=0.03						

Post hoc έλεγχοι (Tukey) έδειξαν πιο συγκεκριμένα ότι οι νοσηλευτές στην Εντατική (MT=3,17) είχαν στατιστικά πιο θετική στάση στον παράγοντα Αντιλήψεις σε σχέση με τους νοσηλευτές στο Παθολογικό Τμήμα (MT=3,02, p=0,024).

ε) Σπουδές

Για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου σπουδών και των στάσεων των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ANOVA. Ο έλεγχος κατέδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στάσεων ανάλογα με τις σπουδές. Επιπλέον έγιναν ξεχωριστές συσχετίσεις για νοσηλευτές που είχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο ή κάποια νοσηλευτική εξειδίκευση.

Εξειδίκευση:

Για τον έλεγχο συσχέτισης της εξειδίκευσης των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ αυτών που είχαν εξειδίκευση και αυτών που δεν είχαν, σε καμιά κλίμακα στάσεων.

Μεταπτυχιακό:

Για τον έλεγχο συσχέτισης της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου και των στάσεων, έγινε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ αυτών που είχαν μεταπτυχιακό και αυτών που δεν είχαν σε καμιά κλίμακα στάσεων.

στ) Ηλικία, Εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία.

Οι συντελεστές συσχέτισης Pearson δεν έδειξαν καμία συσχέτιση στα δημογραφικά στοιχεία με την εμπειρία στο τμήμα και την συνολική εμπειρία, σε σχέση με καμιά από τις κλίμακες στάσεων.

6.3.5.3 Ανάλυση Παλινδρόμησης (Regression)

Η ανάλυση παλινδρόμησης επιχειρεί να συλλάβει και να αποτυπώσει σχέσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών με στόχο τόσο την εξήγηση όσο και την πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής (Βερούκιος και συν, 2016). Στην παρούσα μελέτη, αφού μετρήθηκαν τα αποτελέσματα γνώσεων και στάσεων και αφού εξετάστηκαν οι συσχετίσεις των μεταβλητών που ερευνηθήκαν, έγινε μια συνολική ανάλυση παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τις στάσεις και ανεξάρτητες τις γνώσεις και τα δημογραφικά στοιχεία (εξετάστηκαν διάφοροι συνδυασμοί για στάσεις και γνώσεις, συνολικές και ειδικές κλίμακες).

Επίσης στους συνδυασμούς εξετάστηκε και η πολυσυγγραμμικότητα, όπου πχ δεν μπορούσαν να μπουν μαζί στο ίδιο μοντέλο μεταβλητές όπως εμπειρία στο τμήμα, ηλικία και συνολική εμπειρία ή σπουδές, μεταπτυχιακό και εξειδίκευση. Το γενικό συμπέρασμα που προέκυψε από όλα τα μοντέλα που εξετάστηκαν είναι ότι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη στάση των νοσηλευτών σε ασθενείς με παραλήρημα είναι οι γνώσεις τους.

Στους πιο κάτω πίνακες παρουσιάζονται οι πιο αντιπροσωπευτικές αναλύσεις:

α) Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα των στάσεων

Με βάση την ανάλυση παλινδρόμησης στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι η κλίμακα γνώσεων είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις στάσεις όταν όλες οι μεταβλητές μπουν μαζί στο ίδιο μοντέλο (η θετική τιμή δείχνει ότι περισσότερες γνώσεις οδηγούν σε πιο θετικές στάσεις) (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Ανάλυση παλινδρόμησης στη συνολική κλίμακα των στάσεων

Μεταβλητή	b	Beta (standardized)	T	P
Θέση εργασίας	0,020	0,019	0,399	0,690
Φύλο	-0,011	-0,011	-0,292	0,770
Νοσοκομείο	0,011	0,023	0,604	0,546
Τμήμα	-0,007	-0,017	-0,443	0,658
Συνολική εμπειρία	0,002	0,034	0,750	0,454
Εξειδίκευση	-0,004	-0,003	-0,070	0,944
Κλίμακα γνώσεων	0,053	0,556	14,843	<0,001
Rsquare=0,308			Adj, Rsquare=0,298	

β) Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή κλίμακα στάσης – συναισθήματα

Με βάση την ανάλυση παλινδρόμησης στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι η κλίμακα γνώσεων είναι ο μοναδικός στατιστικά σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις στάσεις όταν όλες οι μεταβλητές μπουν μαζί στο ίδιο μοντέλο ($p < 0,001$) (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης – συναισθήματα

Μεταβλητή	b	Beta (standardized)	T	p
Θέση εργασίας	0,064	0,047	1,022	0,307
Φύλο	-0,083	-0,065	-1,639	0,102
Νοσοκομείο	0,003	0,004	0,102	0,919
Τμήμα	-0,012	-0,022	-0,570	0,569
Συνολική εμπειρία	0,003	0,037	0,775	0,439
Μεταπτυχιακό	0,047	0,032	0,794	0,428
Κλίμακα γνώσεων	0,056	0,464	11,700	<0,001
Rsquare=0,221			Adj, Rsquare=0,210	

γ) Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα στάσης- συμπεριφορά

Με βάση την ανάλυση παλινδρόμησης στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι η κλίμακα γνώσεων είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κλίμακα στάσεων συμπεριφορά, όταν όλες οι μεταβλητές μπου μαζί στο ίδιο μοντέλο (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης – συμπεριφορά

Μεταβλητή	b	Beta (standardized)	T	p
Θέση εργασίας	0,038	0,020	0,439	0,661
Φύλο	0,048	0,026	0,668	0,504
Νοσοκομείο	0,033	0,036	0,909	0,364
Τμήμα	-0,013	-0,017	-0,447	0,655
Συνολική εμπειρία	0,008	0,070	1,487	0,138
Μεταπτυχιακό	0,079	0,038	0,952	0,341
Κλίμακα γνώσεων	0,082	0,478	12,196	<0,001
Rsquare=0,238			Adj, Rsquare=0,228	

δ) Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα στάσης - αντίληψη

Με βάση την ανάλυση παλινδρόμησης στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι η κλίμακα γνώσεων είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κλίμακα στάσεων - αντίληψη, όταν όλες οι μεταβλητές μπουν μαζί στο ίδιο μοντέλο (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα στάσης - αντίληψη

Μεταβλητή	B	Beta (standardized)	T	p
Θέση εργασίας	0,001	0,001	0,020	0,984
Φύλο	-0,008	-0,010	-0,259	0,795
Νοσοκομείο	0,008	0,019	0,512	0,609
Τμήμα	-0,001	-0,004	-0,100	0,920
Συνολική εμπειρία	0,001	0,014	0,303	0,762
Σπουδές	0,027	0,054	1,419	0,157
Κλίμακα γνώσεων	0,042	0,530	13,994	<0,001
Rsquare=0,290			Adj, Rsquare=0,281	

Επιπλέον έγιναν και αντίστροφοι έλεγχοι παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τις γνώσεις και ανεξάρτητα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, από τους οποίους επιβεβαιώνεται η επίδραση των δημογραφικών (όλων μαζί) στις γνώσεις (Πίνακας 28-29)

Πίνακας 28: Ανάλυση παλινδρόμησης στη συνολική κλίμακα γνώσεων (1.1-1.36)

Μεταβλητή	B	Beta (standardized)	T	p
Φύλο	0,483	0,045	1,028	0,304
Νοσοκομείο	0,432	0,081	1,835	0,067
Τμήμα	0,410	0,096	2,194	0,029
Σπουδές	1,303	0,108	2,412	0,016
Ηλικία	-0,21	-0,033	-0,750	0,454
Rsquare=0,032				

Πίνακας 29: Ανάλυση παλινδρόμησης στη κλίμακα γνώσεων για τα εργαλεία αναγνώρισης του παραληρήματος (1.2-1.8)

Μεταβλητή	B	Beta (standardized)	T	p
Φύλο	0,240	0,090	2,104	0,036
Νοσοκομείο	0,189	0,141	3,299	0,001
Τμήμα	0,093	0,088	2,064	0,040
Σπουδές	0,464	0,154	3,547	<0,001
Ηλικία	- 0,007	- 0,043	- 1,001	0,317
Rsquare=0,061				

7.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίων στο τελικό δείγμα

Στα πλαίσια της ανάλυσης των δεδομένων διενεργήθηκαν περαιτέρω έλεγχοι αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα, για το κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά στο τελικό δείγμα της μελέτης. Επιπλέον έγινε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για το εργαλείο στάσεων. Το συνολικό μέγεθος του δείγματος ήταν 558 νοσηλευτές.

7.4.1 Αξιοπιστία εργαλείου γνώσεων στο τελικό δείγμα

Για τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου γνώσεων όπου οι ερωτήσεις ήταν σε διχοτομική κλίμακα «σωστό - λάθος» η τιμή για την εσωτερική συνέπεια είναι η Kuder-Richardson 20 (KR-20). Για τη συνολική κλίμακα (1.1-1.36) το KR-20 ήταν 0,742, για την κλίμακα με τις ερωτήσεις 1.2-1.8 το KR-20 ήταν 0,337 (λιγότερο αξιόπιστη ερώτηση ήταν η 1.2, που η αφαίρεση της, ανεβάζει ελαφρά τον δείκτη σε 0.400). Η αύξηση είναι πολύ μικρή και δεν δικαιολογεί αφαίρεση κάποιας ερώτησης από τις 1.2-1.8. Για την κλίμακα με τις ερωτήσεις 1.9-1.36 το KR-20 ήταν 0,722. Οι λιγότερο αξιόπιστες ερωτήσεις ήταν οι ερωτήσεις 24 και 32, με τη χαμηλότερη συσχέτιση με την κλίμακα και αύξηση του KR-20 αν αφαιρεθούν, αλλά η αύξηση δεν είναι τόσο σημαντική που να δικαιολογεί αφαίρεση τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται με κόκκινο οι ερωτήσεις που είχαν την λιγότερη αξιοπιστία (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου γνώσεων με Διορθωμένη Συσχέτιση ερώτησης με συνολική κλίμακα και αν η ερώτηση αφαιρεθεί.

	Διορθωμένη Συσχέτιση ερώτησης με συνολική κλίμακα	KR-20 αν η ερώτηση αφαιρεθεί
Ορισμός	0,288	0,734
MMSE	0,005	0,746
GSC	0,157	0,741
DRS	0,317	0,732
AWS	-0,032	0,744
CAM	0,158	0,740
Becks Depression Inv.	0,208	0,738
Braden Scale	0,242	0,736
Q1.9	0,234	0,737
Q1.10	0,137	0,742
Q1.11	0,321	0,732
Q1.12	0,075	0,744
Q1.13	0,044	0,745
Q1.14	0,060	0,745
Q1.15	0,312	0,732
Q1.16	0,377	0,729
Q1.17	0,302	0,733
Q1.18	0,366	0,729
Q1.19	0,455	0,725
Q1.20	0,057	0,745
Q1.21	0,281	0,734
Q1.22	0,306	0,733
Q1.23	0,067	0,744
Q1.24	-0,024	0,749
Q1.25	0,441	0,725
Q1.26	0,312	0,732
Q1.27	0,207	0,738
Q1.28	0,154	0,741
Q1.29	0,224	0,737
Q1.30	0,238	0,736
Q1.31	0,259	0,735
Q1.32	-0,011	0,748
Q1.33	0,218	0,738
Q1.34	0,465	0,725
Q1.35	0,498	0,723
Q1.36	0,432	0,725

7.4.2 Αξιοπιστία εργαλείου στάσεων στο τελικό δείγμα

Για τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στάσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του Cronbach's Alpha. Για τη συνολική κλίμακα (2.1-2.23) το Cronbach's Alpha ήταν 0,858. Για την κλίμακα συναίσθημα (5 στοιχεία) το Cronbach's Alpha ήταν 0,625, για την κλίμακα συμπεριφορά (4 στοιχεία) το Cronbach's Alpha ήταν 0,845 και για την κλίμακα αντίληψη (14 στοιχεία) το Cronbach's Alpha ήταν 0,656.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τη συνολική κλίμακα και το Cronbach's alpha όταν μια ερώτηση αφαιρεθεί. Για τις υποκλίμακες οι τιμές που παρατηρήθηκαν κατά τον έλεγχο συσχετίσεων είναι παρόμοιες (όλες οι ερωτήσεις εξίσου αξιόπιστες). Οι λιγότερο αξιόπιστες ερωτήσεις είναι οι 10 και 21 (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου στάσεων- Συσχετίσεις ερωτήσεων με τη συνολική κλίμακα και Cronbach's Alpha όταν μια ερώτηση αφαιρεθεί

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q2.1e	0,538	0,849
Q2.2e	0,654	0,843
Q2.3e	-0,275	0,873
Q2.4b	0,721	0,842
Q2.5b	0,720	0,842
Q2.6b	0,621	0,844
Q2.7b	0,691	0,843
Q2.8e	0,779	0,841
Q2.9e	0,728	0,842
Q2.10p	-0,002	0,868
Q2.11p	0,429	0,852
Q2.12p	0,271	0,858
Q2.13p	0,469	0,851
Q2.14p	-0,592	0,883
Q2.15p	0,494	0,850
Q2.16p	0,637	0,845
Q2.17p	0,545	0,848
Q2.18p	0,572	0,847
Q2.19p	0,342	0,855
Q2.20p	0,438	0,852
Q2.21p	0,035	0,863
Q2.22p	0,231	0,859
Q2.23p	0,618	0,846

7.4.3 Εγκυρότητα εργαλείου στάσεων - Παραγοντική Ανάλυση (επιβεβαιωτική)

Για τον περαιτέρω έλεγχο της εγκυρότητας του εργαλείου στάσεων έγινε επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο με τους τρεις παράγοντες δεν επιβεβαιώνεται εντελώς, αλλά χρειάζονται κάποιες αλλαγές ως προς τις φορτίσεις κάποιων ερωτήσεων στους παράγοντες (constraints).

Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, οι ερωτήσεις 8, 9 εκτός από τον παράγοντα συναίσθημα φόρτισαν και στον παράγοντα συμπεριφορά, ενώ οι ερωτήσεις 13, 18, 19 εκτός από τον παράγοντα αντίληψη φόρτισαν και στον παράγοντα συναίσθημα. Επίσης οι ερωτήσεις 15, 16, 17, 20 φόρτισαν και στον παράγοντα συμπεριφορά (τα αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν φύγουν εντελώς οι 13 και 15 από τον παράγοντα αντίληψη) (Πίνακας 32). Η ερώτηση 10 (που ήταν και η λιγότερο αξιόπιστη όπως βρήκαμε προηγουμένως 9.7.2), δεν φαίνεται να φορτίζει καλά σε κανένα παράγοντα, αλλά όταν την βάλουμε και στον παράγοντα συμπεριφορά και στον παράγοντα αντίληψη, τα αποτελέσματα είναι αρκετά καλά.

Με αυτές τις αλλαγές, οι εκτιμητές των παραμέτρων είναι στατιστικά σημαντικοί και επίσης τα κριτήρια για προσαρμογή του μοντέλου ικανοποιούνται. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πιο κάτω πίνακες (Πίνακες 32-34).

Πίνακας 32: Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση

		Υπολογισμός	S.E.	C.R.	P	Label
Q2.1	Συναίσθημα	1,00				
Q2.2	Συναίσθημα	1,30	0,09	15,20	<0,001	
Q2.3	Συναίσθημα	-0,55	0,06	-8,74	<0,001	
Q2.4	Συμπεριφορά	1,00				
Q2.5	Συμπεριφορά	0,95	0,05	20,48	<0,001	
Q2.6	Συμπεριφορά	1,05	0,06	17,12	<0,001	
Q2.7	Συμπεριφορά	0,95	0,05	20,10	<0,001	
Q2.10	Αντιλήψεις	1,00				
Q2.11	Αντιλήψεις	1,55	0,68	2,29	0,02	
Q2.12	Αντιλήψεις	1,40	0,62	2,28	0,02	
Q2.14	Αντιλήψεις	-2,11	0,91	-2,32	0,02	

		Υπολογισμός	S.E.	C.R.	P	Label
Q2.16	Αντιλήψεις	-0,90	0,50	-1,81	0,07	
Q2.17	Αντιλήψεις	-1,08	0,56	-1,94	0,05	
Q2.18	Αντιλήψεις	-0,76	0,39	-1,93	0,05	
Q2.19	Αντιλήψεις	-0,85	0,41	-2,07	0,04	
Q2.20	Αντιλήψεις	3,90	1,70	2,30	0,02	
Q2.21	Αντιλήψεις	0,38	0,21	1,84	0,07	
Q2.22	Αντιλήψεις	0,95	0,43	2,22	0,03	
Q2.23	Αντιλήψεις	2,03	0,88	2,32	0,02	
Q2.8	Συμπεριφορά	1,45	0,09	16,07	<0,001	
Q2.9	Συμπεριφορά	1,42	0,10	14,72	<0,001	
Q2.13	Συναίσθημα	0,93	0,08	11,93	<0,001	
Q2.18	Συναίσθημα	1,54	0,17	12,19	<0,001	
Q2.19	Συναίσθημα	0,97	0,10	9,73	<0,001	
Q2.15	Συμπεριφορά	0,62	0,05	12,74	<0,001	
Q2.16	Συμπεριφορά	1,20	0,12	9,81	<0,001	
Q2.17	Συμπεριφορά	1,05	0,12	8,58	<0,001	
Q2.20	Συμπεριφορά	-0,65	0,19	-3,45	<0,001	
Q2.10	Συμπεριφορά	-0,34	0,15	-2,33	0,02	
Q2.8	Συναίσθημα	-0,61	0,10	-5,94	<0,001	
Q2.9	Συναίσθημα	-0,62	0,11	-5,48	<0,001	

Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι και τα squared multiple correlations είναι αρκετά μεγάλα, με μόνη εξαίρεση την ερώτηση 10 (Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Squared multiple correlations

	Υπολογισμός
Q2.23α	0,38
Q2.22α	0,09
Q2.21α	0,02
Q2.20α	0,53
Q2.19α	0,32
Q2.18α	0,61
Q2.17α	0,37
Q2.16α	0,49
Q2.15α	0,28
Q2.14α	0,44
Q2.13α	0,33
Q2.12α	0,18
Q2.11α	0,19
Q2.10α	0,02
Q2.7συμ	0,59
Q2.6συμ	0,46
Q2.5συμ	0,60
Q2.4συμ	0,63
Q2.9συν	0,71
Q2.8συν	0,82
Q2.3συν	0,17
Q2.2συν	0,57
Q2.1συν	0,45

Εξετάστηκε η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας (model adequacy) με διάφορα κριτήρια προσαρμογής τα οποία φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 34).

Πίνακας 34: Κριτήρια Προσαρμογής

Στατιστική Δοκιμασία	Τιμή
Chi-square	999,6 (df=219, $p < 0,001$)
RMSEA	0,08
CFI	0,86
TLI	0,82
IFI	0,86
PNFI	0,66
PCFI	0,68

Το πρώτο κριτήριο που εκλέχθηκε ήταν το Chi-square. Μια μεγάλη τιμή chi-square με $p < 0.05$ δείχνει ότι υπάρχουν μεγάλα σφάλματα και το μοντέλο δεν έχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα. Ωστόσο, έχει αποδειχτεί ότι το κριτήριο αυτό έχει ευαισθησία σε μεγάλα δείγματα και πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Έτσι, χρησιμοποιήθηκαν άλλα κριτήρια προσαρμογής του μοντέλου μας:

Το κριτήριο Root mean square of approximation (RMSEA) λαμβάνει υπόψη του των αριθμό των εκτιμημένων παραμέτρων και δεν επηρεάζεται από το μέγεθος του δείγματος. Τιμές του RMSEA μικρότερες από 0,05 δείχνουν εξαιρετική προσαρμογή του μοντέλου σε σχέση με τους βαθμούς ελευθερίας, τιμές μεταξύ 0,05 και 0,08 δείχνουν καλή με επαρκή προσαρμογή, ενώ τιμές του RMSEA μεγαλύτερες από 0,1 δείχνουν ότι το μοντέλο θα πρέπει να βελτιωθεί.

Στον υπολογισμό που έγινε για το ερωτηματολόγιο στάσεων το RMSEA είναι 0.08, τιμή που δείχνει ικανοποιητική προσαρμογή.

Το CFI συγκρίνει πόσο καλύτερα ταιριάζει το μοντέλο σε σύγκριση με ένα βασικό μοντέλο, τυπικά ένα μοντέλο στο οποίο οι παρατηρούμενες μεταβλητές είναι ασυσχέτιστες. Παρόμοιοι δείκτες συγκριτικής προσαρμογής είναι ο δείκτης Tucker-Lewis (TLI) και ο δείκτης Incremental Fit Index (IFI). Τιμές των CFI, TLI και IFI μεγαλύτερες από 0,90 δείχνουν καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα.

Στον υπολογισμό που έγινε τα CFI, TLI και IFI είναι ικανοποιητικά ψηλά, κοντά στο 0.9.

Τέλος, δύο μέτρα που λαμβάνουν υπόψη την απλότητα του μοντέλου σε σχέση με την προσθήκη αχρείαστων παραμέτρων είναι τα PNFI (Parsimony normed fit index) και PCFI (Parsimony comparative fit index). Τιμές μεγαλύτερες του 0,5 θεωρούνται αποδεκτές.

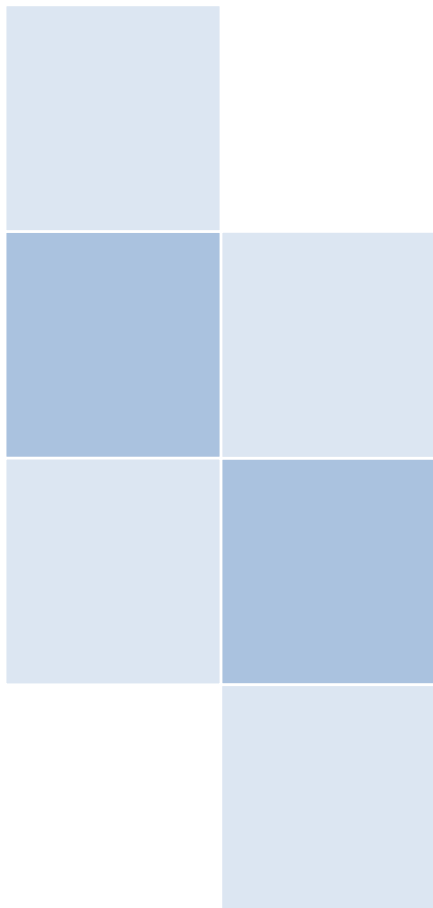
Στον υπολογισμό που έγινε για το ερωτηματολόγιο στάσεων και οι δύο τιμές PNFI, PCFI είναι μεγαλύτερες από 0.5, οπότε είναι ικανοποιητικές.

Επομένως, συνολικά βλέπουμε ότι τα κριτήρια προσαρμογής για την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων ικανοποιούνται.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ



Κεφάλαιο 8^ο Συζήτηση

8.1 Εισαγωγή

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και να διερευνηθούν οι στάσεις και συμπεριφορές τους κατά την φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Επιπλέον η μελέτη διερεύνησε εάν υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα και αν υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα με τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά.

Συνοπτικά η μελέτη έδειξε ανεπάρκεια γνώσεων των νοσηλευτών όσον αφορά το θέμα, ενώ οι στάσεις τους για τη φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, δεν ήταν θετικές. Δυστυχώς οι επιδόσεις των νοσηλευτών στις ερωτήσεις γνώσεων ήταν πολύ χαμηλές, με ένα ποσοστό γύρω στο 50% να έχει λάβει κάτω από τη βάση, γεγονός το οποίο εγείρει σημαντικά ερωτήματα ως προς την επάρκεια της εκπαίδευσης τους τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο συνεχούς επιμόρφωσης. Επίσης η συσχέτιση που έχει εξαχθεί ανάμεσα στις γνώσεις των νοσηλευτών και τις στάσεις τους σε αυτό το θέμα, εντείνει περισσότερο την ανάγκη εκπαίδευσης και στοχευμένων παρεμβάσεων με στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό, την πρόληψη επιπλοκών με απώτερο στόχο την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας στους ασθενείς με παραλήρημα αλλά και εξοικονόμηση πόρων από το Σύστημα Υγείας.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που υποστηρίζουν το εύρημα αυτό εξηγούν ότι, παρόλο που μπορεί να δοθεί μεγάλη έμφαση στην βελτίωση της γνώσης, αυτό δεν σημαίνει ότι οι μελλοντικοί νοσηλευτές θα αναπτύξουν μια θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους (Lovell, 2006) ή θα αποκτήσουν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας με τους ηλικιωμένους ασθενείς (Nevil and Dicky, 2014, Hammar et al., 2017). Αυτή η αδυναμία του εκπαιδευτικού Νοσηλευτικού συστήματος να δημιουργήσει μια πιο θετική εικόνα για τους ηλικιωμένους (Kusumastut et al., 2017), μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές καταστάσεις αναφορικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων με περίπλοκες και πολύπλοκες ανάγκες φροντίδας, όπως η οξεία σύγχυση/ παραλήρημα.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν ένταση στην εργασία, αναφέρουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι σε ασθενείς με νοητική έκπτωση (Nilsson et al., 2012). Αυτό σημαίνει ότι η ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στους ασθενείς με παραλήρημα, θα πρέπει να συνεχιστεί και πέρα από την αρχική κατάρτιση των νοσηλευτών μέσω της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Επομένως, εάν εφαρμοστούν

στρατηγικές για τη βελτίωση της έγκαιρης αναγνώρισης και φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, είναι σημαντικό να εξεταστούν και οι στάσεις των νοσηλευτών σε συνδυασμό με τις γνώσεις τους για το θέμα αυτό.

Σημαντική συμβολή στην επιστήμη θεωρούμε τη δημιουργία ενός ερευνητικού εργαλείου το οποίο προέκυψε για την αξιολόγηση των στάσεων, για το οποίο μέχρι στιγμής μας έχει ζητηθεί η άδεια από 7 ερευνητές για μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του σε άλλες γλώσσες (αγγλικά και γερμανικά και κινέζικα) και η χρήση του για σκοπούς των δικών τους μελετών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Τέξας, New Jersey, Γερμανία και στην Κίνα (Παράρτημα 8).

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου ATOD 23 ερωτήσεων ήταν επίσης επαρκείς. Τα ευρήματα από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση, υποστηρίζουν ένα μοντέλο τριών παραγόντων με συνολικό ποσοστό εξήγησης 56,5% της διακύμανσης και διατηρούν τις γενικά αποδεκτές τρισδιάστατες ιδέες των στάσεων που περιγράφονται από τα διάφορα μοντέλα στάσεων που συνθέτουν τα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γνωστικά στοιχεία.

Οι τρεις υποκλίμακες είχαν επίσης επαρκείς συντελεστές αξιοπιστίας (ο Cronbach's alpha κυμαινόταν από 0,53 έως 0,90) και η συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κυμαινόταν από 0,45 έως 0,52. Η φόρτιση των μεμονωμένων ερωτήσεων ήταν ικανοποιητική και κυμαινόταν από 0,34 έως 0,98 με μόνο 3 ερωτήσεις (4, 5 και 9) οι οποίες είχαν πολύ χαμηλό φορτίο σε όλους τους παράγοντες και για τον λόγο αυτό αφαιρέθηκαν.

Για την διεξαγωγή της μελέτης έγινε μετάφραση και επικύρωση του εργαλείου για την αξιολόγηση των γνώσεων στα ελληνικά και κατασκευή και ανάπτυξη εργαλείου για την αξιολόγηση των στάσεων των νοσηλευτών για την φροντίδα ασθενών με παραλήρημα. Εκτός από την διερεύνηση του θέματος των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών στην Κύπρο το οποίο αποτελούσε καινοτομία της παρούσας μελέτης, η μελέτη ολοκληρώθηκε με την επικύρωση εργαλείου γνώσεων στα ελληνικά και τη δημιουργία εργαλείου αξιολόγησης των στάσεων, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μελλοντικούς ερευνητές ή από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων για εντοπισμό προβλήματος και ανάλογες δράσεις.

Στην παρούσα μελέτη τα ευρήματα έχουν καταδείξει ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών στη φροντίδα ασθενών με παραλήρημα είναι χαμηλό και ότι οι στάσεις τους δεν είναι θετικές. Όλα τα ερωτήματα που είχαν τεθεί από την ερευνητική ομάδα έχουν απαντηθεί και οι απαντήσεις περιγράφονται πιο κάτω.

8.2 Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης ήταν: «Ποιο το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;». Η παρούσα μελέτη έχει καταδείξει ότι η γνώση για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου είναι ανεπαρκής. Το μέσο συνολικό ποσοστό σωστών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2% (15/36) και είναι παρόμοιο με εκείνο της αντίστοιχης μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία από τους δημιουργούς του εργαλείου NKD (53.14%) (Hare et. al., 2008) και μελέτης των Lee and Roh 2021 (57.1%) που χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο εργαλείο, αλλά χαμηλότερο σε σχέση με άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο NDK για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών. (Baker et. al., 2015 (64.17%), Grealish et. al. 2019 (74.5%), Speed 2015 (74,65%) και Destroyer et.al., 2018 (80.5%).

Στην παρούσα μελέτη, οι ερωτήσεις οι οποίες απαντήθηκαν λανθασμένα από τους περισσότερους συμμετέχοντες ήταν ερωτήσεις που αφορούσαν τα εργαλεία αξιολόγησης της νοητικής κατάστασης - Mini Mental State Examination (MMSE) με μόνο 15.6% ορθές απαντήσεις και το εργαλείο αξιολόγησης της σύγχυσης - Confusion Assessment Method (CAM) με μόνο 22.4% ορθές απαντήσεις. Τα αποτελέσματα αυτά σε σχέση με τα αποτελέσματα μελετών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο NDK, είναι κατά πολύ πιο χαμηλά. Πιθανός λόγος για το χαμηλό σκορ στις ερωτήσεις για τα εργαλεία αξιολόγησης της νοητικής κατάστασης και του παραληρήματος, είναι ότι δεν τα χρησιμοποιούν στην κλινική πράξη ή δεν τα γνωρίζουν ή δεν έτυχαν κάποιας εκπαίδευσης για την εφαρμογή τους.

Σε ερώτηση της παρούσας μελέτης για το αν οι ασθενείς θυμούνται τα επεισόδια παραληρήματος είχαμε μόνο 26.9% ορθές απαντήσεις, ενώ σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής για τα συμπτώματα που περιγράφουν και προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα, μόνο 38% των συμμετεχόντων απάντησαν ορθά. Επιπλέον φαίνεται ότι οι νοσηλευτές δεν γνώριζαν τους προδιαθεσικούς παράγοντες του παραληρήματος. Απάντησαν ότι το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος και δεν γνώριζαν ότι οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα από ότι οι γυναίκες (ορθές =19.7%). Ακόμα φαίνεται να μην γνώριζαν ότι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό άνοιας έχουν προδιάθεση για εμφάνιση παραληρήματος (ορθές =23.5%), ενώ θεωρούσαν ότι ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για εμφάνισης του (ορθές=26.2%). Χαμηλότερα σκορ στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου NDK, που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του

παραληρήματος είχαν εντοπίσει και στις δικές τους μελέτες οι Lee and Roh 2021 και Speed 2015 (κάτω από την μέση τιμή).

Χαμηλό σκορ απαντήσεων υπήρχε και σε ερωτήσεις της μελέτης που αναφέρονταν σε συμπτώματα παρουσίας του παραληρήματος (διακυμάνσεις προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού και αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας, κ.α.) και στην αναγνώρισή του. Μειωμένη αναγνώριση του παραληρήματος είχε εντοπιστεί και από τους Steis and Fick (2008), σε συστηματική ανασκόπηση 10 μελετών. Μειωμένη αναγνώριση του παραληρήματος, διαπιστώθηκε και σε μελέτες που αφορούσαν την νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών (Bellelli et al., 2014; El Hussein, et al, 2015; Van Velthuisen et al., 2017).

Χαμηλό επίπεδο γνώσεων όμως, σημείωσαν και άλλες μελέτες που έγιναν για διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Fick et al, 2007; Hamdan-Mansour et al, 2010; Donahue et al, 2011; Meako et al, 2011; Ramaswamy et al., 2011; Gesin et al, 2012; Christensen, 2014; McCrow et al, 2014; Varghese et al, 2014; Sampaio and Sequeira, 2015; Sinvani et al, 2016; Akroun and Verloo, 2017; Hickin et al, 2017).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα στην Ελλάδα, σε δείγμα 108 νοσηλευτών που εργάζονταν σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές σε δύο γενικά νοσοκομεία της Αθήνας και σε τρία επαρχιακά. Στην μελέτη αυτή οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δεν είχαν εκπαιδευτεί και δεν γνώριζαν τον τρόπο αξιολόγησης των ασθενών με συμπτώματα παραληρήματος. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται από την απάντηση των ερωτώμενων ότι το 67% δεν είχαν διδαχθεί τίποτα για το παραλήρημα (Ουζούνη και Νακάκη 2012).

Το χαμηλό επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών και στην δική μας έρευνα ερμηνεύεται, λαμβάνοντας υπόψη ότι κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση στη Κύπρο, γίνεται περιορισμένη αναφορά στην οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας, έγινε μελέτη στην διδακτέα ύλη των προγραμμάτων σπουδών των τελευταίων 20 ετών, στα Πανεπιστήμια της Κύπρου στα Τμήματα Νοσηλευτικής και βρέθηκε ότι να είναι πολύ περιορισμένη η ύλη των προγραμμάτων που αναφέρεται στη οξεία σύγχυση και το παραλήρημα. Υπήρξε μικρή αναφορά στην σύγχυση γενικά σε κάποιες ενότητες των προγραμμάτων για τα επίπεδα συνείδησης, σε ενότητες ψυχιατρικής νοσηλευτικής και υπήρχε αναφορά στο αλκοολικό παραλήρημα. Μόνο σε ένα Πανεπιστήμιο υπήρχε αναφορά στην ενότητα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, χωρίς όμως ιδιαίτερη έμφαση στο παραλήρημα σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αυτό πιθανό να εξηγεί το πολύ χαμηλό επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών. Επιπλέον στην Κύπρο, απουσιάζουν πλήρως προγράμματα συνεχιζόμενης

νοσηλευτικής εκπαίδευσης που να εστιάζουν στους νοσηλευόμενους ασθενείς που παρουσιάζουν οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα φαίνεται να είναι εμπειρικής παρά θεωρητικής βάσης. Αυτή η άποψη υποστηρίζεται κυρίως από τα χαμηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος σε σχέση με τις ερωτήσεις για τη παρουσία του παραληρήματος, δεδομένου ότι η γνώση για την παρουσία του παραληρήματος θα μπορούσε να αποκτηθεί εμπειρικά. Ενώ ερωτήσεις που αφορούσαν εργαλεία αξιολόγησης που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ τους οι νοσηλευτές ή παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης, προϋποθέτουν θεωρητική γνώση.

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύεται ότι το σημαντικότερο έλλειμμα γνώσης σχετικά με την οξεία σύγχυση / παραλήρημα αφορά κυρίως θεωρητικά θέματα (ορισμός, κλίμακες εκτίμησης, συμπτώματα, παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος, κ.α.) τα οποία δε μπορούν να αναπληρωθούν με την εμπειρία. Αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στην εκπόνηση μελλοντικών εκπαιδύσεων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όπου θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή κυρίως θεωρητικών γνώσεων, οι οποίες να συνδυάζονται με την υφιστάμενη γνώση των νοσηλευτών από την εμπειρία τους.

Η εφαρμογή ενός τέτοιου εκπαιδευτικού προγράμματος σε 32 νοσηλευτές ΜΕΘ, το 2015, είχε ως αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Speed, 2015). Το εργαλείο που είχε χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών πριν και μετά την παρέμβαση (εκπαιδευτικό πρόγραμμα), ήταν το Nurses' Knowledge of Delirium Questionnaire (NKDQ) των Hare et al, ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και για την δική μας ερευνητική εργασία. Βελτίωση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα περιλάμβανε σειρά ηλεκτρονικών μαθημάτων (e-learning course) για το παραλήρημα σε 907 νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σε 17 νοσοκομεία της Ολλανδίας (Steege et al, 2015).

8.3 Στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης ήταν: «Ποιες οι στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;» Η παρούσα μελέτη έχει καταδείξει ότι οι στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα από νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου δεν φαίνεται να ήταν θετικές απέναντι στους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Από τις 23 ερωτήσεις, μόνο σε 9 οι νοσηλευτές είχαν

ποσοστό θετικών στάσεων πάνω από 50%, ενώ στις υπόλοιπες 14, οι νοσηλευτές είχαν ποσοστό αρνητικών στάσεων κάτω από 50%. Η μέση τιμή στην συνολική κλίμακά ήταν 3.21 (TA= 0.50) με μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικής στάσης σε ερωτήσεις από διαφορετικούς παράγοντες (συναίσθημα - συμπεριφορά – αντίληψη).

Ανάλογα ήταν και αποτελέσματα για τις στάσεις των νοσηλευτών σε ορισμένες μελέτες από την ανασκόπηση στην διεθνή βιβλιογραφία (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et. al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et .al., 2017, Tsang et al., 2019). Σε ορισμένες περιπτώσεις το επίπεδο στάσεων των νοσηλευτών αναφέρεται ως μεταβαλλόμενο και ότι η μεταβολή ήταν ανάλογη της μεταβολής της κατάστασης του ασθενή (LeBlanc et al., 2018).

Μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικής στάσης στην μελέτη αφορούσε την χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα και ότι θεωρούσαν ότι είναι απαραίτητη σε ασθενείς με οξεία σύγχυση. Μόνο το 10% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν χρησιμοποιεί τον φυσικό περιορισμό για την ανησυχία του ασθενή. Πράγματι το πρόβλημα της ανησυχίας και διέγερσης, η σύγχυση, οι παραισθήσεις, η επιθετικότητα, οι εναλλαγές της κατάστασης και το απρόβλεπτο της νόσου, επιβεβαιώνεται και μέσα από την βιβλιογραφία ότι οδηγούν σε ακόμα πιο αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017). Όπως περιγράφεται στις μελέτες, οι νοσηλευτές θεωρούν τους ασθενείς με παραλήρημα ως επιβάρυνση (Schmitt et.al., 2017), είναι εξουθενωτικό (LeBlanc et al., 2018) και δηλώνουν πως πολλές φορές νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τη διέγερση και το παραλήρημα μόνοι τους (Tsang et al., 2019).

Χαμηλό επίπεδο στάσεων απαντήθηκε και στο ερώτημα “Όταν ένας ηλικιωμένος ασθενής βρίσκεται σε οξεία σύγχυση / παραλήρημα, υποψιάζομαι ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα;”. Μόνο το 15% δήλωσε πως δεν υποψιάζεται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα πίσω από την κατάσταση αυτή. Η στάση τους φαίνεται να επικρατεί και στην διεθνή βιβλιογραφία όπου διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές δεν θεωρούν το παραλήρημα ως σοβαρό πρόβλημα, δεν δίνουν την πρέπουσα σημασία και δεν είναι στις προτεραιότητές τους (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020, Biyabanaki et al., 2020). Παρόλο που αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι έκαναν αξιολόγηση του παραληρήματος, πολύ λίγοι από αυτούς φαίνεται να χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης για τον εντοπισμό του παραληρήματος (Özsaban and Acaroglu, 2016,) ή ότι τα χρησιμοποιούσαν ως ρουτίνα αξιολόγησης (Xing et al., 2017).

Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά νοσηλευτών για αμφιβολία και δυσπιστία στην αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τη διαχείριση του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017), ενώ στην παρούσα μελέτη, 42% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θεωρεί ότι η οξεία σύγχυση / παραλήρημα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό. Συνάμα, ποσοστό 41% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η οξεία σύγχυση/ παραλήρημα είναι μια διαχειρίσιμη κατάσταση, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής στην διεθνή βιβλιογραφία που παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με παραλήρημα, (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019).

Σε ερώτηση της παρούσας μελέτης για το αν αισθάνονται άνετα να νοσηλεύουν ασθενή με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, οι απαντήσεις ήταν αρνητικές. Μόνο το 12.2% των συμμετεχόντων δήλωσε να αισθάνεται άνετα. Παρόμοιες αναφορές υπάρχουν και από την ανασκόπηση που έγινε, όπου οι νοσηλευτές περιγράφουν την ανικανότητά τους να διαχειριστούν κυρίως συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο (Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., (2017) ή βιώνουν άγχος, αίσθημα φόβου και αβεβαιότητας για την παροχή φροντίδας σε ασθενή με παραλήρημα (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) και τις πιθανές επιπτώσεις από την φαρμακευτική αγωγή (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017). Δυσκολία παρατηρείται επίσης και για τον μη εντοπισμό του υποκινητικού παραληρήματος (LaMantia et al., 2017) και για τον εντοπισμό του σε διασωληνωμένους ασθενείς (Rowley-Conwy,2017, Biyabanaki et al., 2020).

Παρόλα αυτά όμως, φαίνεται πως στις απαντήσεις τους ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (25%), είχε επιλέξει να μην τοποθετηθεί στα ερωτήματα, κρατώντας ουδέτερη στάση (“3”) ή προτίμησαν να αποφύγουν την απάντηση ή πιθανό να μην είχαν ξεκάθαρα αρνητική ή θετική στάση για το θέμα. Σύμφωνα με τους Kalton et. al., 1980, δεν εντοπίστηκε να υπάρχει συσχέτιση της επίδρασης των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στις ουδέτερες απαντήσεις. Υπάρχουν όμως αναφορές ότι οι συμμετέχοντες με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, είναι πιο πιθανό να επιλέξουν αυτήν την επιλογή απάντησης υποδηλώνοντας ότι οι ερωτηθέντες είναι πιο πιθανό να επιλέξουν το "καμία γνώμη" όταν θεωρούν την ερώτηση δύσκολη ή περίπλοκη (Krosnick et. al. 2002, Baka et. al., 2012). Το γεγονός αυτό, πιθανό να εξηγεί και τα δικά μας αποτελέσματα.

8.4 Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε εάν υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις του απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Η συσχέτιση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών στην παρούσα μελέτη εξεταστική με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson και ήταν θετικές. Δηλαδή όσο πιο καλές γνώσεις έχει ένας νοσηλευτής για το παραλήρημα τόσο πιο θετική στάση έχει προς τους ασθενείς με παραλήρημα και ανάλογα όσο πιο χαμηλό ήταν το επίπεδο γνώσεων, ήταν και το επίπεδο στάσεων. Ανάλογες συσχετίσεις εντοπίστηκαν και ορισμένες μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία (Özsaban and Acaroglu, (2016), Sinvani et al., 2016, Rowley -Conwy, 2017, Nydahl et al., 2018) όπου αναφέρουν ότι οι πρακτικές αξιολόγησης και η παροχή φροντίδας επηρεάζονται από τις στάσεις τους.

Υπάρχουν όμως και μελέτες που δεν υποστηρίζουν το εύρημα αυτό και εξηγούν ότι, παρόλο που μπορεί να δοθεί μεγάλη έμφαση στην βελτίωση της γνώσης, αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλευτές θα αναπτύξουν μια θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους (Lovell, 2006) ή θα αποκτήσουν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας με τους ηλικιωμένους ασθενείς (Nevil and Dicky, 2014, Hammar et al., 2017). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν πίεση στην εργασία, αναφέρουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι σε ασθενείς με νοητική έκπτωση (Nilsson et al., 2012).

Αυτό σημαίνει ότι η ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στους ασθενείς με παραλήρημα, θα πρέπει να συνεχιστεί και πέρα από την αρχική κατάρτιση των νοσηλευτών μέσω της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Επομένως, εάν εφαρμοστούν στρατηγικές για τη βελτίωση της έγκαιρης αναγνώρισης και φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, είναι σημαντικό να εξεταστούν οι στάσεις των νοσηλευτών σε συνδυασμό με τις γνώσεις τους για το θέμα αυτό.

Αναφορικά με το εργαλείο που έχει κατασκευαστεί για την εκτίμηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς με παραλήρημα στα πλαίσια της μελέτης, το εργαλείο αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι συμπεριφορές επηρεάζουν τη μάθηση και συνεπώς επηρεάζουν τη γνώση και ο στόχος ήταν να παράσχει ένα μέτρο που θα διευκολύνει τις μελέτες παρέμβασης και τις εκπαιδευτικές Νοσηλευτικές προσεγγίσεις προς όφελος των ηλικιωμένων ασθενών και τη βελτίωση της φροντίδας.

Η υπόθεση ότι η αύξηση της γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη φροντίδα εγείρει ανησυχίες σχετικά με τη μεθοδολογική εξέταση τόσο των γνώσεων όσο και της στάσεων ως

παρόμοιων εννοιών, καθώς η επίδραση των στρατηγικών παρέμβασης στην βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών, δεν επικεντρώνεται στην πολυπλοκότητα της αλλαγής στάσεων και της ανάπτυξης. Επιπλέον, διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα του παραληρήματος μέσω ποιοτικής έρευνας, θα αναγνωρίσει τους λόγους αυτών των στάσεων και θα εντοπίσει τις εκπαιδευτικές ανάγκες των νοσηλευτών, όσον αφορά τη διαχείριση της φροντίδας.

8.5 Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα και των δημογραφικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αναφερόταν στη συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά τους. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι το φύλο αποτέλεσε παράγοντα συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων. Οι γυναίκες είχαν καλύτερη γνώση από τους άντρες κυρίως στις εννοιολογικές ερωτήσεις και τις ερωτήσεις που αφορούσαν τα εργαλεία αξιολόγησης του παραληρήματος. Στις μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση του φύλου.

Για τους παράγοντες, θέση εργασίας και νοσοκομείο εργασίας, διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γνώση ανάλογα με τη θέση εργασίας ή το νοσοκομείο εργασίας. Διαφορές δεν εντοπιστήκαν ούτε στον παράγοντα ηλικία, εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία. Σε ανάλογη μελέτη ο Rowley - Conwy, (2017) είχε εντοπίσει διαφορά στα χρόνια εμπειρίας ενώ ο Korkmaz et al., (2016), είχε εντοπίσει συσχέτιση με την συνολική εμπειρία των νοσηλευτών.

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα / Μονάδα/ Θάλαμος εργασίας διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές στο επίπεδο γνώσεων. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές σε γενικά τμήματα και νοσηλευτές στα ΤΑΕΠ. Ανάλογα αποτελέσματα αναφέρονται και στην διεθνή βιβλιογραφία (Korkmaz et al., 2016, Rowley - Conwy, 2017) όπου αναφέρουν ότι το επίπεδο γνώσεων ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ.

Για την συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με το χαρακτηριστικό σπουδές στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές στο επίπεδο γνώσεων. Νοσηλευτές με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών είχαν μεγαλύτερη γνώση σε σχέση με τους νοσηλευτές με δίπλωμα, πτυχίο ή εξειδίκευση. Αποτελέσματα που εντοπίζονται και μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία

δηλώνουν ότι υπήρχε σχέση αν οι νοσηλευτές είχαν πτυχίο (Selim and Ely, 2017), παράμετρος η οποία δεν μπορεί να συγκριθεί με τα δεδομένα της Κύπρου, όπου το 99% των νοσηλευτών είναι κάτοχοι πτυχίου Νοσηλευτικής.

Μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία παρατηρήθηκε υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευσης στην Γηριατρική, οι οποίοι σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική αξιολόγηση γνώσεων παραληρήματος (Sinvani et al., 2016). Βελτιωμένο ήταν και το επίπεδο των νοσηλευτών που είχαν πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα ή να διάβασαν κάποιο σχετικό άρθρο (Selim and Ely, 2017). Δεν μπορεί να γίνει τέτοια συσχέτιση με την δική μας μελέτη γιατί αυτή η παράμετρος για την πρόσφατη εκπαίδευση δεν είχε ερωτηθεί. Γνωρίζουμε (λόγω του ρόλου της ερευνήτριας ως συντονίστρια εκπαίδευσης σε δημόσιο νοσηλευτήριο), ότι δεν είχε γίνει κάποια εκπαιδευτική δραστηριότητα για το παραλήρημα ή κάποιο νοσηλευτικό πρόγραμμα επικεντρωμένο στην φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών.

Με βάση τα αποτελέσματα για την συσχέτιση των στάσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση σε ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για τους παράγοντες, φύλο, θέση εργασίας και νοσοκομείο εργασίας, διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στις στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα ανάλογα με το φύλο, τη θέση ή το νοσοκομείο εργασίας. Διαφορές δεν εντοπιστήκαν ούτε στον παράγοντα ηλικία, εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία. Σε ανάλογη μελέτη ο Rowley -Conwy, (2017) είχε εντοπίσει διαφορά στα χρόνια εμπειρίας και τις στάσεις και πρακτικές των νοσηλευτών.

Για την συσχέτιση του επιπέδου στάσεων με το χαρακτηριστικό Τμήμα / Μονάδα/ Θάλαμος εργασίας διαφάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές στις στάσεις των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είχαν καλύτερες στάσεις σε σχέση με τους νοσηλευτές σε Παθολογικά τμήματα και πιο βελτιωμένη “αντίληψη” σε σχέση με τους νοσηλευτές των ΤΑΕΠ.

Για την συσχέτιση του επιπέδου στάσεων με τα χαρακτηριστικά σπουδές (πτυχίο, μεταπτυχιακό τίτλο ή κάποια νοσηλευτική εξειδίκευση), ηλικία, εμπειρία στο τμήμα και συνολική εμπειρία, στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στις στάσεις των νοσηλευτών. Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίστηκαν και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε στα πλαίσια της διατριβής.

Πιο ελπιδοφόρες στάσεις παρατηρήθηκαν μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία σε νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευσης στην γηριατρική, οι οποίοι όπως αναφέρεται, είχαν μεγαλύτερη άνεση στην αναγνώριση του παραληρήματος (Sinvani et al., 2016). Βελτιωμένο ήταν και το επίπεδο των νοσηλευτών που είχαν πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα ή να διάβασαν κάποιο σχετικό άρθρο (Selim and Ely, 2017).

Δεν μπορεί να γίνει παρόμοια συσχέτιση με την δική μας έρευνα γιατί η παράμετρος αυτή για την πρόσφατη εκπαίδευση δεν υπήρχε στο εργαλείο. Γνωρίζουμε όμως (λόγω του ρόλου της ερευνήτριας ως συντονίστρια του πυρήνα εκπαίδευσης σε κρατικό νοσηλευτήριο), ότι δεν είχε γίνει κάποια εκπαιδευτική δραστηριότητα για το παραλήρημα ή κάποιο πρόγραμμα επικεντρωμένο στην φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών.

8.6 Εργαλεία Αξιολόγησης Γνώσεων και Στάσεων

Στα πλαίσια διεξαγωγή της μελέτης, έγινε μετάφραση και επικύρωση του εργαλείου για την αξιολόγηση των γνώσεων στα ελληνικά και κατασκευή και στάθμιση εργαλείου για την αξιολόγηση των στάσεων των νοσηλευτών για την φροντίδα ασθενών με παραλήρημα. Το γεγονός αποτελεί την καινοτομία της έρευνας, γιατί δεν υπήρχε εγκεκριμένο εργαλείο γνώσεων για το παραλήρημα στα ελληνικά, ενώ δεν υπήρχε κανένα εργαλείο μέτρησης των στάσεων μέχρι το 2016, που κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε το δικό μας εργαλείο μέτρησης των στάσεων για το παραλήρημα.

Τα εργαλεία γνώσεων και στάσεων μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν από τους υπεύθυνους εκπαίδευσης κατά τη διάγνωση των μαθησιακών αναγκών των νοσηλευτών, στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση, για τη βελτίωση του επιπέδου γνώσεων αλλά και βελτίωση της στάσης τους απέναντι στους ηλικιωμένους, επομένως θα καλυφθούν οι σύνθετες ανάγκες των ασθενών.

Όσον αφορά τη σημασία της για την έρευνα, ανεξάρτητα από τους περιορισμούς, τα εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μελέτες παρέμβασης, με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων απέναντι σε ηλικιωμένους ασθενείς με παραλήρημα και την προώθηση της ορθής διαχείρισης και της ποιότητας της περίθαλψης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το Attitude Tool of Delirium (ATOD) είναι ένα αξιόπιστο, έγκυρο, χρήσιμο, γρήγορο και εύκολο στη βαθμολόγηση εργαλείο για την εκτίμηση των στάσεων και ότι η δημιουργία του στηρίχτηκε σε σημαντική θεωρητική βάση περιλαμβανομένων της θεωρίας των στάσεων, ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, απόψεις ειδικών και πιλοτική μελέτη. Τα ευρήματα από την διερευνητική παραγοντική

ανάλυση, υποστηρίζουν ένα μοντέλο τριών παραγόντων με συνολικό ποσοστό εξήγησης 56,5% της διακύμανσης και διατηρούν τις γενικά αποδεκτές τρισδιάστατες ιδέες των στάσεων που περιγράφονται από τα διάφορα μοντέλα στάσεων που συνθέτουν τα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γνωστικά στοιχεία. Αξιοσημείωτο το ότι έχει διενεργηθεί και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση στο τελικό δείγμα με παρόμοια αποτελέσματα όπως το πιλοτικό δείγμα.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως και μέσα από την διερεύνηση του θέματος αυτού, δεν υπάρχει άλλο εγκυροποιημένο και δημοσιευμένο εργαλείο για τη μέτρηση των στάσεων των νοσηλευτών σε ηλικιωμένους ασθενείς και θα είναι χρήσιμο να χρησιμοποιείται και μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία γνώσεων για το παραλήρημα.

Το ATOD μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, όσο και στις παρεμβάσεις για την αξιολόγηση των στάσεων τους, επειδή υπάρχουν στοιχεία για ότι οι νοσηλευόμενοι δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να φροντίσουν τους ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν σύγχυση κατά την νοσηλεία τους σε γενικές νοσοκομειακές κλινικές (Griffiths et al., 2014).

Η διαδικασία μετάφρασης και εγκυροποίησής του εργαλείου NDQ των Hare et al.,(2008), στα ελληνικά, τα αποτελέσματα από την πιλοτική του εφαρμογή και την χρήση του για την διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών σε Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, για οξεία σύγχυση / παραλήρημα, έχει δημοσιευτεί σε σχετικό άρθρο στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά, (Παπαϊωάννου Μ., Μερκούρης Α., Κούτα Χρ., Παπασταύρου Ε., (2019), Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα, *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*, Δεκ 2019, Τόμος 19, Τεύχος 2, σελ 14-22) (Παράρτημα 4).

Η διαδικασία κατασκευής και στάθμισης του εργαλείου μέτρησης των στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα, Attitude Tool of Delirium (ATOD), έχει δημοσιευτεί σε σχετικό άρθρο στο περιοδικό Journal of Nursing Measurement, το 2019. Papastavrou E., Papaioannou M., Tsangari H., Evripidou M., Kouta C., Merkouris A. (2019), Development of a tool for the assessment of nurse's attitudes towards delirium, *Journal of Nursing Measurement* Vol 27(1), (Παράρτημα 3). Αξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι από το 2019 που έχει δημοσιευτεί το άρθρο, μας έχει ζητηθεί η άδεια από 7 ερευνητές για μετάφραση και χρήση του εργαλείου μέτρησης των στάσεων Attitude Tool of Delirium (ATOD), για σκοπούς των δικών τους μελετών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Τέξας, New Jersey, Γερμανία και στην Κίνα (Παράρτημα 8).

Επιπλέον έχει γίνει αποδεχτό για δημοσίευση άρθρο / βιβλιογραφική ανασκόπηση για την διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία Σύγχυση/ παραλήρημα, στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά, (Παπαϊωάννου Μ., Παπασταύρου Ε., Κούτα Χρ., Μερκούρης Α., (2022), Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα, *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*, Μάιος 2022, Τεύχος 1) (Παράρτημα 5).

Πολύ πρόσφατα (5-2022), άρθρο με τα αποτελέσματα της μελέτης για την Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση/ Παραλήρημα, έχει υποβληθεί σε διεθνές περιοδικό και βρίσκεται υπό εξέταση από τους κριτές του περιοδικού (Ραπαϊοαννου Μ. Papastavrou E., Kouta C., Tsangari H., Merkouris A. (2022) (Παράρτημα 6).

Τέλος, αναφορικά με την διάχυση των αποτελεσμάτων της μελέτης, έγιναν επτά παρουσιάσεις σχετικά με αποτελέσματα της μελέτης σε διάφορα στάδια της εκπόνησής της. Οι παρουσιάσεις έγιναν σε συνέδρια και ημερίδες εντός Κύπρου, σε παρουσιάσεις για διδακτορικούς φοιτητές στα πλαίσια των μαθημάτων σπουδών του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου και σε ένα Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο (Παράρτημα 7).

8.7 Περιορισμοί έρευνας

Υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί κατά την διεξαγωγή της μελέτης. Το ότι η μελέτη αυτή διεξάχθηκε μόνο στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου αποτελεί περιορισμό της μελέτης. Η συμμετοχή νοσηλευτών από ιδιωτικά νοσηλευτήρια δεν κατέστη δυνατή, γι' αυτό και η ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνει με προσοχή. Πιθανό ένα είχαν συμπεριληφθεί νοσηλευτές από ιδιωτικά νοσηλευτήρια τα αποτελέσματά να ήταν διαφορετικά.

Επιπλέον η μελέτη αυτή περιορίζεται από δειγματοληψία. Το δείγμα ευκολίας προσλήφθηκε από τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος σε διαφορετικά νοσοκομεία, αυξάνοντας την ετερογένεια που θα μπορούσε να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να ήταν διαφορετικά εάν το δείγμα είχε ληφθεί από ένα επίπεδο ή και από όλα τα τμήματα των νοσοκομείων.

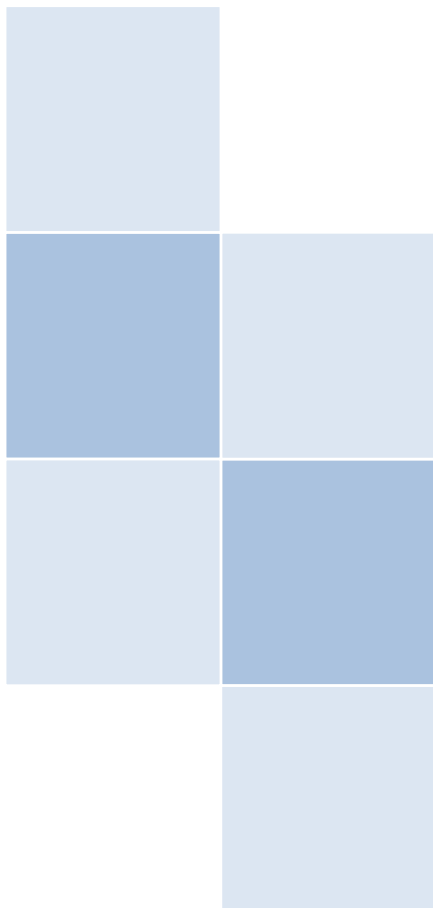
Αναφορικά με τη συλλογή των δεδομένων, αυτή έγινε πριν την ένταξη των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων στο Γενικό Σύστημα Υγείας της Κύπρου (ΓΕΣΥ), και πιθανόν εάν διεξαγόταν σήμερα, τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά.

Για γενίκευση των αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό πληθυσμό, η μέθοδος ενδέχεται να μην είναι κατάλληλη χωρίς περαιτέρω αναλύσεις της κλίμακας και πρόσθετες μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα, οι οποίες θα ήταν χρήσιμες για την περαιτέρω δοκιμή και βελτίωση των εργαλείων γνώσεων και στάσεων.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Κεφάλαιο 9 Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

Η διερεύνηση του επιπέδου των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση και το παραλήρημα φαίνεται να είναι καθοριστική για πολλούς τομείς, όπως είναι στην παροχή φροντίδας υγείας, την ποιότητα και την εκπαίδευση. Το θέμα της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος, είναι ένα ζήτημα που δεν θα πρέπει να παραμένει αμελητέο, λαμβάνοντας υπόψη την δεδομένη γήρανση του πληθυσμού, την επέκταση του ορίου ζωής, αλλά και τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του παραληρήματος.

Παράλληλη με την αύξηση του πληθυσμού θα αυξηθεί και το μέγεθος του προβλήματος, το οποίο έχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο γηράσκοντα πληθυσμό, με τις ανάλογες οικονομικές συνέπειες που θα επιφέρει στα Συστήματα Υγείας, η φροντίδα και ανάγκη περίθαλψης των ατόμων αυτών. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα στην φροντίδα υγείας και την κλινική πρακτική.

Τα εργαλεία γνώσεων και στάσεων που χρησιμοποιήθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, συνδέονται με τη νοσηλευτική πρακτική και την εκπαίδευση. Η μέτρηση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, από μόνη της, θα μπορούσε να είναι το πρώτο βήμα για τον εντοπισμό του μειωμένου επιπέδου γνώσεων και των αρνητικών στάσεων προς τους ηλικιωμένους ασθενείς με παραλήρημα και να είναι χρήσιμο για την καλύτερη κατανόηση των δυσκολιών στη διαχείριση της φροντίδας.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης εισηγούμαστε κάποιες προτάσεις που αφορούν την εκπαίδευση, την κλινική εφαρμογή και την έρευνα.

9.1 Προτάσεις για Εκπαίδευση

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης διαφαίνεται ότι χρειάζεται η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Ιδιαίτερα στα νοσηλευτήρια τα οποία διεξάχθηκε η έρευνα και στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών, θα πρέπει να διοργανωθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση του παραληρήματος την ορθή αντιμετώπιση και διαχείριση των ασθενών αυτών.

Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή κυρίως θεωρητικών γνώσεων (ορισμός, κλίμακες εκτίμησης, συμπτώματα, παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος, κ.α.), στις οποίες φάνηκε και το μεγαλύτερο πρόβλημα στις απαντήσεις των

ερωτηματολογίων, οι οποίες να συνδυάζονται με την υφιστάμενη γνώση των νοσηλευτών από την εμπειρία τους.

Σύμφωνα το American Psychological Association (2020), η αλλαγή μιας βαθιά εδραιωμένης στάσης αποτελεί πρόκληση, καθώς για τη διαμόρφωση της έχουν συνδράμει ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα και ερεθίσματα από τις ηθικές πεποιθήσεις κάθε ατόμου. Για τον λόγο αυτό τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να είναι δυναμικά και να ενισχυθούν με διαδραστικές εκπαιδευτικές μεθόδους με σενάρια περιστατικών, υπόδηση ρόλων στα οποία υπάρχουν αναφορές ότι τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα στην βελτίωση των στάσεων, την ενδυνάμωση και την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών.

Ακόμα πιο υποστηρικτικό στη βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα θα ήταν η εισαγωγή μαθήματος - ενότητας για το θέμα σε προπτυχιακό επίπεδο σπουδών στην Γενική Νοσηλευτική σε όλα τα Πανεπιστήμια με Τμήματα Νοσηλευτικής, αναφορικά με την εκτίμηση και την φροντίδα των ασθενών που εμφανίζουν οξεία σύγχυση / παραλήρημα, για την αντιμετώπισή του.

9.2 Προτάσεις για κλινική εφαρμογή

Όπως διαφαίνεται και από τα αποτελέσματα της ανασκόπησης που διενεργήθηκε στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, ο εντοπισμός και η διαχείριση της οξείας σύγχυσης / παραληρήματος αποτελούν θέματα που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της Υγείας για να μην υπάρξουν απρόβλεπτες οικονομικές συνέπειες στα Συστήματα Υγείας από την ανάγκη για φροντίδα και περίθαλψη των ατόμων αυτών.

Παράλληλα θα πρέπει ληφθούν μέτρα από τους τις διευθύνσεις των νοσηλευτηρίων (διευθυντές, διοικητές και προϊστάμενους, εκπαιδευτές) για την παροχή πιο ποιοτικής φροντίδας στους νοσηλευόμενους ασθενείς, αλλάζοντας το σύστημα παροχής φροντίδας στην περίπτωση που δεν είναι επικεντρωμένο στον ασθενή (προσωποκεντρική φροντίδα).

Έμφαση θα πρέπει να δοθεί και στην εφαρμογή Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών, τη χρήση κλίμακων εκτίμησης του παραληρήματος και η δημιουργία πρωτόκολλων φροντίδας ασθενών που πιθανό να παρουσιάσουν παραλήρημα κατά την νοσηλεία του σε νοσηλευτήριο και πρωτόκολλων φροντίδας ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

9.3 Προτάσεις για έρευνα

Μια ακόμα καινοτομία αυτής της μελέτης έγκειται στην ανάπτυξη του εργαλείου για την εκτίμηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα, το οποίο επικεντρώνεται ειδικά στις στάσεις, ενώ τα περισσότερα παρόμοια μέσα επικεντρώνονταν στις γνώσεις των νοσηλευτών και ότι οι στάσεις δύσκολα διερευνώνται. Το εργαλείο αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι συμπεριφορές επηρεάζουν τη μάθηση και συνεπώς επηρεάζουν τη γνώση και ο στόχος ήταν να παράσχει ένα μέτρο που θα διευκολύνει τις μελέτες παρέμβασης και τις εκπαιδευτικές προσεγγίσεις προς όφελος των ηλικιωμένων ασθενών και τη βελτίωση της φροντίδας.

Αν και έχουν κατασκευαστεί ορισμένα εργαλεία για τη διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με παραλήρημα, η κύρια εστίασή τους είναι στους νοσηλευτές των ΜΕΘ και δεν καλύπτει και τους νοσηλευτές που εργάζονται σε γενικούς, παθολογικούς ή γηριατρικούς θαλάμους. Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη ενός νέου μέσου για την αντιμετώπισή τους θεωρείται καινοτομία, ωστόσο, η αξιολόγηση των στάσεων θέτει πολλές προκλήσεις σε σύγκριση με τη μέτρηση. Περεταίρω ερευνά για ενίσχυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου μέτρησης των στάσεων, θα ήταν πολύ χρήσιμη για μελλοντικούς ερευνητές για βελτιστοποίηση του εργαλείου.

Πρόκληση για μελλοντική διερεύνηση θα ήταν και η ποιοτική διερεύνηση του θέματος, με τη δημιουργία ομάδων εστίασης με νοσηλευτές και προϊσταμένους τμημάτων από τα υπό μελέτη νοσοκομεία, όπου θα μπορούν να αποτυπωθούν οι απόψεις τους και μέσω θεματικής ανάλυσης να εντοπιστούν τα επιμέρους ζητήματα. Με βάση τα αποτελέσματα των ομάδων εστίασης θα μπορεί να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων, με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αλλά και εντοπισμός πιθανών εμποδίων στην εφαρμογή δράσεων της διεύθυνσης.

Η αναγνώριση των στάσεων των νοσηλευτών στη φροντίδα του παραληρήματος μέσω ποιοτικής διερεύνησης, θα αναπτύξει τις αιτίες αυτών των στάσεων και θα εντοπιστούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες των νοσηλευτών που αφορούν την διαχείριση της φροντίδας ασθενών με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Τα θετικά αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για διεθνείς μελέτες διερεύνησης του φαινομένου της οξείας σύγχυσης/ παραληρήματος, προσφέροντας περισσότερη γνώση όσον αφορά την διαπολιτισμική πτυχή του θέματος.

Τέλος θα πρέπει να δοθεί έμφαση από μελλοντικούς ερευνητές στην διενέργεια πολυκεντρικών μελετών με έμφαση στη διαπολιτισμικότητα. Οι έρευνες αυτές θα

διαδραματίσουν ιδιαίτερο ρόλο ως παράγοντας ανάπτυξης της αντίληψης και της γνώσης και στην διαμόρφωση της συνείδησης των νοσηλευτών. Επιπλέον θα αποτελέσουν ένα μέσο συνάντησης και αλληλεπίδρασης των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών για τους ηλικιωμένους ασθενείς οξεία σύγχυση/ παραλήρημα, αλλά και γενικά για τους ηλικιωμένους ασθενείς σε νοσοκομειακό περιβάλλον και στην κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adamis, D., Dimitriou, C., Anifantaki, S., Zachariadis, A., Astrinaki, I., Alegakis, A., Mari, H., Tsiatsiotis, N., (2012), Validation of the Greek version of confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28(6):337-343
- Adamis, D., Treloar, A., Martin, FC., Macdonald, AJD, (2007), A brief review of the history of delirium as a mental disorder, *History of Psychiatry*, SAGE Publications, 2007, 18 (4), pp.459-469.
- Addesi D, Maio R, Smirne N, et al. (2018)., Prevalence of delirium in a population of elderly outpatients with dementia: a retrospective study. *J Alzheimers Dis* Vol:61(1):251-257, doi:10.3233/JAD-170339
- Agar, M., Draper, B., Phillips, P., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., & Currow, D. (2011). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care. *Aged Care Psychiatry, and Oncology Palliative Medicine*, 26, 887–896, doi:10.1177/0269216311419884
- Agarwal, J. and Malhotra, N.K., (2005), An integrated model of attitude and affect. *Journal of Business Research*, 58(4), p.483–493.
- Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 43(3), 326–333. doi:10.1093/ageing/afu022
- Ajzen, I. and Fishbein, M., (1977), Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), p.888–918.
- Akrour, R., Verloo, H. (2017). An observational study of community health care nurses' knowledge about delirium, *Nursing: Research and Reviews*, 2017:7 p27-36
- Aldemir, M., Ozen, S., Kara, I. H., Sir, A., & Baç, B. (2001). Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Critical care (London, England)*, 5(5), 265–270. <https://doi.org/10.1186/cc1044>

- Almeida, I. C., Soares, M., Bozza, F. A., Shinotsuka, C. R., Bujokas, R., Souza-Dantas, V. C., Ely, E. W., & Salluh, J. I. (2014). The impact of acute brain dysfunction in the outcomes of mechanically ventilated cancer patients. *PloS one*, 9(1), e85332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085332>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual (5th ed.)*. Washington, Pdf_Folio:290 DC: APA Press
- American Psychological Association, (2020), Teaching Tip Sheet: Attitudes and Behavior Change. Available at: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/attitude-change>
- Aponte G (2012) *The Nature of the Attitude-Behaviour Relationship*. tinyurl.com/of5ryyg
- Arksey, H. and O'Malley, L., (2005), Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI: 10.1080/1364557032000119616, <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baka, A., Figgou, L., Triga, V. (2012). Neither agree, nor disagree: A critical analysis of the middle answer category in voting advice applications. *International journal of electronic governance*, V5(3-4), p.244-263.
- Beach, S. R., Chen, D. T., & Huffman, J. C. (2013). Attitudes and beliefs of trainees and nurses regarding delirium in the intensive care unit. *Academic Psychiatry*, 37(6), 436–438. doi:10.1007/BF03340089
- Beach, S. R., Chen, D. T., Huffman, J. C., (2013), Attitudes and beliefs of trainees and nurses regarding delirium in the intensive care unit. *Academic Psychiatry*, 37(6), 436–438. doi:10.1007/BF03340089
- Bélanger, L., and Ducharme, F., (2011), Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing Critical Care*, 16(6), 303–315. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Bellelli, G., Morandi, A., Zanetti, E., Bozzini, M., Lucchi, E., Terrasi, M., & Trabucchi, M. (2014). AIP delirium study group. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: An Italian survey. *International Psychogeriatrics*, 26(12), 2093–2102. doi:10.1017/S1041610214001653

- Berkowitz, L., (1964), *Advances in Experimental social psychology*, UK edition Vol:17, Academic Press INC London
- Bigge, M. (1990). *Θεωρίες μάθησης για εκπαιδευτικούς*, Μετφρ. Α. Κάντας και Α. Χαντζή. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκης
- Biyabanaki, F., Arab M, Dehghan, M (2020). Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units. *Indian J Crit Care Med.* Oct;24(10):955-959. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23502. PMID: 33281321; PMCID: PMC7689114.
- 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.
- Brooke, J., & Manneh, C. (2018). Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24, e12643. doi:10.1111/ijn.12643
- Bruner, J.S., Goodnow, J.J., Austin, G.A., (1956), *A study of thinking*. New York: Willey, <https://doi.org/10.4324/9781315083223>
- Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017, October). Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. *Drugs*, 77(15), 1623–1643. doi:10.1007/s40265-017- 0804-3
- Cason-Mcneeley, D., (2004), *Delirium. The mistaken confusion. Wisconsin: Pesi healthcare*
- Chang, H., Neal, K., Traynor, V., Ho, M. H., & Kankom, W. (2020), *Delirium Among Hospitalized Older Adults in Thailand: An Integrative Review. Journal of gerontological nursing*, 46(6), 43–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20200504-01>
- Christensen, M. (2014). An exploratory study of staff nurses’ knowledge of delirium in the medical ICU: Asian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol.30, 54–60, doi:10.1016/j.iccn.2013.08.004
- Cohen, M.Z., Pace, E.A., Kaur, G., Bruera, E. (2009). Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers, *Journal of Palliative Care*, 25(3):164-171
- Cole, M.G., McCusker, J., Marques Windholz, S., (2008), *Delirium in older patients: Clinical presentation and diagnosis. Geriatria Y Gerontologia*, 43(3), 13–18

- Collet, M.O., Caballero, J., Sonneville, R., Bozza, F.A., Nydahl P., Schandl, A, Wøien, H, Citerio, G., van den Boogaard, M., Hästbacka, J., Haenggi, M., Colpaert, K., Rose, L., Barbateskovic, M., Lange, T., Jensen A., Krog, M.B., Egerod, I., Nibro H.L., Wetterslev, J., Perner, A. (2018). AID-ICU cohort study co-authors. Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: the multinational AID-ICU inception cohort study. *Intensive Care Med.* Jul;44(7):1081-1089.
- Council of the European Union, (2019). *Council Recommendation on the 2019 National Reform Program of Cyprus*, Available from <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10166-2019-INIT/en/pdf>
- Dahlke S. and Phinney A. (2008), Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice, *Journal of Gerontological Nursing*, Jun ;34(6): 41 – 7
- Davis, D.H., Muniz Terrera, G., Keage, H., et al. (2012), Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*, Vol:135(9):2809-2816. doi: 10.1093/brain/aws190.
- Day, J. and Higgins, I. (2015). Existential Absence: The Lived Experience of Family Members During Their Older Loved One's Delirium. *Qualitative Health Research* 1-19
- De, J., & Wand, A. P. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079–1099. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>
- Defleur, M.L. and Westie, F.R., (1963), Attitude as a scientific concept. *Social Forces*, Vol.42, p.17–31.
- Devlin, J. W., Marquis, F., Riker, R. R., Robbins, T., Garpestad, E., Fong, J. J., & Skrobik, Y. (2008). Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care*, 12(1), R19. doi:10.1186/cc6793
- Devlin, J., Fong, J., Howard, E., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C., (2008). Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 555-565. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.6.555>

- Donahue, M., Kazer, M. W., Smith, L., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Effect of a geriatric nurse education program on the knowledge, attitudes, and certification of hospital nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(8), 360–364. doi:10.3928/00220124-20110415-01
- Duggan, M.C., Vanc, J., Ely, E.W., (2021), Delirium Assessment in Critically Ill Older Adults Considerations During the COVID-19 Pandemic, *Crit Care Clin* 37 (2021) 175–190 <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.08.009>
- El Hussein, M., and Hirst, S., (2016), Tracking the footsteps: A constructivist grounded theory of the clinical reasoning processes that registered nurses use to recognize delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 381–391. doi:10.1111/jocn.13058
- El Hussein, M., Hirst, S., Salyers, V. (2015). Factors that contribute to under recognition of delirium by registered nurses in acute care settings: A scoping review of the literature to explain this phenomenon. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7–8), 906–915. doi:10.1111/jocn.12693
- Ellison, N. B. & Boyd, D. (2013). Sociality through Social Network Sites. In W. H Dutton (Ed.), *The Oxford Handbook of Internet Studies* (pp. 151-172). Oxford: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199589074.013.0008>
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (cam-icu). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.
- Emme, C., (2020), "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *J Clin Nurs*. 2020 Aug;29(15-16):2849-2862. doi: 10.1111/jocn.15300. Epub 2020 May 11. PMID: 32320101.
- Epino, DV., Jules-Bradley AC., Johnston, CL., Mouton, CP., (1998) Diagnostic Approach to the Confused Elderly Patient, *Am Fam Physician*. Mar 15;57(6):1358-1366.
- European Delirium Association and American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12, 141. doi:10.1186/s12916-014-0141-2

- Evans, G., and Durant, J., (1995),. The relationship between knowledge and attitudes in the public understanding of science in Britain. *Public Understanding of Science*, 4, 57–74. doi:10.1088/0963-6625/4/1/004
- Evered, L., Silbert, B., Knopman, D.S., Scott, D.A., DeKosky, S.T., Rasmussen, L.S., Oh, E.S., Crosby, G., Berger, M., Eckenhoff, R.G. (2018), Nomenclature Consensus Working Group. Recommendations for the Nomenclature of Cognitive Change Associated with Anaesthesia and Surgery-20181. *J Alzheimers Dis*. Vol:o+66(1):1-10.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007), G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fick, D., Hodo, D., Lawrence, F., & Inouye, S. (2007). Recognizing delirium superimposed on dementia: Assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40–47.
- Fishbein, M. and Ajzen, I., (1975), *Belief, attitude, intention, and behavior*, Reading: M.A. Addison - Wesley
- Fishbein, M., (1963), An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitude toward that object. *Human Relations*, 16, pp.233–240. 24.
- Flagg, B., Cox, L., Mcdowell, S., Mwose, J., & Buelow, J. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24, 260–266. doi:10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Forsgren, L. M., & Eriksson, M. (2010). Delirium—awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 296–303. doi:10.1016/j.iccn.2010.07.003
- Fraenkel, J.R., & Wallen, N.E. (1996). How to design and evaluate research in education. New York, NY: McGraw-Hi
- Freeman, S., Hallett, C., McHugh, G., (2016). Physical restraint: Experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 78–87. doi:10.1111/nicc.12197

- Gesin, G., Russell, B., Lin, A., Norton, J., Evans, S., Devlin, J., (2012), Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly, *American Journal of Critical Care*, Volume 21, No. 1
- Gibb, K., Seeley, A., Quinn, T., Siddiqi, N., Shenkin, S., Rockwood, K., & Davis, D. (2020). The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: a systematic review and meta-analysis study. *Age and ageing*, 49(3), 352–360. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa040>
- Glass, G.V. and Hopkins, K.D. (1995). *Statistical Methods in Education and Psychology* (3rd ed.). Allyn & Bacon. ISBN 0-205-14212-5.
- Gong, Z. P., Liu, X. W., Zhuang, Y. Y., Chen, X. P., Xie, G. H., Cheng, B. L., . . . Fang, X. M., (2009), Survey of attitudes and behaviors of healthcare professionals on delirium in ICU. *Chinese Journal of Traumatology*, 12(6), 328–333.
- Hammar, L.M., Holmström, I.K., Skoglund, K., Meranius, M.S., Sundler, A.J. (2017). The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Educ Today*. 52:1-6.
- Hagerling, F. L., Fruhauf, C. A., MacPhee, D., Dik, B., (2015), *Nurse attitudes toward caring for older patients with delirium*. Thesis for the Degree of Master of Science, Colorado State University, Fort Collins, Colorado.
- Hamdan-Mansour, A., Farhan, N., Othman, E., & Yacoub, M. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 571–676. doi:10.3928/00220124-20100802-01
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29, 23–31. doi:10.5172/conu.673.29.1.23
- Heidrich, DE. and English, NK., (2016). Delirium. In Paice J, Ferrell BR (Eds) *Care of the Imminently Dying*. Oxford University Press, Oxford, 1-22.

- Hein, C., Forgues, A., Piau, A., (2014). Impact of polypharmacy on occurrence of delirium in elderly emergency patients. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15 (11): 850. p1-5.
- Helfand, BKI., D'Aquila, ML., Tabloski, P., Erickson, K., Yue, J., Fong TG., Hsieh, TT., Metzger ED., Schmitt EM., Boudreaux, ED., Inouye, SK., Jones RN.,(2021), Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instruments for Non-ICU Settings, *Journal of American Geriatrics Soc.* 2021 Feb;69(2):547-555. doi: 10.1111/jgs.16879. Epub 2020 Nov 2.
- Herrero, S., Mendoza, N., Rodríguez, M. M., Mendoza, D., Piney, E. G., Prieto, A. S., (2008), Multicentre study about nurses' attitude to delirium patients. *Critical Care & Shock*, 11, 35–44.
- Hickin, S., White, S., Knopp-Sihota, J. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention, *Intensive and Critical Care Nursing*, 41 (2017) 43–49
- Ho, MH., Nealon, J., Igwe, E., Traynor, V., Chang, HR., Chen, KH., Montayre, J. (2021). Postoperative Delirium in Older Patients: A Systematic Review of Assessment and Incidence of Postoperative Delirium. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2021 Sep 4. doi: 10.1111/wvn.12536. Epub ahead of print. PMID: 34482593.
- Hogg, M. A., & Cooper, J. M. (Eds.). (2007). *The Sage handbook of social psychology (concise student ed.)*. Los Angeles, CA: Sage.
- Hogg, M. and Vaughan, G. (2005), *Social Psychology* (4th Edition) Prentice Hall: London
- Hosie, A., Davidson PM., Agar M et al., (2013). Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliative Medicine.* 27, 6, 486-498. doi: 10.1177/0269216312457214.
- Hughes, A., (2003), *Testing for Language Teachers*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Inouye, S. K., (2018), Delirium - A framework to improve acute care for older persons. *Journal the American Geriatrics Society*, 66, 446–451. doi:10.1111/jgs.15296

- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summer, L., Acampora, D., Holford, T. R., Cooney, L. M., (2000), A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340, 669–676. doi:10.1056/NEJM199903043400901
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. J., Lydon, T. J., (1999), Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine*, 106, 565–573. doi:10.1016/S0002-9343(99)00070-4
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., Saczynski, J. S., (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383, 911–922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Inouye, S., van Dyck. C., Alessi, C., Balkin, S., Siegal AP., Horwitz. RI, (1990), Clarifying confusion: The confusion method. *Ann Inter Med* 1990; 113:741-948
- Inouye. S.K., Rushing, J.T., Foreman, M.D., Palmer, R.M., Pompei, P. (1998), Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal General Internal Medicine* 1998;13(4):234-242.
- Jain, V., (2014). 3D model of attitude. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 3(3), 1–12.
- Jallinoja, P., & Aro, A. R. (2000). Does knowledge make a difference? The association between knowledge about genes and attitudes toward gene tests. *Journal of Health Communication*, 5(1), 29–39. doi:10.1080/10810730050019546
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement, Methodology for JBI Scoping Reviews*, The Joanna Briggs Institute, Australia.
- Jung, C.G., (1971), *Psychological Types*. In *Collected Works*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kalish, V.B., Gillham, J.E., Unwin, B.K. (2014). Delirium in older persons: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2014 Aug 1;90(3):150-8. Erratum for: *Am Fam Physician*. 2014 Dec 15;90(12):819. Dosage error in article text. Erratum in: *Am Fam Physician*. Dec 15;90(12):819. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2015 Sep 15;92 (6):430. PMID: 25077720.

- Kalton, G., Roberts, J., Holt, D. (1980). The effects of offering a middle response option with opinion questions. *The statistician*, p.65-78.
- Kang J.H., Shin S.H., Bruera E. (2013), Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 39, 1, 105-112. doi: 10.1016/j.ctrv.2012.08.001.
- Katz, D., (1960), The functional approach to the study of attitudes, *Public Opinions Quartely*, :24: 63-204
- Kinchin, I., Mitchell, E., Agar, M., Trépel, D. (2021), The economic cost of delirium: A systematic review and quality assessment. *Alzheimers Dement*. 2021 Jun;17(6):1026-1041. doi: 10.1002/alz.12262. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33480183.
- Kluckhohn, C., (1951) Values and Value-Orientations in the Theory of Action: An Exploration in Definition and Classification. In: Parsons, T. and Shils, E., Eds., *Toward a General Theory of Action*, *Harvard University Press*, Cambridge, 388-433. <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674863507.c8>
- Kolb, D. (1976). *The learning style inventory*: technical manual. Boston, McBer&Co.
- Kolb, D. A. (1981). *Learning styles and disciplinary differences*. *The Modern American College*, 1, 232– 255.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Kolb, D. A., and Kolb, A. Y. (2013). *The Kolb Learning Style Inventory 4.0: Guide to Theory, Psychometrics, Research & Applications*.
- Korkmaz, D.F, Gok F, Karamanoglu, Y.A., (2016), Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium. *Nurs Crit Care*. 2016 Sep;21(5):279-86. doi: 10.1111/nicc.12184. Epub 2015 May 5. PMID: 25943395.
- Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Ely, E. W., & Fiest, K. M. (2018). Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 46(12), 2029–2035. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003402>

- Kristiansen, S., Konradsen, H., & Beck, M. (2019). Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 920–930. <https://doi.org/10.1111/jocn.14709>
- Krosnick, J. A., Holbrook, A. L., Berent, M. K., Carson, R. T., Hanemann, W., Kopp, R. J., Conaway, M. (2002). The impact of 'no opinion' response options on data quality: Non-attitude reduction or an invitation to satisfice, *Public Opinion Quarterly*, V66, p.371-403. <http://www.jstor.org/stable/3078768>
- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H., Salminen, L. (2014). Nursing education in the European higher education area - Variations in implementation, *Nurse Education Today*, 34, 1040–1047.
- LaMantia, M. A., Messina, F. C., Jhanji, S., Nazir, A., Maina, M., McGuire, S., Hobgood, C. D., & Miller, D. K. (2017). Emergency medical service, nursing, and physician providers' perspectives on delirium identification and management. *Dementia (London, England)*, 16(3), 329–343. <https://doi.org/10.1177/1471301215591896>
- Le Blanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., Tousignant, K., (2018), The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Critical Care Nursing*, 44, 92–98. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.002
- Lee, G. and Roh, YS. (2021), Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. *Nurs Crit Care*. 2021 Oct 14. doi: 10.1111/nicc.12724. Epub ahead of print. PMID: 34651390.
- Leslie, D.L. and Inouye, S.K. (2011), The importance of delirium: economic and societal costs. *Journal of American Geriatric Soc*, Vol:59 Suppl 2:241-243 doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x
- Lin, SM., Huang, CD., Liu CY., Lin HC., Wang CH., Huang PY., (2008), Risk factors for the development of early-onset delirium and the subsequent clinical outcome in mechanically ventilated patients. *Journal Critical Care* 2008, 23:372–379
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Jour Vasc Nurs*. 24 (1):22-26.

- Lou, M., and Dai, Y., (2002), Nurses' experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research*, 10, 279–289. doi:10.1097/01.JNR.0000347609.14166.84
- Mac Sweeney, R., Barber, V., Page, V., Ely, E. W., Perkins, G. D., Young, J. D., et al., Intensive Care Foundation, (2010), A national survey of the management of delirium in UK intensive care units. *QJM*, 103, 243–251. doi:10.1093/qjmed/hcp194
- Manichander, T., (2015), *Education as a Field of Knowledge. Emerging issues in education.* Laxmi Book Publication, India. p. 1
- MAPI Research Institute (2002), Linguistic Validation Process. MAPI Research Institute <http://www.mapi-research-inst.com/lvprocess.asp>. 2002.
- Marino, J., Bucher, D., Beach, M., Cooper, B., (2015), Implementation of an Intensive Care Unit Delirium Protocol, An Interdisciplinary Quality Improvement Project, *Dimensions of Critical Care Nursing* Vol. 34 / No. 5 p273/284 DOI: 10.1097/DCC.0000000000000130
- Mariz, J., Castanho TC., Teixeira, J., Sousa, N., Santos, NC., (2016), Delirium Diagnostic and Screening Instruments in the Emergency Department: An Up-to-Date Systematic Review *Geriatrics (Basel)*. 2016 Sep; 1(3): 22. doi: 10.3390/geriatrics1030022
- Mc Carthy, M., (2003), Situated clinical reasoning: Distinguishing acute confusion from dementia in hospitalized older adults. *Research in Nursing & Health*, 26, 90–101. doi:10.1002/nur.10079
- Mc Crow, J., Sullivan, K., Beattie E., (2014). Delirium knowledge and recognition: A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses, *Nurse Education Today*, Vol. 34, Issue 6, June 2014, p.912-917 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.006>
- McCusker, J., Cole, M.G., Dendukuri, N., Belzile, E. (2003), Does delirium increase hospital stay? *J Am Geriatr Soc* Vol;51(11):1539-1546. PMID: 14687382
- McLeod, S.A., (2018), *Attitudes and behavior. Simply psychology.* Available Online at: <https://www.simplypsychology.org/attitudes.html>.
- Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *International Review of Psychiatry*, 21, 59–73. doi:10.1080/09540260802675460

- Meako, M., Thompson, H., and Cochrane, B. (2011), Orthopedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthopedic Nursing*, 30:241–248. doi:10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
- Medical Outcomes Trust (1997), Trust introduces new translation criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin* 1997; 5: 1-4
- Mori, S., Takeda, J. R., Carrara, F. S., Cohrs, C. R., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 50(4), 587–593. doi:10.1590/S0080-623420160000500007
- Mühlbauer, K. R., (1995), Κοινωνικοποίηση - Θεωρία και έρευνα, Εκδόσεις: Αφοι Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, ISBN-13: 9603430218
- Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C., (2018), Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.*, V18, p143.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Nevill, C., Dickie, R. (2014), The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. *Nurse Educ Today*. 34 (7):1074-9.
- Nilsson, K., Gustafson, L., Hultberg, B. (2011), Survival in a large elderly population of patients with dementia and other forms of psychogeriatric diseases. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 32 (5):342-50.
- Nonaka, I. and Takeouchi, H. (1995), *“The Knowledge-creating company”*, Oxford University Press, Inc
- Nydahl, P., Dewes, M., Dubb, R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S., von Haken, R., (2018), Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 23–29. doi:10.1111/nicc.12299
- OECD - European Observatory on Health Systems and Policies, (2019). *Cyprus: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://www.oecd.org/publications/cyprus-country-health-profile-2019-2078ba2a-en.htm>

- Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2012. *Organization for Economic Co-operation and Development*; Paris: 2012.
- Özsaban, A., & Acaroglu, R. (2016). Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nursing in critical care*, 21(5), 271–278.
- Papastavrou, E., Papaioannou, M., Evripidou, M., Tsangari, H., Kouta, C., Merkouris, A. (2019). Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium. *J Nurs Meas*. Aug 1;27(2):277-296. doi: 10.1891/1061-3749.27.2.277. PMID: 31511410.
- Patel, R. P., Gambrell, M., Speroff, T., Scott, T. A., Pun, B. T., Okahashi, J., . . . Ely, E. W, (2009), Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviours and attitudes of 1384 healthcare professionals, *Critical Care Medicine*, 37(3), 825–832, doi:10.1097/CCM.0b013e31819b8608
- Peters, M.D.J., Godfrey C.M., McInerney, K.H., Parker, D., and Baldini, S.C., (2015) Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3):141-146. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134548>
- Price, B., (2015), Understanding attitudes and their effects on nursing practice. *Nursing Standard*, 30, 15, 50-57.
- Pryce-Miller, M., Vernel, E., (2014), Developing compassion in pre-registration education. *Nursing Times*, 2014-110, 37, 17-19.
- Ramaswamy, R., Dix, E. F., Drew, J. E., Diamond, J. J., Inouye, S. K., & Roehl, B. J. O. (2011). Beyond grand rounds: A comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium. *The Gerontologist*, 51(1), 122–131. doi:10.1093/geront/gnq075
- Rice, K., Bennett, M., Clesi, T., & Linville, L. (2014). Mixed-methods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45, 136–148. doi:10.3928/00220124-20140219-02
- Robinson, T., & Eiseman, B. (2008). Postoperative delirium in the elderly: Diagnosis and management. *Clinical Interventions Aging*, 3(2), 351–355. doi:10.2147/CIA.S2759

- Robinson, T.N., Raeburn, C.D., Tran, Z.V., Brenner, L.A., Moss, M. (2011), Motor subtypes of postoperative delirium in older adults. *Arch Surg. Mar*;146(3):295-300
- Rogers, A., & Gibson, C., (2002), Experiences of orthopedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopedic Nursing*, 6, 9–17. doi:10.1054/joon.2001.0210
- Rood, P., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Australian Critical Care*, 31, 180–187. doi:10.1016/j.aucc.2018.02.002
- Rosenberg M. J., and 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.
- Rosenberg, M.J., (1956), Cognitive structure and attitudinal affect. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53(3), p.367–372.
- Rowley-Conwy G. (2017). Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(7), 412–417. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.7.412>
- Rozzini, R., Bianchetti, A., Mazzeo, F., Cesaroni, G., Bianchetti, L., & Trabucchi, M. (2020). Delirium: Clinical Presentation and Outcomes in Older COVID-19 Patients. *Frontiers in psychiatry*, 11, 586686. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586686>
- Sahlgren, M. and Karlgren, J. (2009) Terminology mining in social media. *Int Conf Inf Knowl Manag Proc*. 2009;:405–14.
- Salameh, B., Al Razeeni, D.M., Mansor, K., Abdallah, J.M., Ayed, A., Salem, H. (2021), Delirium in Intensive Care Units: Perceptions of Physicians and Nurses. *Crit Care Nurs Q*. 2021 Oct-Dec 01;44(4):393-402. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000376. PMID: 34437318.
- Sampaio, F. and Sequeira, C. (2015). Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey, *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol.51 (2015) 98–105 doi: 10.1111/ppc.12069

- Samuels, SC., Neugroschl, JA, (2005), Delirium. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p 1054-68.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L., (2004), *Consumer behavior* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Schmitt, E. M., Gallagher, J., Albuquerque, A., Tabloski, P., Lee, H. J., Gleason, L., Weiner, L. S., Marcantonio, E. R., Jones, R. N., Inouye, S. K., & Schulman-Green, D. (2017). Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *The Gerontologist*, 59(2), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>
- Selim, A. A., Ely, W. E., (2017), Delirium the under-recognised syndrome: Survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 813–824. doi:10.1111/jocn.13517
- Shao, S.C., Lai, C.C., Chen, Y.H., Chen, YC, Hung MJ, Liao SC. (2021), Prevalence, incidence and mortality of delirium in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. V50:1445–53.
- Shehabi, Y., Riker, R.R., Bokesch, P.M., et al., (2010), Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care patients. *Crit Care Med* Vol.38(12):2311-2318. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f85759
- Siddiqi, N., Young, J., House, A. O., Featherstone, I., Hopton, A., Martin, C., & Edwards, J. (2011). Stop delirium! A complex intervention to prevent delirium in care homes: A mixed-methods feasibility study. *Age Ageing*, 40(1), 90–98. doi:10.1093/ageing/afq126
- Singler, K., & Thomas, C. (2017). HELP—Hospital Elder Life Program—multimodal delirium prevention in elderly patients. *Internist (Berl)*, 58(2), 125–131. doi:10.1007/s00108-016-0181-0
- Sinvani, L., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Akerman, M., Wolf-Klein, G. (2016). Delirium: A Survey of Healthcare Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices, *Journal of the American Geriatrics Society*, Dec 2016 Vol:64:e297–e303

- Speed, G. (2015). The impact of a delirium, educational intervention with intensive care unit nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 29, 89–94. doi:10.1097/NUR.0000000000000106
- Steeg, L., Ijkema, R., Wagner, C., & Langelaan, M. (2015). The effect of an E-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Medical Education Journal*, 15, 12. doi:10.1186/s12909-015-0289-2
- Stenwall E., Sandberg J., Eriksson Jönhagen M., Fagerberg I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person, *International Journal of Older People Nursing* 3, 243–251
- Steis R. and Fick D. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9):40-48.
- Tajfel, H., (1978). Intergroup behaviour: II, Group perspectives. In H. Tajfel & C. Fraser (Eds.), *Introducing social psychology: An analysis of individual reaction and response* (pp. 423–446), Penguin Press.
- Thomas, N., Coleman, M., Terry, D. (2021), Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nurs. Rep.* 11, 164-174. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010016>
- Troglic, Z., Ista, E., Ponsen, H. H., Schoonderbeek, J. F., Schreiner, F., Verbrugge, S. J., . van der Jagt, M., (2017), Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: A survey among intensive care unit professionals. *Nursing Critical Care*, 22(3), 133–140. doi:10.1111/nicc.12239
- Truman, P.B., Gordon, S.M., Peterson, J.F., Shintani, A.K., Jackson, J.C., Foss, J., Harding, B., Bernard, G.R., Dittus, R.S., Ely E.W., (2005), Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers. *Official Journal of the Society of Critical Care Medicine* 33: 1199-1205.
- Tsang, J., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming, D., & Law, M. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ open*, 9(4), e024328.

- Van Velthuisen, E. L., Zwakhalen, S. M., Mulder, W. J., Verhey, F. R., & Kempen, G. I. (2017). Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: A retrospective cohort study evaluating daily practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1521–1529. doi:10.1002/gps.4690
- Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P., & Kumar, S. (2014). Delirium in older people in hospital: An education programme. *British Journal of Nursing*, 23(13), 704–709. doi:10.12968/bjon.2014.23.13.704
- Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G., & Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Practice & Research: *Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 277–287. doi:10.1016/j.bpa.2012.07.003
- Voyer, R., Richard, S., Doucet, L., Danjou, C., & Carmichael, P. H. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7(4), 1–14. doi:10.1186/1472-6955-7-4
- Wand, A.P.F., (2011), Evaluating the effectiveness of educational interventions to prevent delirium. *Australasian Journal on Ageing* 30, 175–185.
- Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., Hunt, G.E., (2013) A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study, *International Journal of Nursing Studies* 51 (2014) 974–982
- Waterfield, K., Weiland, D., Dewhurst, F., Kiltie, R., Pickard, J., Karandikar, U., MacCormick, F., Vidrine, J., Rowley, G., Coulter, P., Lee, M., & Frew, K. (2018). A qualitative study of nursing staff experiences of delirium in the hospice setting. *International journal of palliative nursing*, 24(11), 524–534. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.11.524>
- Watt, J., Tricco, A.C., Talbot-Hamon, C. et al. (2018), Identifying Older Adults at Risk of Delirium Following Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J GEN INTERN MED* 33, 500–509, <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4204-x>
- World Health Organization. (2012). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Dementia: a public health priority. *World Health Organization*. ISBN 978 92 4 156445 8

- Webster, JR., Chew, RB., Mailliard, L., Moran, MB., (1999), Improving clinical and cost outcomes in delirium: use of practice guidelines and a delirium care team. *Ann Long-Term Care*.1999; 7:128 -34
- Wicker, A., (1969), Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of social issues*, 25(4), p.41–78.
- Witlox, J., Eurelings, L.S., de Jonghe, J.F., Kalisvaart, K.J., Eikelenboom, P., van Gool, W.A. (2010), Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2010;304(4):443-451. doi:10.1001/jama.2010.1013
- World Health Organization (2021) WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en (Last accessed: 8 August 2021.)
- Xing, J., Sun, Y., Jie, Y., Yuan, Z., & Liu, W. (2017). Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China: A survey of 917 critical care nurses and physicians in China. *Medicine*, 96(39), e8028. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008028>
- Young, L., and George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium, *Age and Ageing*, 32, 525–528. doi:10.1093/ageing/afg094
- Yang, Y., Zhao, X., Gao, L., Wang, Y., & Wang, J. (2021). Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 33(6), 1493–1506. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01674-1>
- Young, J., Green, J., Godfrey, M., Smith, J., Cheater, F., Hulme, C., Collinson, M., Hartley, S., Anwar, S., Fletcher, M., Santorelli, G., Meads, D., Hurst, K., Siddiqi, N., Brooker, D., Teale, E., Brown, A., Forster, A., Farrin, A., Inouye, S. (2021), The Prevention of Delirium system of care for older patients admitted to hospital for emergency care: the POD research programme including feasibility RCT. Southampton (UK): NIHR *Journals Library*; 2021 Mar. PMID: 33819001.
- Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P., (2017), Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 94–100. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.003

Zipser, C.M., Deuel, J.W., Held, J.P.O., Ernst, J., Schubert, M., Weller, M., Luft, A.R., von Känel, R., Boettger, S. (2021), Economic Impact of Poststroke Delirium and Associated Risk Factors: Findings From a Prospective Cohort Study. *Stroke*. 2021 Jul 8:STROKEAHA120033005. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.033005. Epub ahead of print. PMID: 34233463.

Αθανάτου. Κ. Ε. (2008), Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, Αθήνα 2008

Βερούκιος, Β., Κάγκλης, Η., Σταυρόπουλος Η. (2016), *Η Επιστήμη των Δεδομένων μέσα από τη Γλώσσα R*, ISBN: 978-960-578-043-2, Ηλεκτρονικό Βιβλίο, Διαθέτης (Εκδότης)Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα, Αποθετήριο "Κάλλιπος".

Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) (2020) Βασικές Αρχές ΓΕΣΥ, <https://www.gesy.org.cy/>

Κυπριακή Δημοκρατία, Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, (2017). Ψηφιοποιημένο αρχείο του Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών. 2017. <https://pressarchive.cy/s/el/page/homepage>. Κυπριακή Δημοκρατία Υπουργείο Εσωτερικών, Accessed 2 May 2017.

Δημητριάδης, Σ.Ν. (2015), *Θεωρίες Μάθησης & Εκπαιδευτικό Λογισμικό*, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου, ISBN: 978-960-603-097-0, Κεφ 6, σελ 223.

Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας, (2018). Κατάσταση νοσηλευτικού προσωπικού και επισκεπτών/τριών υγείας το οποίο στελεχώνει τα κρατικά νοσηλευτήρια/αγροτικά και αστικά κέντρα υγείας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (σελ. 8).

[https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/\\$file/2012.%CE%94%CE%B9%CE%B5%CF%8D%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%83%CE%B7%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.docx](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/$file/2012.%CE%94%CE%B9%CE%B5%CF%8D%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%83%CE%B7%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.docx)

- Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας, (2017). Μηνιαίοι Πίνακες Στελέχωσης Των Κρατικών Νοσοκομείων Και Κατανομής Νοσηλευτικού Προσωπικού (Εγγραφα Εργασίας Που Δόθηκαν Από Την Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών). Λευκωσία.
- Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας, (2019). *Τομέας Εκπαίδευσης, Τομείς Προαγωγής/ Πρόληψης Δημόσιας Υγείας και Συνεχούς Επαγγελματικής Ανάπτυξης*
<https://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/F97B1EFD7C048FCFC2257F64003AC0CE?OpenDocument>
- Επίσημη Εφημερίδα Κυπριακής Δημοκρατίας (2001) *Νομός που προβλέπει για την εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας και για συναφή θέματα*, Ε.Ε.Ε . Παρ.Ι (Ι), Αρ.3497, 4.5.2001.
- Επίσημη Εφημερίδα Κυπριακής Δημοκρατίας, (2017) *Ο Περί Ίδρυσης Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας Νόμος του 2017-73(Ι)/2017*, Ε.παρ. Ι(Ι) Ν. αρ. 4606, 26.6.2017.
- Ζαννετίδου-Πουγεράση, Δ. (2020). Η επίδραση της κυπριακής διαλεκτού και της ελληνικής ως δεύτερης ή ξένης γλώσσας στην παραγωγή προφορικού και γραπτού λόγου. *Επιστήμες Αγωγής*, Τεύχος 2/2020 σελ. 195-215.
- Κανονισμοί περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, (2012). *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας - Περίγραμμα Αρμοδιοτήτων των Νοσηλευτών, Παράρτημα Ι (Κανονισμός 2)*
- ΚΔΠ 143/2013, (2013) *Περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί (Τροποποιητικοί) Κανονισμοί του 2013*, Ε.Ε. Παρ.ΙΙΙ(1), Αρ. 4666, Σελ. 969, 30/4/2013, <https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf>
- Κόκκος, Α. (2005)α. *Μεθοδολογία Εκπαίδευσης Ενηλίκων: Θεωρητικό Πλαίσιο και Προϋποθέσεις Μάθησης*, Τόμος Α, ΕΑΠ.
- Κόκκος, Α. (2005)β. *Μεθοδολογία Εκπαίδευσης Ενηλίκων: Εκπαιδευτικές Μέθοδοι*, Τόμος Β, ΕΑΠ
- Κουτσάκος, Ι.Γ., (1993). *Σύγχρονη διδακτική*, 3^η Έκδοση, Λευκωσία: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου.
- Κυπριακή Δημοκρατία, (2017). Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2015» *Στατιστικές Υγείας*, Υπουργείο Οικονομικών Σειρά Ι, Αρ. Έκθεσης 36, ISSN: 0258-7955

- Κυπριακή Δημοκρατία, (2018). Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2016» Στατιστικές Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών Σειρά I , Αρ. Έκθεσης 37, ISSN: 0258-7955
- Κυπριακή Δημοκρατία, (2019). Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2017» Στατιστικές Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών Σειρά I , Αρ. Έκθεσης 38, ISSN: 0258-7955
- Κυριακίδου, Φ.Σ. (2019). *Το οδοιπορικό της Νοσηλευτικής στη Μηχανή του Χρόνου*, Εκδόσεις EN ΤΥΠΟΙΣ, Λευκωσία – Κύπρος, ISBN: 978-9925-568-09-3 (σελ. 17-45).
- Μαργαρίτης, (2017) «Delirium: Πρόληψη και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις» - «ΠΜΣ Διασυνδεδετική Ψυχιατρική» Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ -Αθήνα 2017- p.1-47
- Μερκούρης, Α. (2008), *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα σ.114
- Μπανμπινιώτης, Γ (2002), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, 2^η Έκδοση Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ, Αθήνα, ISBN: 978-960-9582-14-8
- Νόμος (214/1988) Ο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος του 1988 Ε.Ε., Παρ.Ι, Αρ.2368, 2/12/1988
- Νόμος (163(I)/2020) Ο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής (Τροποποιητικός) Νόμος του 2020 Ε.Ε., Παρ.Ι(Ι), Αρ.4787, 27/11/2020
- Ουζούνη Χ. και Νακάκης Κ. (2012). Οι γνώσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών που εμφανίζουν delirium, Το Βήμα του Ασκληπιού 11 ος Τόμος, 1 ο Τεύχος. Available at: www.vima-asklipiou.gr
- Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, (2018). *Ρόλος του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου* – Αναγνωρισμένοι εκπαιδευτικοί φορείς, Πρόσβαση 12/5/2018, https://www.moh.gov.cy/moh/nmc/nmc.nsf/page02_gr/page02_gr?OpenDocument
- Πετρίδης, Δ., 2015. Ανάλυση πολυμεταβλητών τεχνικών. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/2126> Κεφ 11, Ανάλυση ερωτήσεων, σελ 330
- Τζαβάρας, Θ., (2007). *Ταξίδι από τα Κύθηρα*. Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου; Σύνψεις, 1: p1-118

- Τσοπάνογλου Α. (2010). *Μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας και εφαρμογές της στην αξιολόγηση της γλωσσικής κατάρτιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδ. Ζήτη.
- Χατζηακώβου, Α.Ε (1992). *Επιστήμη και ζωή*, 2^{ος} Τόμος Θεσσαλονίκη: Εκδοτικές και Εμπορικές Επιχειρήσεις
- Χατζηιωάννου, Κ. (1996). *Ετυμολογικό λεξικό της ομιλουμένης κυπριακής διαλέκτου. Ιστορία, ερμηνεία και φωνητική των λέξεων με τοπωνυμικό παράρτημα*, Εκδόσεις Ταμασός, Λευκωσία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1: Εξασφάλιση Αδειών χρήσης εργαλείου γνώσεων

RE: Delirium questionnaire

Hare, Malcolm <Malcolm.Hare@health.wa.gov.au>

Τρι 7/7/2015 4:02 π.μ.

Προς: mariapapaioannou1980@hotmail.com <mariapapaioannou1980@hotmail.com>

Κοιν.: _Dianne <d.wynaden@curtin.edu.au>

📎 3 συνημμένα (164 KB)

OMRBubbles.TTF; Questionnaire Final Answers.doc; Questionnaire Final.doc;

Hi Maria

I'm very happy for you to use the questionnaire. Please acknowledge myself, Fremantle Hospital and Curtin University of Technology. I am also very happy for the questionnaire to be translated into Greek and used in Cyprus.

I've attached two versions of the questionnaire - one has the correct answers highlighted. The documents are in Word 2003 format. The questionnaire was set up to be optically scanned using Remark Office™ but you may reformat to whatever suits your needs. On the first page, the fields for filling in require a font (OMR Bubbles) which I've also attached - the fields will appear as odd graphics without the font installed. You could just place capital O's there in Arial font.

You will need to adjust the demographics page anyway, but I'm happy for you to modify it however you need.

When the completed questionnaires were scanned into Remark Office (and then exported to SPSS), the answers were coded as "correct" or "incorrect" or "unsure" for questions 2.9 on. I didn't use an overall score for the whole questionnaire, but dealt with question 2.1 (definition of delirium), questions 2.2 through 2.8 (tools for identifying delirium) and questions 2.9 on (delirium presentation and risk factors) as separate sections - you may find that another method works better for you. Question 2.8 may need adapting depending on what Pressure Injury Risk Assessment tool(s) is/are used locally - eg replace Braden with Norton. In that last group of questions (2.9 on) are a mixture of general statements and risk factor statements, and those I added and scored separately. In the Answers version of the document, the general questions are highlighted in yellow, and the risk factor questions are un-highlighted (there are 14 of each).

Bear in mind that the questionnaire was designed for use across multiple wards of differing specialties. You may find that you need to modify it significantly if you are looking exclusively at specialty (eg critical care) nurses. The easiest and safest way to do this would be to remove questions that may not be relevant. Changing or adding questions requires careful thought and literature search. Since publication of the article in Contemporary nurse, most of the users of the questionnaire have been postgraduate nursing and medical students. In some cases they have not yet provided results, and in some instances their reporting has been through their academic work and poster presentations at conferences (and hence unpublished).

The questionnaire is in use in various countries around the world (16 at last count including 16 places in the US, and translated into 9 languages other than English). In addition to the Speed study, a local research team in Western Australia advises

"We used the Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) to determine internal consistency reliability co-efficients for the two main sub-sections (3a and 3b) of the knowledge questionnaire at Time 1 (T1). After combining incorrect and unsure responses so that the two options were correct versus incorrect, the Kuder-Richardson internal consistency reliability coefficient for Section 3a of the questionnaire was 0.66 (n=26) and for Section 3b it was 0.80 (n=25)". (Personal communication from Dr Christine Toye)

If you have any further questions or need for clarification please feel free to email me again. Best wishes for your work.

Regards

Malcolm Hare

From: mariapapaioannou1980@hotmail.com [mailto:mariapapaioannou1980@hotmail.com]

Sent: Tuesday, 7 July 2015 4:24 AM

To: Hare, Malcolm

Cc: Evridiki Papastavrou

Subject: Delirium questionnaire

Παράρτημα 2: Ερωτηματολόγιο Διδακτορικής Διατριβής



Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής

Ερωτηματολόγιο Διδακτορικής Διατριβής

ΘΕΜΑ: «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα».

Αγαπητέ/ή Συνάδελφε

Ονομάζομαι Μαρία Παπαϊωάννου, είμαι Νοσηλευτική Λειτουργός και εργάζομαι στο τμήμα Εντόπιας Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Φοιτώ στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, στην Σχολή Επιστημών Υγείας, στο Διδακτορικό Πρόγραμμα του Τμήματος Νοσηλευτικής, στα πλαίσια του οποίου θα εκπονήσω διδακτορική διατριβή με το πιο πάνω θέμα.

Η οξεία σύγχυση/παραλήρημα αποτελεί την πιο κοινή έκτακτη ανάγκη θεραπείας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες. Οι επιπτώσεις από την οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι τόσο βραχυπρόθεσμες αλλά πιθανολογούνται και μακροπρόθεσμες. Λόγω της σύγχυσης, των ψευδαισθήσεων και των παραισθήσεων που έχει ο ασθενής, βραχυπρόθεσμα φαίνεται να διατρέχει κίνδυνο η ασφάλεια του ενώ μακροπρόθεσμα μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

Για σκοπούς διερεύνησης του θέματος, σας παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια τα οποία επισυνάπτονται. Η συμβολή σας είναι πολύ σημαντική.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις (3) ενότητες, με ερωτήσεις κλειστού τύπου (Συμφωνώ Διαφωνώ, Δεν γνωρίζω, Ερωτήσεις κλίμακας Likert και ερωτήσεις για να επιλέξετε τι ισχύει). Μπορείτε να σημειώσετε την απάντησή σας χρησιμοποιώντας (X) ή (√) ή (+) στο αντίστοιχο τετράγωνο. Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε όλες τις ερωτήσεις ατομικά.

Συμμετοχή. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, ανώνυμη και θα διατηρηθεί εμπιστευτικότητα.

Άδεια για τη διεξαγωγή του ερωτηματολογίου έχει δοθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από την Επιτροπή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου.

Πληροφορίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας, απορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και ερωτήσεις παρακαλώ απευθυνθείτε: στο email: mariapapaiouannou1980@hotmail.com ή στο τηλέφωνο 99492060

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,

Μαρία Παπαϊωάννου

Επιβλέπουσα: Δρ. Ε. Παπασταύρου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής
(e.papastavrou@cut.ac.cy)

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 - Γνώσεις σε σχέση με το παραλήρημα/delirium

Ο σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να αξιολογήσει τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με παραλήρημα/delirium. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές. **Παρακαλώ συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο μόνοι σας.**

A) Ορισμός παραληρήματος/delirium

1.1 Ποια από τις πιο κάτω ομάδες συμπτωμάτων περιγράφουν/προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα/delirium; (επιλέξτε την καλύτερη απάντηση):

- α) Αμνησία, υπνηλία, ξαφνική εμφάνιση ακράτειας, μη ελεγχόμενη σιελόρροια, αποδιοργανωμένη σκέψη
- β) Οξεία σύγχυση, μεταβαλλόμενη ψυχική κατάσταση, αποδιοργανωμένη σκέψη, αλλοιωμένο επίπεδο συνείδησης.
- γ) Ανησυχία, εφίδρωση, τρόμος, μυϊκή αδυναμία, δυσφασία (μερική απώλεια της ικανότητας για επικοινωνία), διαφοροποίηση επιπέδου διέγερσης.
- δ) Βραδεία έναρξη σύγχυσης, απώλεια μνήμης, αποπροσανατολισμός, έλλειψη αυθορμητισμού, αλλαγή προσωπικότητας.

B) Αναγνώριση του παραληρήματος/delirium

Οι ακόλουθες κλίμακες αξιολόγησης/εργαλεία χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση συγκεκριμένων καταστάσεων. Συσχετίστε το κάθε εργαλείο με την πιο κατάλληλη κατάσταση/σεις. Σημειώνεται ότι και η επιλογή “Κανένα απ’ αυτά” μπορεί να είναι η ορθή απάντηση.

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία από τις αναφερόμενες καταστάσεις για κάθε ένα εργαλείο.

	Παραλήρημα	Άνοια	Κατάθλιψη	Κανένα απ’ αυτά
1.2 Μίνι κλίμακα αξιολόγησης νοητικής κατάστασης - (MMSE) Mini Mental State Examination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Κλίμακα Γλασκώβης - Glasgow Coma Scale (GCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Κλίμακα Ταξινόμησης Ντελίριου- Delirium Rating Scale (DRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ - Alcohol Withdrawal Scale (AWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης- Confusion Assessment Method (CAM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Κλίμακα καταγραφής κατάθλιψης του Beck- Beck’s Depression Inventory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Κλίμακα Braden- Braden Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ) Παρακαλώ απαντήστε συμφωνώ / διαφωνώ ή δεν γνωρίζω στις πιο κάτω δηλώσεις:

1.9	Οι διακυμάνσεις μεταξύ προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού δεν είναι τυπικό σύμπτωμα στο παραλήρημα/delirium.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.10	Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να προσομοιάζουν με αυτά του παραληρήματος/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.11	Η θεραπεία για το παραλήρημα/delirium πάντοτε περιλαμβάνει καταστολή.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.12	Οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται επεισόδια παραληρήματος/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.13	Η εξέταση MMSE είναι ο καλύτερος τρόπος να διαγνώσεις το παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.14	Ένας ασθενής ο οποίος υπόκειται σε αποκατάσταση του κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού έχει την ίδια πιθανότητα εμφάνισης παραληρήματος /delirium με ένα ασθενή που κάνει προγραμματισμένη αρθροπλαστική ισχίου.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.15	Το παραλήρημα/delirium δεν διαρκεί ποτέ περισσότερο από μερικές ώρες.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.16	Ο κίνδυνος παραληρήματος/delirium αυξάνεται με την ηλικία.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.17	Ένας ασθενής με μειωμένη όραση βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για παραλήρημα /delirium.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.18	Όσο μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων λαμβάνει ένας ασθενής, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για παραλήρημα/ delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.19	Η ύπαρξη ουρηθρικού καθετήρα ελαττώνει τον κίνδυνο για παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.20	Το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.21	Η φτωχή διατροφή αυξάνει τον κίνδυνο του παραληρήματος/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.22	Η άνοια αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω

1.23	Οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα/delirium από ότι οι γυναίκες.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.24	Ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.25	Η αφυδάτωση μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για παραλήρημα/delirium.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.26	Η μειωμένη ακοή αυξάνει τον κίνδυνο για παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.27	Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για παραλήρημα/ delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.28	Ένας ασθενής που είναι ληθαργικός και αφυπνίζεται δύσκολα, δεν έχει παραλήρημα/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.29	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium είναι πάντοτε επιθετικοί σωματικά και /ή λεκτικά	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.30	Το παραλήρημα/delirium γενικά προκαλείται από τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.31	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.32	Οικογενειακό ιστορικό άνοιας προδιαθέτει ένα ασθενή για παραλήρημα/delirium.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.33	Οι αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρούνται τυπικό του παραληρήματος /delirium.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.34	Ένας ασθενής με παραλήρημα/delirium πιθανό να αφαιρείται εύκολα ή και δυσκολεύεται να παρακολουθήσει μια συζήτηση.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.35	Ασθενείς με παραλήρημα/delirium συχνά βιώνουν διαταραχές αντίληψης.	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω
1.36	Διαταραγμένος κύκλος ύπνου/αφύπνισης μπορεί να είναι σύμπτωμα παραληρήματος/delirium	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 - ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Οι δηλώσεις που ακολουθούν αφορούν τη φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλεύτες σε ασθενείς με οξεία σύγχυση / παραλήρημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Παρακαλούμε απαντήστε κυκλώνοντας τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη ή την εμπειρία σας.

- 1 = Διαφωνώ απόλυτα
2 = Διαφωνώ
3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4 = Συμφωνώ
5 = Συμφωνώ απόλυτα

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
2.1 Αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	1	2	3	4	5
2.2 Εμπιστεύομαι τον εαυτό μου ότι εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις για έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	1	2	3	4	5
2.3 Θα ήθελα να έχω συνεχή καθοδήγηση, αναφορικά με τη φροντίδα ασθενών με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	1	2	3	4	5
2.4 Όταν ένας ασθενής παρουσιάσει οξεία σύγχυση/παραλήρημα, τον λαμβάνω υπόψη και τον αντιμετωπίζω με σοβαρότητα.	1	2	3	4	5
2.5 Προσπαθώ να κατανοήσω καλύτερα τον ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	1	2	3	4	5
2.6 Αποφεύγω ασθενείς με τέτοια προβλήματα κατά τη βάρδια μου.	1	2	3	4	5
2.7 Αντιμετωπίζω με υπομονή τους ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα	1	2	3	4	5
2.8 Προσπαθώ να διαχειριστώ την κατάσταση για να βοηθήσω τον ασθενή να ξεπεράσει την κρίση	1	2	3	4	5
2.9 Συνεχίζω να ενδιαφέρομαι για την υγεία του ασθενούς όσο ενδιαφερόμουν πριν από την κρίση διέγερσης.	1	2	3	4	5
2.10 Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση / παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται κυρίως στους ηλικιωμένους.	1	2	3	4	5
2.11 Η ευγενική ομιλία μπορεί να ηρεμήσει έναν ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	1	2	3	4	5
2.12 Θεωρώ την κατάσταση του ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα πολύ σοβαρή.	1	2	3	4	5
2.13 Όταν ένας ασθενής προσπαθήσει να με κτυπήσει τον δένω.	1	2	3	4	5

2.14	Όταν ένας ηλικιωμένος ασθενής βρίσκεται σε οξεία σύγχυση / παραλήρημα, υποψιάζομαι ότι μπορεί να υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα.	1	2	3	4	5
2.15	Η καλύτερη ένδειξη παρουσίας οξείας σύγχυσης/ παραληρήματος σε ασθενείς είναι ο αποπροσανατολισμός	1	2	3	4	5
2.16	Οι συνάδελφοι είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν όταν έχω απορίες για ένα ασθενή με οξεία σύγχυση / παραλήρημα.	1	2	3	4	5
2.17	Κατανοώ ξεκάθαρα τον λόγο διέγερσης του ασθενή.	1	2	3	4	5
2.18	Δεν αισθάνομαι άνετα να νοσηλεύω ασθενή με οξεία σύγχυση/παραλήρημα.	1	2	3	4	5
2.19	Θεωρώ ότι η χρήση των φυσικών περιορισμών σε ασθενείς με οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι απαραίτητη	1	2	3	4	5
2.20	Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου και όχι μόνο σε ΜΕΘ.	1	2	3	4	5
2.21	Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση παραλήρημα είναι ένα σύνδρομο που υποδιαγιγνώσκεται.	1	2	3	4	5
2.22	Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό.	1	2	3	4	5
2.23	Θεωρώ ότι η οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι μια διαχειρίσιμη κατάσταση.	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 - Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλώ συμπληρώστε στο ανάλογο τετραγωνάκι:

3.1 Θέση εργασίας:

Πρώτος/η Νοσηλευτικός/ή Λειτουργός

Ανώτερος/η Νοσηλευτικός/ή Λειτουργός

Νοσηλευτικός/ή Λειτουργός

3.2 Ηλικία:

..... Έτη

3.3 Φύλο: Άρρεν

Θήλυ

3.4 Νοσοκομείο που εργάζεστε σήμερα:

.....

3.5 Τμήμα που εργάζεστε σήμερα:

.....

3.6 Εμπειρία στην άσκηση νοσηλευτικής (συνολικά)

..... Έτη

3.7 Εμπειρία στην άσκηση νοσηλευτικής στο τμήμα που εργάζεστε τώρα

..... Έτη

3.8 Επίπεδο Νοσηλευτικών Σπουδών:

Δίπλωμα

Πτυχίο

Εξειδίκευση ή μεταβασικό πρόγραμμα σπουδών

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

3.9 Εξειδίκευση ή μεταβασικό πρόγραμμα σπουδών (εάν υπάρχει)

.....

3.10 Μεταπτυχιακό (εάν υπάρχει αναφέρετε πιο πρόγραμμα παρακολουθήσατε)

.....

Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium

Evriliki Papastavrou, PhD, RN

Maria Papaioannou, RN

Melina Evripidou, RN

Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

Haritini Tsangari, PhD

University of Nicosia, Nicosia, Cyprus

Christiana Kouta, PhD, RN

Anastasios Merkouris, PhD, RN

Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

Background and Purpose: The prevalence of delirium during hospitalization is high in older patients and there is evidence of staff regarding them as unpopular or a burden. This study aims to develop an instrument examining nurses' attitudes toward patients with delirium. **Methods:** Stages included (a) content identification, (b) content development, (c) content critique, (e) pilot study with a test–retest reliability, (f) field study consisting of psychometric testing of the internal consistency and construct validity. **Results:** The Cronbach's alpha was 0.89 and the stability reliability was acceptable. The factor analysis resulted in three factors explaining a total of 56.5% of the variance. These factors are "beliefs," "behavior," and "emotions," explaining 37.025%, 12.792%, and 5.652% of variance. **Conclusions:** The Attitude Tool of Delirium (ATOD) is a reliable and valid instrument for the assessment of attitudes toward delirium.

Keywords: delirium; validation; nursing; attitude

Older people are the largest group of users of hospital care who often suffer from comorbidities and have a higher risk of developing complications such as pressure sores, falls, fractures, confusion, and delirium (Buurman et al., 2011; Nilsson, Gustafson, & Hultberg, 2011). Delirium affects up to 55% of older hospitalized patients (Ahmed, Leurent, & Sampson, 2014; Rood et al., 2018) and is associated with an increased risk for cognitive and functional decline, but is preventable in a large proportion of all cases (Singler & Thomas, 2017) and is often reversible with treatment of the underlying disorder (Bush, Tierney, & Lawlor, 2017; Espino, Jules-Bradley, Johnston, & Mouton, 1998; Robinson & Eiseman, 2008). According to the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines (2010), delirium (sometimes also known as acute confusional state) is a complex clinical syndrome characterized by disturbance of consciousness,

cognitive function, and perception that usually develops over a short period of time and has fluctuations during the day. The onset of delirium is quick, over hours to a few days and symptoms usually fluctuate. The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual 2013, 5th edition, lists five key features that characterize delirium, such as: (a) disturbance in attention and awareness, (b) the disturbance develops over a short period of time, (c) there is additional disturbance in the cognition (d) the disturbances in the criteria a and c are not explained by a preexisting neurocognitive disorder, and (e) there is evidence that the disturbance is consequence of another medical condition. However, the leading Organizations in delirium science and practice, that is the American Delirium Society (ADS) and the European Delirium Association (EDA) in their common conceptualization of delirium (2014) suggest a more inclusive interpretation of the *DSM-5* criteria that would result in increased patient safety through a broader prevention and identification of delirium.

Delirium can be hyperactive or hypoactive but some people show signs of both. Hyperactive delirium symptomatology includes restlessness, agitation and hypervigilance, hallucinations, and delusions. On the other hand, hypoactive delirium figures are lethargy and sedation, respond slowly to questioning, and show little spontaneous movement (Meagher, 2009). Mostly older patients experience this form, but they are often misdiagnosed or overlooked, as in many cases are confused with dementia or depression (Fong et al., 2009; Hosker & Ward, 2017). Some patients experience also a mixture of those subtypes and the level of distress in hypoactive delirium is similar to hyperactive (Hosker & Ward, 2017), thus the significance for the existence of any type should not be underestimated.

The main problem of delirium is that it is often associated with serious negative patient outcomes, such as increased risk of death, higher morbidity, functional impairment, increased length of stay, higher per-day hospital costs, and economic burden (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2016; Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014; NICE, 2010, 2014; Prayce, Quaresma, & Neto, 2018; Young, Murthy, Westby, Akunne, & O'Mahony, 2010). The economic burden per hospitalization is estimated at US \$2,500 per patient, totaling approximately \$6.9 billion in Medicare hospital expenditure during 2000 (Inouye, Schlesinger, & Lydon, 1999; Inouye et al., 2000), while more recent studies have shown that the total cost ranges from \$16,303 to \$64,421 per patient (Leslie & Inouye, 2012; Weinrebe, Johannsdottir, Karaman, & Füsgen, 2016). However, the real cost posthospitalization for long term care, informal caregiving and rehabilitation services is estimated even more (Fong et al., 2009). Delirium also has an impact on families and increased burden on caregivers, healthcare professionals (Breitbart, Gibson, & Tremblay, 2002; Finucane, Lugton, Kennedy, & Spiller, 2017; Hshieh, Inouye, & Oh, 2018; Morandi et al., 2015; Prayce et al., 2018), and national healthcare systems (OECD, 2012), adding to the economic and societal impact of the syndrome (Leslie & Inouye, 2012). There is also evidence that although the prevalence of delirium during hospitalization is quite high especially in older patients, it is often missed, under-recognized, and underreported (Bellelli et al., 2016; Erden Aki, Derle, Karagol, Turkyilmaz, & Taskintuna, 2014; González Pezoa, Carrillo Venezian, & Castillo Rojas, 2015; Panitchote et al., 2015; Rice, Bennett, Clesi, & Linville, 2014; Zalon, Sandhaus, Kovaleski, & Roe-Prior, 2017).

Knowledge and attitudes of health care staff toward patients with delirium have been explored to a certain extent, but most of the available instruments have been designed to assess both knowledge and attitudes. Based on the lack of instruments examining nurses' attitudes, and the fact that attitudes impact learning (Lovelace & Brickman, 2013), the

aim of this study was to report the process of developing and obtaining the validity and reliability of an instrument examining attitudes toward older people with delirium that can be used in research, practice, and education. The basic assumption behind this instrument is that it is possible to uncover a person's internal state of beliefs, motivation, or perceptions by asking them to respond to a series of statements (Fraenkel & Wallen, 1996).

BACKGROUND AND CONCEPTUAL FRAMEWORK

Caring for a patient with delirium in hospitals is stressful and exhausting (Le Blanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018) especially for nurses who are struggling to identify changes in the patient's cognitive condition and at the same time deliver a safe care (Brooke & Manneh, 2018). Nurses also reported feelings of discomfort and frustration (due to a lack of confidence in the assessment of delirium) highlighting the unpleasant nature of delirium (Bélanger & Ducharme, 2011; Zamoscik, Godbold, & Freeman, 2017). Evidence from studies comparing nurses and physicians, reported similar perceptions and attitudes toward delirium (Nydahl et al., 2018; Selim & Wesley Ely, 2017; Trogrlić et al., 2017) and acknowledgment that this is a common and major problem especially in the ICU's. Trogrlić et al. (2017), went further to examine the barriers for the implementation of intervention targeted at improved ICU delirium guideline adherence and found that apart from the lack of knowledge, delirium care is also complicated by a lack of trust in the reliability of delirium screening tools, the belief that delirium is not preventable, by poor collaboration between nurses and physicians, reluctance to change delirium care practices and the perception that the delirium guideline is inconvenient in daily practice (Trogrlić et al., 2017).

Although delirium was studied mainly in relation to critically ill patients, there are epidemiological studies supporting that it can occur in any hospital setting (Vasilevskis, Han, Hughes, & Ely, 2012). The percentage of old patients with delirium upon admission to hospital is about 11%–25% and an additional proportion of 29%–31% of hospitalized older patients will develop delirium. The risk factors of delirium across any setting include dementia, advanced age, comorbidities, visual impairment, depression, infections, and dehydration (Mori et al., 2016; Vasilevskis et al., 2012). Added to those, Ahmed et al. (2014), in a systematic review and meta-analysis of 11 articles also found that dementia, illness severity, visual impairment, urinary catheterization, low albumin level, and length of hospital stay, were significantly associated with delirium.

A strong under-recognition of delirium especially in older patients during hospitalization is documented (Van Velthuisen et al., 2017), especially by the nursing staff (Bellelli et al., 2014; El Hussein, Hirst, & Salyers, 2015). The evidence that nurses' knowledge about delirium is low is also well documented (Agar et al., 2011; Christensen 2014; Devlin et al., 2008; Donahue, Kazer, Smith, & Fitzpatrick, 2011; Fick, Hodo, Lawrence, & Inouye, 2007; Flagg, Cox, Mcdowell, Mwose, & Buelow, 2010; Forsgren & Eriksson, 2010; Hamdan-Mansour, Farhan, Othman, & Yacoub, 2010; Hare, Wynaden, McGowan, Landsborough, & Speed, 2008; Meako, Thompson, & Cochrane, 2011; Ramaswamy et al., 2011; Rice et al., 2014; Siddiqi et al., 2011; Steeg, IJkema, Wagner, & Langelaan, 2015; Varghese, Macaden, Premkumar, Mathews, & Kumar, 2014; Voyer, Richard, Doucet, Danjou, & Carmichael, 2008). Similarly, attitudes about patients with delirium were found negative, and there have been reports that patients are undervalued or ignored (Inouye, 2018). Therefore, if these patients are considered as "a burden," this may result in compromises in the quality of care they receive (Dahlke & Phinney, 2008; Herrero et al., 2008;

Lou & Dai 2002; Mc Carthy, 2003; Patel et al., 2009; Rogers & Gibson, 2002). On the other hand, examples of hospitals with high levels of nurses' knowledge about delirium and the use of guidelines, protocols, and delirium bundles do not always imply positive staff attitudes (Evans & Durant, 1995; Young & George, 2003). This phenomenon is explained by the nature of delirium itself and by the lack of conceptual understanding of delirium, as well as the negative attitudes toward patients with delirium, regarding them as unpopular or as a burden (El Hussein & Hirst, 2016; El Hussein et al., 2015).

To many people the terms *knowledge*, *attitudes*, and *skills* are similar concepts used to define competency. Although there is an association between knowledge and attitudes, better knowledge does not simply lead to unambiguous acceptance (Jallinoja & Aro, 2000). Understanding attitudes is important because of their influence over an individual's behavior and in practice the term is often used as an umbrella expression covering such concepts as preferences, feelings, emotions, beliefs, expectations, judgments, and appraisals (Jain, 2014). Many models of understanding attitudes have been described, but most of them agree on the triptych nature consisting of affect, behavior, and cognition. In particular, the Cognitive-Affective-Conative Model (CAC) model described by Schiffman and Kanuk (2004), proposes that attitude has three components:

1. The cognitive components that refers to the thoughts, beliefs, and knowledge an individual has about something
2. The affective component that involves a person's feelings and emotions
3. The conative or behavior component that involves a person's actions or responses

Although the study of the concept originated in psychology as a psychological tendency, attitudes in nursing are considered a significant aspect of care that enables nurses to practice in a person-centered, safe, and collaborative way (Price, 2015).

There are several instruments used to evaluate nurses' knowledge about delirium and many of these knowledge assessment tools were referring to ICU nurses, as for example Christensen (2014) and Hamdan-Mansour et al. (2010), but there are also tools that have been used in surveys in general hospital wards (Agar et al., 2011; Flagg et al., 2010;). Additionally, the NKD (Nurses' Knowledge Delirium) questionnaire (Hare et al., 2008), has been used in several surveys and the National Health Service (NHS) is conducting a validation study for the instrument (Speed, 2015). Some instruments were also developed to evaluate the effectiveness of educational interventions and were given in pre- and postintervention (Donahue et al., 2011; Forsgren & Eriksson, 2010; Meako et al., 2011; Ramaswamy et al., 2011; Siddiqi et al., 2011).

Fewer instruments were used to evaluate nurses' attitudes toward patients with delirium/confusion, most of them examining nurses' attitudes together with behaviors (Gong et al., 2009; Patel et al., 2009) or with experiences, beliefs, assessment, or the management of delirium (Beach, Chen, & Huffman, 2013; Devlin et al., 2008; Freeman, Hallett, & McHugh, 2016; Mac Sweeney et al., 2010). All these studies used samples of nurses working in Intensive Care Units. Only two studies focus on nurses' attitudes toward patients with delirium, but the one had no evidence of validation (Herrero et al., 2008) and the other was a Doctoral Thesis (Hagerling, Fruhauf, MacPhee, & Dik, 2015).

METHOD

The overall strategy of the study was to employ a methodological design that included a preparatory stage consisting of (a) content identification, (b) content development,

281

(c) content critique, (e) a pilot study and a final stage of, (f) a field study consisting of psychometric testing of the tool through calculation of the internal consistency and construct validity.

The aim of the preparatory stage was to ensure that the instrument design is well grounded in theory and that it is useful and understandable to researchers and clinicians. The aim of the final stage was to provide empirical evidence to establish the instrument's validity and reliability focusing on assessing how well the instrument captures the construct under study.

Since the instrument can be considered as a value-expectancy model, the contributing factor of behavioral objectives can be further attributed for evaluation (Fishbein & Ajzen, 2011). The term *value-expectancy model* refers to cognitive pathways in which the determinants of intentions are formed (Branscum & Lora, 2016). For instance, when nurses form a belief about an outcome an attitude is shaped toward behavior and this fact is correlated with the engagement of a specific behavior, also called as behavior belief (Branscum & Lora, 2016). The development of the instrument was based on measurement theory (Hand, 1996). The measurement process is designed to record and capture the underlying construct and concept and involves a systematic assignment of values to observations based on a priori rules of measurement (Viswanathan, 2005). Measurement theory is considered as the thought process and consistent structure of knowledge that adjust the basis of valid measurements. The integrity and relevancy of tests and data are ensured, resulting in scalable and detectable events, interpreted to pertinent, valid, and reliable measurements (Krebs, 1987). The strategy used for each section is described below:

Content Identification

The first step of the instrument development was to define the theoretical concept and its' characteristics. In this case, there was a need to explore three concepts, that is "attitudes" "delirium" and "acute confusion" and how these are related.

Content Development

The aim of this stage was to develop the content of the questionnaire, based on the existing literature, evidence, ideas, and experiences as well as to find questionnaires related to the exploration of nurses' attitudes toward patients with delirium. An exploration of the scientific literature was carried out in Medline, ProQuest, and Google Scholar using the terms *delirium; validation; nursing; attitude*. In combination with the findings from the general and methodological literature, a group discussion with clinical nurses, academics, and a physician, the initial content of the instrument was developed.

Content Critique

This stage of the questionnaire development included a face validity and measurement of the content validity index (CVI). A face validity was performed in order to examine the degree to which the questions measure the concept under study and whether “on its face” the derived questionnaire represents the variable “attitudes.” Discussion of the suitability and relatedness of the questions was carried out by the research group (three professors, experts in instrument validation, and a PhD student).

282

Pilot Study

The pilot study would play a key role in the pretesting and refinement of the new instrument and is also a critical element of the good research design. For the pilot study we did a test– retest reliability test.

The derived questionnaire of 26 items on a 5-point Likert scale was distributed to a group of 30 nurses. After a period of 3 weeks it was distributed again to the same persons in order to calculate the correlation coefficient of participants’ responses at the two different times.

Field Study

The field study included two major tests: (a) calculation of the internal consistency using Cronbach’s alpha and (b) construct validity using factor analysis. Before starting the field study, the protocol was submitted to the National Ethics Committee (equivalent to the Institutional Review Board) in order to obtain approval according to the existing National Law of the country. The questionnaire was anonymous accompanied by a letter explaining the purpose of the study.

Completing the questionnaire was considered as consent of participation and it was distributed to 237 registered nurses during a national conference. The inclusion criteria were to be a registered nurse working in a hospital setting and the sample size was decided upon the number of the questions that is about 10 participants for each question.

RESULTS

Content Identification Results

We explored three concepts, that is “attitudes” “delirium” and “acute confusion” and how these are related. Attitude is an important construct in psychology consisting of three critical components that although is extensively explored in nursing research, the term is vague and is frequently used together with the term *knowledge*. However, almost all the questionnaires found measuring knowledge and attitudes were actually measuring knowledge whereas attitude measurement was not clear. Similarly, the terms *confusional state* or *confusion* or *delirium* are often presented as synonymous; it is interesting to note that many widely used questionnaires for the measurement of delirium do not include the term *delirium* in the title, but they use the term *confusion* instead (e.g., Confusion Assessment Measure, CAM).

Content Development and Critique Results

The aim of this stage was to develop the content of the questionnaire, based on the existing literature, evidence, ideas, and experiences as well as to find questionnaires related to the exploration of nurses' attitudes toward patients with delirium. An exploration of the scientific literature was carried out in Medline, ProQuest, and Google Scholar using the terms *delirium; validation; nursing; attitude*. In combination with the findings from the general and methodological literature, a group discussion with clinical nurses, academics, and a physician followed. In the findings from the general and methodological literature and the group discussion with clinical nurses, academics, and the physician we ended up with a pool of 50 (fifty) questions that were focusing on nurses' attitudes toward patients with delirium. As a part of the strategic content development, this process included a constant evaluation of the questions, the wording, meaning, editing, and measurement strategies.

283

Critique of the questionnaire development included a face validity and measurement of the CVI. A face validity was performed in order to examine the degree to which the questions measure the concept under study and whether "on its face" the derived questionnaire represents the variable "attitudes." Discussion of the suitability and relatedness of the questions was carried out by the research group (three professors, experts in instrument validation, and a PhD student). From the 50 questions, 11 (eleven) were considered as irrelevant and were deleted. However, since face validity is considered as probably the weakest way to demonstrate content validity, we proceeded with the examination of CVI. The remaining 39 questions were sent to a group of 20 experts including academics, clinical nurses, and physicians for a CVI examination. Based on the results and the comments from the experts we ended up with 26 questions. I-CVI values were obtained by the formula: number of reviewers agreed / number of reviewers. Formula was used for each of the 39 items (I-CVI) and overall tool mean was 0.89. The minimum value of I-CVI we considered acceptable was 0.88.

Following the agreement of this reduction, the 26 questions were grouped by the research team into three categories, following the CAC model described by Schiffman and Kanuk (2004) consisting of the affective component that involves a person's feelings and emotions, the behavior components meaning the way the attitude influences behavior and the cognitive component involving a person's belief and knowledge.

After deciding on which questions be logically categorized into the three domains, the questions were given to a fourth researcher, who is a health psychologist, holding a PhD to make her own categorization. The questions were presented in a list not following the three domains categorization and interestingly the psychologist also grouped the same questions into the same category as the research group, supporting the three-dimensional model.

Pilot Study Results

A 26 item, 5-point Likert scale questionnaire was derived to a group of 30 nurses and after a period of 3 weeks it was distributed again to the same persons in order to calculate the correlation coefficient of participants' responses at the two different times.

The McNemar analysis was used for the test–retest for the 26 items of the instrument. The results showed significant agreement between participants' responses at the two different time points, with a *p*-value <.05 supporting a satisfactory reliability. The existence of a strong positive correlation indicates the veracity of test–retest reliability (Bland & Altman, 2002; Boynton, 2004; Gibbon, 1995; Higgings & Straub, 2006; Merkouris, 2008).

Field Study Results

The field study included two major tests: (a) calculation of the internal consistency using Cronbach's alpha and (b) construct validity using factor analysis. From the 237 registered nurses that the questionnaire was given during a national conference, 150 returned the questionnaire, giving a response rate of 65% that is considered satisfactory. The characteristics of the participants are presented in Table 1.

Internal Consistency

Internal consistency was examined with Cronbach's alpha coefficient that for the whole instrument of the 26 questions was satisfactory. Also, item analysis was conducted on the data, providing item-to-total correlations and Cronbach's alpha if the item was deleted from

284

TABLE 1. Characteristics of the Participants

Demographic Variables	<i>n</i> (%)	Mean	<i>SD</i>
Response rate	154/237(65%)	-	-
Age (in years)Range: 20–59	148(96.1%)	36.31	10.743
Gender Female	107(71.3%)		
Male	43(28.7%)		
Education			
Nursing school diploma (3 years)	7(4.7%)		
University degree (4 years)	75(48.7%)		
Clinical specialization	15(9.7%)		
Master's degree	50(32.5%)		
PhD	2(1.3%)		
Experience in nursing (in years)		13.01	9.85

the scale. More specifically, regarding the overall internal consistency, the instrument had a Cronbach's alpha of 0.89 and the stability reliability of the scale was acceptable (correlation coefficient ranged from $r = .43$ to $r = .95$). Although in the item-to-total correlation some questions had low correlations, correlation coefficient supported scale homogeneity because the Cronbach's alpha did not change if they were removed. The results for the item to total correlations and if item was deleted are presented in Table 2.

Construct Validity

Factor analysis was performed for two reasons. First to reduce the number of items so as to make the instrument more user friendly and also to create fewer interpretable underlying factors. The KMO measure of sampling adequacy was 0.854 and Bartlett's test of sphericity had a $p < .001$, indicating that our data was appropriate for factor analysis. Factor loadings were considered appropriate if they

were larger than 0.3 and all the questions with the exception of three (questions 4, 5, and 9) had loadings between 0.347 and 0.987.

A forced factor analysis was performed following the theoretical model of attitudes consisting of three thematic areas namely perception, behavior, and emotions. Using forced factor analysis with Direct Oblimin rotation the results showed the three factors explained a total of 56.5% of the variance.

The first factor, beliefs, explained 37.025% of variance, with an eigenvalue of 9.611. The second factor, behavior, explained 12.792% of the variance, with an eigenvalue of 3.061 and the third factor, emotions, explained 5.652% of the variance, with an eigenvalue of 2.326.

Questions 4, 5, and 9 had a very low loading on the factor of perceptions. But they also had low loadings on the other factors, so they were removed from the analysis.

The results regarding the factor loadings, the grouping of factors and the correlations between the factors appear below in Tables 3 through 5. All the correlations were statistically significant, with p -values $<.001$.

285

TABLE 2. Item Total Correlations, Squared Multiple Correlation, Cronbach's Alpha If Item Deleted

Question	Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. I feel comfortable to take care of a patient with acute delirium	.077	.327	.891
2. I trust myself to make appropriate interventions for a patient with delirium	-.040	.349	.891
3. I would like to have continued guidance regarding care of patients with delirium	-.146	.212	.891
4. The presence of patient's family can calm him/her and help him/her overcome the crisis.	-.014	.254	.895
5. If a patient offends me, I feel that I must do the same thing.	-.019	.123	.899
6. If a patient develops delirium, I take him/her into account and encounter him/her seriously	-.197	.436	.891
7. I try to understand the patient with delirium better.	.054	.664	.891
8. I avoid patients with such problems in my shift.	-.090	.431	.891
9. I give to a patient with delirium all kinds of supportive care	-.015	.092	.895
10. I have patience with patients with delirium	-.086	.612	.891

11. I try to manage the situation to help the patient to overcome the crisis	-.010	.695	.891
12. I still care about the patient's health, the same way I did before the agitation crisis.	.109	.615	.891
13. I believe that delirium is a phenomenon that occurs mainly in the elderly.	.930	1.000	.875
14. Kind words can calm down a patient with delirium	.930	1.000	.875
15. I consider a patient with delirium situation is very serious	.763	1.000	.876
16. If I got hit by a patient, I tie him/her	.929	1.000	.875

(Continued)

TABLE 2. Item Total Correlations, Squared Multiple Correlation, Cronbach's Alpha If Item Deleted (Continued)

Question	Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
17. When an elderly patient has delirium, I suspect that another problem might exist.	.930	1.000	.875
18. The best indication of the presence of delirium in patients is disorientation	.525	.395	.885
19. Colleagues are willing to help when I have questions about a patient with delirium.	.528	.365	.885
20. I clearly understand the reason of the patient's arousal	.929	1.000	.875
21. I do not feel comfortable to care a patient with delirium	.929	1.000	.875
22. I consider that the use of physical constraints to patients with acute is necessary	.511	.620	.889
23. I consider that delirium is a phenomenon that occurs in several units of a hospital, and not only in the ICU.	.651	.570	.880
24. I consider that delirium is an under- diagnosed syndrome	.706	.701	.878
25. I consider that delirium can largely prevented	.664	1.000	.880
26. I consider that delirium is a manageable situation	.706	1.000	.878

DISCUSSION

Our study aimed to develop a new tool for the measurement of nurses' attitudes toward old patients with delirium (ATOD) and examine the validity and reliability of the scale. The results showed that the ATOD is a helpful, quick and easy to score tool for assessing attitudes and that the psychometric properties of the instrument suggest that it is worthy for further development and refinement. A conceptual approach to the new instrument would be consistent on the Attitude Theory and the questions were based on the triptych nature of attitude (affect, behavior, cognitive), as our instrument includes knowledge (questions 4, 13–15, 17–18, 20, 22–26), response (questions 2, 5–6, 8–9, 11, 16, 19), and feelings (questions 1,3 7,10,12, 21).

TABLE 3. Results of Factor Analysis With Direct Oblimin Rotation (Non-Orthogonal Rotation)

Items on Factor	Perception (Factor 1)	Behavior (Factor 2)	Emotion (Factor 3)
1. I feel comfortable to take care of a patient with acute delirium			.434
2. I trust myself to make appropriate interventions for a patient with delirium			.408
3. I would like to have continued guidance regarding care of patients with delirium			.340
4. The presence of patient's family can calm him/her and help him/her overcome the crisis.			.105
5. If a patient offends me, I feel that I must do the same thing.			-.026
6. If a patient develops delirium, I take him/her into account and encounter him/her seriously		.561	
7. I try to understand the patient with delirium better.		.861	
8. I avoid patients with such problems in my shift.		.723	
9. I give to a patient with delirium all kinds of supportive care		.169	
10. I have patience with patients with delirium		.559	
11. I try to manage the situation to help the patient to overcome the crisis			.598
12. I still care about the patient's health, the same way I did before the agitation crisis.			.586
13. I believe that delirium is a phenomenon that occurs mainly in the elderly.	.987		
14. Kind words can calm down a patient with delirium	.987		
15. I consider a patient with delirium situation is very serious	.757		
16. If I got hit by a patient, I tie him/her	.987		
17. When an elderly patient has delirium, I suspect that another problem might exist.	.987		

(Continued)

TABLE 3. Results of Factor Analysis With Direct Oblimin Rotation (Non-Orthogonal Rotation) (Continued)

Items on Factor	Perception (Factor 1)	Behavior (Factor 2)	Emotion (Factor 3)
18. The best indication of the presence of delirium in patients is disorientation	.606		
19. Colleagues are willing to help when I have questions about a patient with delirium.	.618		
20. I clearly understand the reason of the patient's arousal	.987		
21. I do not feel comfortable to care a patient with delirium	.987		
22. I consider that the use of physical constraints to patients with acute is necessary	.533		
23. I consider that delirium is a phenomenon that occurs in several units of a hospital, and not only in the ICU.	.738		
24. I consider that delirium is an underdiagnosed syndrome	.750		
25. I consider that delirium can largely prevented	.633		
26. I consider that delirium is a manageable situation	.715		
Eigenvalues	9.611	3.061	2.326.
Eigenvalues (afterrotation)			
Percentage of variance explained (total = 56.5%)			

TABLE 4. Grouping of Factors

Factors	Cronbach's Alpha	Number of Items	Items	Mean	SD
Perceptions	0.908	14	(13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)	3.52	.31
Behavior	0.568	4	(6, 7, 8, 10)	4.02	.54
Emotion	0.534	5	(1, 2, 3, 11, 12)	3.50	.67
Overall	0.889	23	23	3.72	.37

TABLE 5. Correlations Between Factors

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	1	.519	.469
Factor 2	.519	1	.458
Factor 3	.469	.458	1
Overall	.831	.867	.686

Note. All the correlations are statistically significant, with p -values $<.001$.

To our knowledge there is no validated instrument published to measure nurse's attitudes toward older persons and it is useful to be used on its own or in complementing knowledge instruments about old patient confusion. The ATOD can be used both in nurse education and intervention studies for the assessment of attitudes, especially because there is evidence that nursing students are not prepared enough to care for confused older patients on general hospital wards (Griffiths, Knight, Harwood, & Gladman, 2014). Most of the studies supporting this finding explain that although there is much emphasis on developing knowledge, this doesn't mean that future nurses will develop a positive attitude toward the elderly (Lovell, 2006), or acquire better communication skills with older patients (Hammar, Holmström, Skoglund, Meranius, & Sundler, 2017; Nevill & Dickie, 2014). This weakness of the educational system to create a more positive image of old people (Kusumastuti et al., 2017) may lead to negative connotations as regards the care of older persons with complicated care needs as delirium. There is also evidence that nurses who experience strain at work report more negative attitudes toward patients with cognitive impairment (Nilsson et al., 2011). This means that the development of positive attitudes toward patients with delirium need to continue beyond the initial nurse training to continuous professional education. Therefore, if strategies are implemented to improve the early recognition and care of old patients with delirium, it is important to examine attitudes in combination with knowledge.

The psychometric properties of the 23-item ATOD were also adequate. Findings from the exploratory factor analysis support a 3-factor model with a total explanation percentage of 56.5% of the variance and maintain the generally accepted three-dimensional ideas of attitudes described by several models for attitudes consisting of the affective, behavioral, and cognitive components. The three subscales also had adequate reliability coefficients (Cronbach's alpha ranged from 0.53 to 0.90) and the correlation between the factors ranged from .45 to .52. The loading of the individual questions was satisfactory, ranging from 0.34 to 0.98 with only 3 questions that is 4, 5 and 9 that had a very low loading on all the factors, and therefore they were removed.

This study is limited by sampling and settings. The convenience sample was recruited from different hospital settings increasing heterogeneity that might have influenced the results that could have been different if the sample was drawn from a hospital unit level. Generalizing the results to the nursing population may not be appropriate without further psychometric testing of the scale and additional studies using a larger sample will be useful to further test and refine the instrument. Applying more sophisticated sampling methodology, such as stratified and/or randomly selected samples, as well as other psychometric testing of the scale, would be warranted.

RELEVANCE TO NURSING PRACTICE, EDUCATION AND RESEARCH

The instrument developed is relevant to nursing practice and education. Measuring nurse's attitudes toward delirious patients, itself could be the first step to identify negative attitude toward older patients with delirium and it is useful in better understanding the difficulty of management of care. The instrument can also be used by educational managers to diagnose nurses' learning needs, for continuing education, in order to improve their attitudes toward older people, thus patient's complex needs will be met.

As regards its relevance to research, regardless of the limitations the instrument can be used for intervention studies aiming to improve attitudes toward older patients with delirium and advance the management and quality of care. The assumption that increase in knowledge may lead to better care raises concerns as to the methodological examination of both knowledge and attitudes as similar concepts, as well as the favorability of intervention strategies on growing nurses' knowledge, without focusing on the complexities of attitudes change and development. Moreover, recognizing nurses' attitudes toward delirium care will develop qualitative research as well, aiming to investigate reasons for those attitudes and revealing nurses' educational needs, as far as it concerns delirium care management.

CONCLUSION

The instrument has been developed to assess nurses' attitudes toward patients with delirium especially in older patients. Based on the assumption that attitudes impact learning and consequently influence knowledge the aim of the study was to provide a measure that will facilitate intervention studies and educational approaches to the benefit of older patients and improvement of care. The innovation of this study lies on the development of a tool that is focusing specifically on attitudes while most similar instruments are focusing on nurses' knowledge and the attitudes are hardly explored. Although, many tools have been constructed for exploring nurses' attitudes toward delirium, the main focus of them are on ICU nurses, so nurses working in medical or geriatric wards cannot respond to those instruments, thus the development of a new instrument addressing them is considered as an innovation. However, the measurement of attitudes poses many challenges as compared with the measurement of knowledge therefore more work needs to be done for the refinement of the tool and strengthening its psychometric properties.

REFERENCES

- Agar, M., Draper, B., Phillips, P., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., & Currow, D. (2011). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care. *Aged Care Psychiatry, and Oncology Palliative Medicine*, 26, 887–896. doi:10.1177/0269216311419884
- Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 43(3), 326–333. doi:10.1093/ageing/afu022
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual* (5th ed.). Washington, DC: APA Press.

291

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2016, July). *Delirium clinical care standard*. Sydney, Australia: The Commission.

- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing Critical Care, 16*(6), 303–315. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Beach, S. R., Chen, D. T., & Huffman, J. C. (2013). Attitudes and beliefs of trainees and nurses regarding delirium in the intensive care unit. *Academic Psychiatry, 37*(6), 436–438. doi:10.1007/BF03340089
- Bellelli, G., Morandi, A., Di Santo, S. G., Mazzone, A., Cherubini, A., Mossello, E., . . . Trabucchi, M. (2016). Italian Study Group on Delirium (ISGoD). "Delirium Day": A nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Medicine, 14*, 106. doi:10.1186/s12916-016-0649-8
- Bellelli, G., Morandi, A., Zanetti, E., Bozzini, M., Lucchi, E., Terrasi, M., & Trabucchi, M. (2014). AIP delirium study group. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: An Italian survey. *International Psychogeriatrics, 26*(12), 2093–2102. doi:10.1017/S1041610214001653
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (2002). Statistics notes: Validating scales and indexes. *British Medical Journal, 324*, 606–607. doi:10.1136/bmj.324.7337.606
- Boynton, P. M. (2004). Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *British Medical Journal, 328*, 1372–1375. doi:10.1136/bmj.328.7452.1372
- Branscum, P., & Lora, K. (2016). Development and validation of an instrument measuring theorybased determinants of monitoring obesogenic behaviors of pre-schoolers among hispanic mother. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(6), 554. doi:10.3390/ijerph13060554
- Breitbart, W., Gibson, C., & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics, 43*, 183–194. doi:10.1176/appi.psy.43.3.183
- Brooke, J., & Manneh, C. (2018, March 12). Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses. *International Journal of Nursing Practice, 24*, e12643. doi:10.1111/ijn.12643
- Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017, October). Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. *Drugs, 77*(15), 1623–1643. doi:10.1007/s40265-0170804-3
- Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H. J., . . . de Rooij, S. (E. (2011). Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: Prevalence and one-year survival and functional decline. *PLOS ONE, 6*(11), e26951. doi:10.1371/journal.pone.0026951
- Christensen, M. (2014). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: Asian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing, 30*, 54–60. doi:10.1016/j.iccn.2013.08.004
- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium. *Journal of Gerontological Nursing, 34*, 41–47. doi:10.3928/00989134-20080601-03
- Devlin, J. W., Marquis, F., Riker, R. R., Robbins, T., Garpestad, E., Fong, J. J., & Skrobik, Y. (2008). Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care, 12*(1), R19. doi:10.1186/cc6793
- Donahue, M., Kazer, M. W., Smith, L., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Effect of a geriatric nurse education program on the knowledge, attitudes, and certification of hospital nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing, 42*(8), 360–364. doi:10.3928/00220124-20110415-01
- 292
- El Hussein, M., & Hirst, S. (2016). Tracking the footsteps: A constructivist grounded theory of the clinical reasoning processes that registered nurses use to recognise delirium. *Journal of Clinical Nursing, 25*(3–4), 381–391. doi:10.1111/jocn.13058
- El Hussein, M., Hussein, S., & Salyers, V. (2015). Factors that contribute to under recognition of delirium by registered nurses in acute care settings: A scoping review of the literature to explain this phenomenon. *Journal of Clinical Nursing, 24*(7–8), 906–915. doi:10.1111/jocn.12693
- Erden Aki, O., Derle, E., Karagol, A., Turkyilmaz, C., & Taskintuna, N. (2014). The prevalence and recognition rate of delirium in hospitalized elderly patients in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 18*(1), 52–57. doi:10.3109/13651501.2013.865754
- Espino, D. V., Jules-Bradley, A. C., Johnston, C. L., & Mouton, C. P. (1998). Diagnostic approach to the confused elderly patient. *American Family Physician, 57*(6), 1358–1366.
- European Delirium Association and American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine, 12*, 141. doi:10.1186/s12916-014-0141-2

- Evans, G., & Durant, J. (1995). The relationship between knowledge and attitudes in the public understanding of science in Britain. *Public Understanding of Science*, 4, 57–74. doi:10.1088/09636625/4/1/004
- Fick, D., Hodo, D., Lawrence, F., & Inouye, S. (2007). Recognizing delirium superimposed on dementia: Assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40–47.
- Finucane, A. M., Lugton, J., Kennedy, C., & Spiller, J. A. (2017). The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: An integrative literature review. *Psychooncology*, 26(3), 291–300. doi:10.1002/pon.4140
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J., & Buelow, J. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24, 260–266. doi:10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Fong, T. G., Tulebaev, S. R., & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5, 210–220. doi:10.1038/nrneuro.2009.24
- Forsgren, L. M., & Eriksson, M. (2010). Delirium—awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 296–303. doi:10.1016/j.iccn.2010.07.003
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (1996). *How to design and evaluate research in education*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Freeman, S., Hallett, C., & McHugh, G. (2016). Physical restraint: Experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 78–87. doi:10.1111/nicc.12197
- Gibbon, B. (1995). Validity and reliability of assessment tools. *Nursing Research*, 2, 48–55. doi:10.7748/nr.2.4.48.s6
- Gong, Z. P., Liu, X. W., Zhuang, Y. Y., Chen, X. P., Xie, G. H., Cheng, B. L., . . . Fang, X. M. (2009). Survey of attitudes and behaviors of healthcare professionals on delirium in ICU. *Chinese Journal of Traumatology*, 12(6), 328–333.
- González Pezoa, A. C., Carrillo Venezian, C. B., & Castillo Rojas, S. (2015). Prevalence of delirium in hospitalized patients from an internal medicine service. *Medwave*, 15(10), e6311. doi:10.5867/medwave.2015.10.6311
- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., & Gladman, J. R. F. (2014). Preparation to care for confused older patients in general hospitals: A study of UK health professionals. *Age and Ageing*, 43, 521–527. doi:10.1093/ageing/aft171
- Hagerling, F. L., Fruhauf, C. A., MacPhee, D., & Dik, B. (2015). *Nurse attitudes toward caring for older patients with delirium*. Thesis for the Degree of Master of Science, Colorado State University, Fort Collins, Colorado.
- Hamdan-Mansour, A., Farhan, N., Othman, E., & Yacoub, M. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 571–676. doi:10.3928/0022012420100802-01
- Hammar, L. M., Holmström, I. K., Skoglund, K., Meranius, M. S., & Sundler, A. J. (2017). The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Education Today*, 52, 1–6. doi:10.1016/j.nedt.2017.02.002
- Hand, D. J. (1996). Statistics and the theory of measurement. *Journal of the Royal Statistical Society*, 159(3), 445–492. doi:10.2307/2983326
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29, 23–31. doi:10.5172/conu.673.29.1.23
- Herrero, S., Mendoza, N., Rodríguez, M. M., Mendoza, D., Piney, E. G., & Prieto, A. S. (2008). Multicentre study about nurses' attitude to delirium patients. *Critical Care & Shock*, 11, 35–44.
- Higgings, P. A., & Straub, A. J. (2006). Understanding the error of our ways: Mapping the concepts of validity and reliability. *Nursing Outlook*, 54, 23–29. doi:10.1016/j.outlook.2004.12.004
- Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2014). Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 815–830. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.01.008
- Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., Chye, R., & Phillips, J. (2015). Nurse perceptions of the nursing delirium screening scale in two palliative care inpatient units: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21–22), 3276–3285. doi:10.1111/jocn.12925
- Hosker, C., & Ward, D. (2017). Hypoactive delirium. *BMJ*, 357, j2047. doi:10.1136/bmj.j2047

293

- Hshieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2018). Delirium in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*, 1–17. doi:10.1016/j.psc.2017.10.001
- Inouye, S. K. (2018). Delirium—A framework to improve acute care for older persons. *Journal the American Geriatrics Society*, *66*, 446–451. doi:10.1111/jgs.15296
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summer, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M. (2000). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, *340*, 669–676. doi:10.1056/NEJM199903043400901
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. J., & Lydon, T. J. (1999). Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine*, *106*, 565–573. doi:10.1016/S0002-9343(99)00070-4
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, *383*, 911–922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Jain, V. (2014). 3D model of attitude. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, *3*(3), 1–12.
- Jallinoja, P., & Aro, A. R. (2000). Does knowledge make a difference? The association between knowledge about genes and attitudes toward gene tests. *Journal of Health Communication*, *5*(1), 29–39. doi:10.1080/10810730050019546
- Krebs, D. E. (1987). Measurement theory. *Physical Therapy*, *67*(12), 183–189. doi:10.1093/ptj/67.12.1834
294
- Kusumastuti, S., van Fenema, E., Polman-van Stratum, E. C., Achterberg, W., Lindenberg, J., & Westendorp, R. G. (2017). When contact is not enough: Affecting first year medical students' image towards older persons. *PLOS ONE*, *12*(1), e0169977. doi:10.1371/journal.pone.0169977
- Le Blanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Critical Care Nursing*, *44*, 92–98. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.002
- Leslie, D. L., & Inouye, S. K. (2012). The importance of delirium: Economic and societal costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(2), 241–243. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x
- Lou, M., & Dai, Y. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research*, *10*, 279–289. doi:10.1097/01.JNR.0000347609.14166.84
- Lovelace, M., & Brickman, P. (2013). Best practices for measuring students' attitudes toward learning science. *CBE Life Sciences Education*, *4*, 606–617. doi:10.1187/cbe.12-11-0197
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, *24*(1), 22–26. doi:10.1016/j.jvn.2005.11.001
- Mac Sweeney, R., Barber, V., Page, V., Ely, E. W., Perkins, G. D., Young, J. D., . . . Intensive Care Foundation. (2010). A national survey of the management of delirium in UK intensive care units. *QJM*, *103*, 243–251. doi:10.1093/qjmed/hcp194
- McCarthy, M. (2003). Situated clinical reasoning: Distinguishing acute confusion from dementia in hospitalized older adults. *Research in Nursing & Health*, *26*, 90–101. doi:10.1002/nur.10079
- Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *International Review of Psychiatry*, *21*, 59–73. doi:10.1080/09540260802675460
- Meako, M., Thompson, H., & Cochrane, B. (2011). Orthopedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthopedic Nursing*, *30*, 241–248. doi:10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
- Merkouris, A. (2008). *Methodology of nursing research* (pp. 141–142). Athens, Greece: Ellin.
- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., . . . Bellelli, G. (2015). Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*, 272–280. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.06.012
- Mori, S., Takeda, J. R., Carrara, F. S., Cohrs, C. R., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. *50*(4), 587–593. doi:10.1590/S0080-623420160000500007
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, July). *Delirium in adults. Quality standard*. Retrieved from [nice.org.uk/guidance/qs63](https://www.nice.org.uk/guidance/qs63)

- Nevill, C., & Dickie, R. (2014). The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. *Nurse Education Today*, *34*(7), 1074–1079. doi:10.1016/j.nedt.2014.04.018
- Nilsson, K., Gustafson, L., & Hultberg, B. (2011). Survival in a large elderly population of patients with dementia and other forms of psychogeriatric diseases. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *32*(5), 342–350. doi:10.1159/000335728
- Nydahl, P., Dewes, M., Dubb, R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S., & von Haken, R. (2018, January). Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nursing in Critical Care*, *23*(1), 23–29. doi:10.1111/nicc.12299
- Panitchote, A., Tangvoraphonchai, K., Suebsoh, N., Eamma, W., Chanthonglarng, B., Tiamkao, S., & Limpawattana, P. (2015). Under-recognition of delirium in older adults by nurses in the intensive care unit setting. *Aging Clinical and Experimental Research*, *27*(5), 735–740. doi:10.1007/s40520-015-0323-6
- Patel, R. P., Gambrell, M., Speroff, T., Scott, T. A., Pun, B. T., Okahashi, J., . . . Ely, E. W. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviours and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, *37*(3), 825–832. doi:10.1097/CCM.0b013e31819b8608
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Médica Portuguesa*, *31*(1), 51–58. doi:10.20344/amp.9670
- Ramaswamy, R., Dix, E. F., Drew, J. E., Diamond, J. J., Inouye, S. K., & Roehl, B. J. O. (2011). Beyond grand rounds: A comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium. *The Gerontologist*, *51*(1), 122–131. doi:10.1093/geront/gnq075
- Rice, K., Bennett, M., Clesi, T., & Linville, L. (2014). Mixed-methods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *45*, 136–148. doi:10.3928/00220124-20140219-02
- Robinson, T., & Eiseman, B. (2008). Postoperative delirium in the elderly: Diagnosis and management. *Clinical Interventions Aging*, *3*(2), 351–355. doi:10.2147/CIA.S2759
- Rogers, A., & Gibson, C. (2002). Experiences of orthopedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopedic Nursing*, *6*, 9–17. doi:10.1054/joon.2001.0210
- Rood, P., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Australian Critical Care*, *31*, 180–187. doi:10.1016/j.aucc.2018.02.002
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2004). *Consumer behavior* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Selim, A. A., & Wesley Ely, E. (2017). Delirium the under-recognised syndrome: Survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(5–6), 813–824. doi:10.1111/jocn.13517
- Siddiqi, N., Young, J., House, A. O., Featherstone, I., Hopton, A., Martin, C., & Edwards, J. (2011). Stop delirium! A complex intervention to prevent delirium in care homes: A mixed-methods feasibility study. *Age Ageing*, *40*(1), 90–98. doi:10.1093/ageing/afq126
- Singler, K., & Thomas, C. (2017). HELP—Hospital Elder Life Program—multimodal delirium prevention in elderly patients. *Internist (Berl)*, *58*(2), 125–131. doi:10.1007/s00108-016-0181-0
- Speed, G. (2015). The impact of a delirium educational intervention with intensive care unit nurses. *Clinical Nurse Specialist*, *29*, 89–94. doi:10.1097/NUR.000000000000106
- Stegg, L., IJkema, R., Wagner, C., & Langelaan, M. (2015). The effect of an E-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Medical Education Journal*, *15*, 12. doi:10.1186/s12909-015-0289-2
- Troglic, Z., Ista, E., Ponsen, H. H., Schoonderbeek, J. F., Schreiner, F., Verbrugge, S. J., . . . van der Jagt, M. (2017). Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: A survey among intensive care unit professionals. *Nursing Critical Care*, *22*(3), 133–140. doi:10.1111/nicc.12239
- Trzepacz, P. T., Breitbart, W., Franklin, J., Levenson, J., Martini, R. D., & Wang, P. (2010). Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Retrieved from https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/delirium.pdf
- Van Velthuisen, E. L., Zwakhalen, S. M., Mulder, W. J., Verhey, F. R., & Kempen, G. I. (2017). Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: A retrospective cohort study evaluating daily practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*, 1521–1529. doi:10.1002/gps.4690

- Van Zyl, L. T., & Seitz, D. P. (2006). Delirium: Concisely: Condition is associated with increased morbidity, mortality and length of hospitalization. *Geriatrics, 61*, 18–22.
- Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P., & Kumar, S. (2014). Delirium in older people in hospital: An education programme. *British Journal of Nursing, 23*(13), 704–709. doi:10.12968/bjon.2014.23.13.704
- Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G., & Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology, 26*(3), 277–287. doi:10.1016/j.bpa.2012.07.003
- Viswanathan, M. (2005). *Measurement error and research design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Voyer, R., Richard, S., Doucet, L., Danjou, C., & Carmichael, P. H. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing, 7*(4), 1–14. doi:10.1186/1472-6955-7-4
- Weinrebe, W., Johannsdottir, E., Karaman, M., & Füsgen, I. (2016). An economic evaluation of hyperactive delirium. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48*, 52–58. doi:10.1007/s00391-015-0871-6
- Young, L., & George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age and Ageing, 32*, 525–528. doi:10.1093/ageing/afg094
- Young, J., Murthy, L., Westby, M., Akunne, A., & O’Mahony, R. (2010). Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: Summary of NICE guidance. *BMJ, 341*, c3704. doi:10.1136/bmj.c3704
- Zalon, M. L., Sandhaus, S., Kovalski, M., & Roe-Prior, P. (2017). Hospitalized older adults with established delirium: Recognition, documentation, and reporting. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(3), 32–40. doi:10.3928/00989134-20161109-01
- Zamoscik, K., Godbold, R., & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses’ experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing, 40*, 94–100. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.003

Disclosure. The authors have no relevant financial interest or affiliations with any commercial interests related to the subjects discussed within this article.

Acknowledgments. The study was funded by the National Scholarships Foundation. The authors would like to thank all nurses who participated in the study.

Correspondence regarding this article should be directed to Evridiki Papastavrou, PhD, RN, Associate Professor, Cyprus University of Technology, Department of Nursing, Limassol, Cyprus.

E-mail: e.papastavrou@cut.ac.cy

Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση

Παραλήρημα Investigating nurses' knowledge of acute confusion / delirium
Cyprus Nursing Chronicles. 19(2):14-22.

Author: Μαρία Παπαϊωάννου¹, Αναστάσιος Μερκούρης², Χριστιάνα Κούτα³, Ευριδίκη Παπασταύρου⁴.

1. BSc, MSc, PhD(c) Νοσηλευτική Λειτουργός / Συντονίστρια Εκπαίδευσης Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού
2. BSc, MSc, PhD Αναπληρωτής Καθηγητής Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
3. BSc, MSc, PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
4. BSc, MSc, PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Περίληψη

Εισαγωγή: Η οξεία σύγχυση/παραλήρημα αποτελεί την πιο κοινή έκτακτη ανάγκη θεραπείας στους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία και μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες. Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την οξεία σύγχυση είναι περιορισμένες και ελλοχεύει ο κίνδυνος οι ασθενείς να μην αναγνωριστούν έγκαιρα και να τύχουν ορθής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα οι ασθενείς οι οποίοι το βιώνουν σιωπηρά.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών, που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα.

Υλικό και Μέθοδος: Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Nurses Knowledge of Delirium), 36 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 835 νοσηλευτές στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος, με ποσοστό ανταπόκρισης 67% (558).

Αποτελέσματα: Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα είναι περιορισμένες. Στις 25 από τις 36 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν. Ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2%.

Συμπεράσματα: Χρειάζεται η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα

Λέξεις κλειδιά: γνώσεις, νοσηλευτές, οξεία σύγχυση, παραλήρημα, NKD.

Abstract

Introduction: Acute confusion / delirium is the most common emergency problem for elderly hospitalized patients that needs urgent treatment, otherwise it and can have serious consequences. The literature shows that knowledge of the nursing staff about acute confusion is limited and there is a risk that patients will not be early recognized and treated properly, especially those who experience it silently.

Objective: The purpose of the study is to investigate the level of knowledge of nurses working in public hospitals in Cyprus, about acute confusion / delirium.

Materials and methods: For this purpose, the 36 question, Nurses Knowledge of Delirium Questionnaire was used. The questionnaire was given to 835 nurses in public hospitals in Cyprus, working in departments with increased frequency of delirium, with a response rate of 67% (558).

Results: Nurses' knowledge of acute confusion / delirium is limited. In 25 of the 36 questions related to delirium, most of the nurses answered incorrectly or that they didn't know. The average of the correct answers was 42.2%.

Conclusions: Educational programs need to be developed to improve nurses' knowledge of acute confusion / delirium **Keywords:** knowledge, nurse, acute confusion, delirium, NKD.

Εισαγωγή

Ο όρος παραλήρημα αναφέρεται σε οξεία συγχυτική κατάσταση, η οποία οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων και ασθενειών, σε κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων ή πολλαπλής αιτιολογίας. Η οξεία σύγχυση - παραλήρημα είναι ένα περίπλοκο κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωστικής λειτουργικότητας ή αντίληψης του ατόμου, που αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και τα συμπτώματα του τείνουν να κυμαίνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (NICE 2010, American Psychiatric Association, 2013).

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο του American Psychiatric Association 2013, 5η έκδοση, απαριθμεί πέντε βασικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν το παραλήρημα, όπως:

- α) Η διαταραχή της προσοχής (μειωμένη ικανότητα να κατευθύνει, να εστιάσει, να διατηρήσει και να μετατοπίσει την προσοχή) και της επίγνωσης (μειωμένος προσανατολισμός στο περιβάλλον).
- β) Η διαταραχή αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες έως λίγες μέρες), παρουσιάζεται με μια αλλαγή από την βασική προσοχή και επίγνωση και τείνει να κυμαίνεται κατά τη διάρκεια μιας ημέρας.
- γ) Μια πρόσθετη διαταραχή στη γνωστική λειτουργία (π.χ. έλλειψη μνήμης, αποπροσανατολισμός, γλώσσα, οπτικοακουστική ικανότητα ή αντίληψη).
- δ) Οι διαταραχές στα κριτήρια α) και γ) να μην εξηγούνται καλύτερα από μια προ-υπάρχουσα, υπάρχουσα ή υπό εξέλιξη νευρογνωστική διαταραχή και να μην εμφανίζονται στο πλαίσιο ενός σοβαρά μειωμένου επιπέδου συνείδησης, όπως το κώμα.
- ε) Να υπάρχουν στοιχεία από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση φυσιολογική

συνέπεια κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης, τοξίκωσης ή απόσυρσης ουσιών ή έκθεσης σε τοξίνη ή να οφείλεται σε πολλαπλές αιτιολογίες.

Ωστόσο, οι κορυφαίοι Επιστημονικοί Οργανισμοί στην πρακτική του παραληρήματος, το American Delirium Society (ADS) και το European Delirium Association (EDA), σε κοινή τους θέση για το παραλήρημα (2014), προτείνουν μια πιο περιεκτική ερμηνεία των κριτηρίων DSM-5, που θα έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη ασφάλεια των ασθενών μέσω της ευρύτερης πρόληψης και εντοπισμού παραληρήματος. Το παραλήρημα σύμφωνα με τους Meagher et al (2009), διακρίνεται σε τρεις υπο-τύπους ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή:

1. Υπερκινητικός τύπος (hyperactive type), με αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, ανησυχία, ταραχή και μειωμένος έλεγχος της συμπεριφοράς,
2. Κατασταλμένος - Υποκινητικός τύπος (hypoactive type), με μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, βραδείες κινήσεις και νωθρότητα και ο
3. Μικτός τύπος (mixed type), όπου υπάρχει μια διακύμανση των άλλων δύο τύπων μέσα στη μέρα.

Η οξεία σύγχυση - παραλήρημα παρουσιάζεται σε ποσοστό μέχρι το 55% των ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών (Ahmed et al 2014, Rood et al., 2018) και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για μόνιμη γνωστική και λειτουργική έκπτωση. Μπορεί όμως να προληφθεί σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (Singler & Thomas, 2017) και είναι συχνά αναστρέψιμη με τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου (Espino et. al., 1998, Robinson & Eiseman, 2008, Bush et al 2017).

Παρόλο που το παραλήρημα μελετήθηκε κυρίως σε σχέση με ασθενείς με σοβαρή/ κρίσιμη νόσο, υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που

υποστηρίζουν ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε νοσοκομειακό περιβάλλον (Vasilevskis et al., 2012).

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι περίπου 11% -25% και ένα επιπλέον ποσοστό 29% -31% των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών θα αναπτύξει παραλήρημα. Οι παράγοντες κινδύνου του παραληρήματος, περιλαμβάνουν την άνοια, την προχωρημένη ηλικία, τις συννοσηρότητες, τη μειωμένη όραση, την κατάθλιψη, τις λοιμώξεις και την αφυδάτωση (Vasilevskis et al., 2012 Mori et al., 2016). Επιπλέον οι Ahmed et al. (2014), σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 11 δημοσιευμένων άρθρων, διαπίστωσαν ότι η άνοια, η σοβαρότητα της ασθένειας, η μειωμένη όραση, η παρουσία καθετήρα ουροποιητικού συστήματος, το χαμηλό επίπεδο λευκωματίνης και το διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο σχετίζονται με το παραλήρημα. Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται μειωμένη αναγνώριση του παραληρήματος, σε ηλικιωμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Van Velthuisen et al., 2017), ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό (Bellelli et al., 2014; El Hussein, Hirst, & Salyers, 2015). Το ίδιο χαμηλό είναι διαχρονικά και το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την οξεία σύγχυση - παραλήρημα (Fick et al 2007; Devlin et al., 2008; Hare et al 2008; Voyer, et al 2008; Flagg et al 2010; Forsgren & Eriksson, 2010; Hamdan-Mansour et al 2010; Agar et al., 2011; Donahue et al 2011; Meako, et al 2011; Ramaswamy et al., 2011; Siddiqi et al., 2011; Christensen 2014; Rice et al., 2014; Varghese, et al 2014; Steeg, et al 2015) και ελλοχεύει ο κίνδυνος οι ασθενείς να μην αναγνωριστούν (διαγνωστούν) έγκαιρα και να τύχουν ορθής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα οι ασθενείς οι οποίοι το βιώνουν σιωπηρά (Young and George, 2003, Fick et al 2007, Rice et al 2014).

Η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα είχε διερευνηθεί και στον ελληνικό χώρο από τους Ουζούνη και Νακάκη (2012) και φάνηκε επίσης ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών και

στην Ελλάδα είναι σε χαμηλά επίπεδα. Οι νοσηλευτές σε μεγάλο αριθμό ερωτήσεων απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν και το 80,5% δήλωσε ότι εφαρμόζει τον σωματικό περιορισμό για τον έλεγχο της ανησυχίας των συγχυτικών ασθενών. Στην Κύπρο το θέμα αυτό δεν είχε διερευνηθεί πριν την συγκεκριμένη μελέτη και αυτός ήταν και ένας από τους λόγους εκπόνησης της σχετικής έρευνας.

Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποτελεί μέρος ερευνητικής εργασίας της ερευνητικής ομάδας και του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου και αποσκοπεί στην διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Κατά την εκπόνηση της

ερευνητικής εργασίας είχαν τεθεί τα πιο κάτω ερωτήματα και υποθέσεις:

- Ποιο το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα;
- Ποιο το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την παρουσία του παραληρήματος;
- Ποιο το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος;
- Ποια σχέση υπάρχει ανάμεσα στις γνώσεις των νοσηλευτών για το υπό μελέτη θέμα και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά; [Υλικό και μέθοδος](#)

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Nurses Knowledge of Delirium), 36 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο αυτό είχε κατασκευασθεί από τους Hare et al (2008) έχει χρησιμοποιηθεί από τους δημιουργούς του σε ανάλογη έρευνα στην Αυστραλία το 2008 και μέχρι

σήμερα έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 17 έρευνες και έχει μεταφραστεί σε 7 γλώσσες.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο μέρος αναφέρεται σε ερωτήσεις σχετικά με την οξεία σύγχυση και τους προδιαθεσικούς της παράγοντες. Συγκεκριμένα στο δεύτερο μέρος υπάρχει μία ερώτηση πολλαπλής επιλογής που αναφέρεται στον ορισμό του παραληρήματος, επτά ερωτήσεις που αναφέρονται σε εργαλεία με τα οποία αξιολογείται το παραλήρημα, η άνοια και η κατάθλιψη, για να επιλέξουν ποια με από αυτά εντοπίζουμε το κάθε νόσημα. Στη συνέχεια ακολουθούν 28 δηλώσεις σχετικά με το παραλήρημα στις οποίες θα πρέπει να επιλέξουν εάν συμφωνούν ή διαφωνούν με την παραδοχή αυτή ή δεν γνωρίζω, εάν δεν είναι βέβαιοι για αυτό.

Το ερωτηματολόγιο είχε σταθμιστεί το 2013 (Speed 2015) και για το σκοπό της παρούσας μελέτης, έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με τις επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, έχει δοκιμαστεί πιλοτικά και έχει σταθμιστεί.

Συγκεκριμένα, η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα, έγινε σύμφωνα με την προτεινομένη διαδικασία της «Trust Scientific Advisory Committee» SAC (MAPI Research Institute, 2002) και Medical Outcomes Trust Bulletin (1997).

Η διαδικασία μετάφρασης, όπως προτείνεται από τις παραπάνω Συμβουλευτικές Επιστημονικές Επιτροπές, βασίζεται σε κάποια ελάχιστα κριτήρια. Σύμφωνα με αυτά, δύο ανεξάρτητοι και δίγλωσσοι επαγγελματίες υγείας εργάστηκαν για την προς τα εμπρός μετάφραση (forward translation). Στη συνέχεια, ακολούθησε η μέθοδος της αναφοράς «συμφιλίωσης» (reconciliation report), που είναι η διαδικασία εναρμόνισης των δύο μεταφράσεων από έναν δίγλωσσο επαγγελματία υγείας με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά, που διευκολύνει την διαδικασία συμφωνίας και προέκυψε η τελική

συμφωνηθείσα εκδοχή. Τέλος έγινε ξανά μετάφραση του ερωτηματολογίου πίσω στην Αγγλική γλώσσα (backward translation) από ένα δίγλωσσο άτομο που είχε σαν μητρική γλώσσα την Αγγλική και δεν γνώριζε την αυθεντική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

Στην διαδικασία προσαρμογής ερωτηματολογίου, έγινε έλεγχος αξιοπιστίας με τη δοκιμασία ελέγχου - επανελέγχου (test-retest). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε 2 φορές, σε 20 άτομα με διαφορά 15 ημερών. Για το έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος McNemar για τη συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δυο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υποκλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha που υπολογίστηκε στο 0,86 (>0,60), τιμή που καταδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή αξιοπιστία. Έγινε έλεγχος όψευς από ομάδα εμπειρογνομόνων, έλεγχος εγκυρότητας με παραγοντική ανάλυση, και πιλοτική δοκιμή σε 220 νοσηλευτές σε νοσοκομεία που δεν θα λάμβαναν μέρος στη μελέτη. Μετά την οριστικοποίηση του, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 835 νοσηλευτές στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών IBM-SPSS 23 και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο $p < 0,05$. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου προσδιορίσθηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Kuder-Richardson. Οι ερωτήσεις στις οποίες η απάντηση ήταν «δεν γνωρίζω», επεξεργάσθηκαν ως λάθος, ενώ οι ερωτήσεις με ορθή απάντηση αθροίστηκαν προκειμένου να υπολογισθεί το ποσοστό της γνώσης κάθε συμμετέχοντα, για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Εκτός από τον υπολογισμό των ορθών απαντήσεων για μέτρηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

έγινα και μέτρηση του Δείκτη Ευκολίας ή Δυσκολίας για κάθε ερώτηση. Επιπλέον υπολογίστηκε ο δείκτης διαχωριστικής ισχύος, ο οποίος δείχνει την ικανότητα που διαθέτει η ερώτηση να διαχωρίσει τους συμμετέχοντες σε εκείνους που γνωρίζουν το θέμα και σε εκείνους που δεν το γνωρίζουν. Ακόμη μια προσέγγιση της διακριτότητας των ερωτήσεων, εκτός από τον πιο πάνω δείκτη διαχωριστικής ισχύος, ήταν και η ο έλεγχος του Δείκτη Διάκρισης (Δ.Δ.), μια προσέγγιση που περισσότερο έκρινε τις ερωτήσεις αν χρειάζονταν βελτίωση.

Ηθική και Δεοντολογία

Στην έρευνα αυτή δόθηκε ο απαραίτητος σεβασμός στην προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, εξασφαλίζοντας την πληροφορημένη συναίνεση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων, διατηρώντας την ανωνυμία τους και την ασφάλεια των πληροφοριών που λήφθηκαν.

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν και επεξεργάστηκαν σύμφωνα με τον Νόμο περί Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων του 1998, τηρήθηκαν καθ' όλη την διεξαγωγή της έρευνας και διασφαλίστηκαν και μετά το πέρας αυτής. Η μελέτη αξιολογήθηκε και εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ ΕΠ 2015.01.115), κατόπι εξασφάλισης άδειας για συλλογή και διαχείριση των δεδομένων από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Αρ. Φακ. 3.28.404), για γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας αρχείου. Τελική άδεια για διεξαγωγή της έρευνας παραχωρήθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας (Αρ. Φακ. 5.34.01.7.6Ε).

Αποτελέσματα

Με βάση τα αποτελέσματα από την πιλοτική μελέτη δεν θεωρήθηκε απαραίτητη η διαγραφή ερωτήσεων, όμως ορισμένες επα- ναδιατυπώθηκαν προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόησή τους. Αυτό που είχε παρατηρηθεί ήταν ότι πολλοί συμμετέχοντες, δεν απαντούσαν καθόλου την

πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, η οποία ήταν η μόνη ερώτηση πολλαπλής επιλογής και αναφερόταν στον ορισμό του παραληρήματος. Σε διερεύνηση του θέματος και συζήτηση με συμμετέχοντες στην έρευνα μας ανέφεραν ότι δεν την είχαν προσέξει, γιατί ήταν μόνη της και ήταν μετά τις οδηγίες για απάντηση του ερωτηματολογίου και έτσι έγινε μια μικρή αλλαγή στην διαμόρφωση της συγκεκριμένης σελίδας του ερωτηματολογίου. Το τελικό ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 835 νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος δηλαδή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Ορθοπεδικά, Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, σε Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Αμμοχώστου), με ποσοστό ανταπόκρισης 67% (558).

Το συνολικό μέγεθος δείγματος ήταν 558 νοσηλευτές, με ηλικία από 21 μέχρι 65 χρονών και μέσο όρο ηλικίας τα 35.8 χρόνια, με τυπική απόκλιση 8.2 χρόνια. Σχετικά με τη συνολική εμπειρία, ήταν από 1 μέχρι 35 χρόνια, με μέσο όρο 13.2 χρόνια και τυπική απόκλιση 8.2 χρόνια. Η εμπειρία στο τμήμα κυμαίνεται από 0 μέχρι 27 χρόνια με μέσο όρο 6.8 χρόνια και τυπική απόκλιση 6.0 χρόνια. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (312, 56.1%), πτυχιούχοι νοσηλευτές/τριες χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (323, 58%), ενώ μεταπτυχιακές σπουδές ανέφεραν 149 νοσηλευτές (26.8%). Στον Πίνακα 1 πιο κάτω φαίνονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Στις 25 από τις 36 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους, απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν. Ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2%. Η ανάλυση διενεργήθηκε για την συνολική κλίμακα αλλά και για τις τρεις υποκλίμακες - τρία μέρη του ερωτηματολογίου (1- ορισμός παραληρήματος (ερώτηση 1.1), 2- εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος (ερωτήσεις 1.2 -1.8) και 3- παρουσία παραληρήματος και παράγοντες

κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος (ερωτήσεις 1.9 - 1.36)). Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται το ποσοστό ορθών απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες για κάθε υποκλίμακα και στην συνολική κλίμακα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Ποσοστά ορθών απαντήσεων ανά κατηγορία

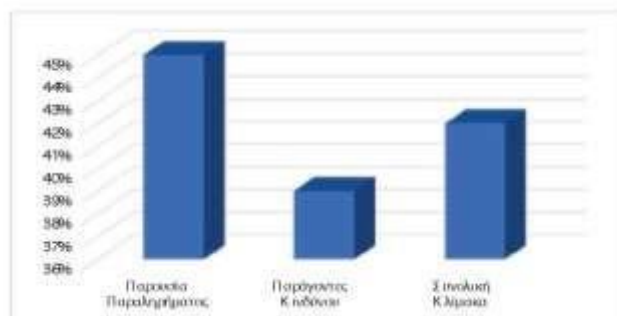
Κατηγορία ερωτήσεων ερωτηματολογίου (υποκλίμακες)	Ποσοστά ορθών απαντήσεων
Ορισμός παραληρήματος Ερώτηση (1.1)	38%
Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος Ερωτήσεις (1.2-1.8)	41.6%
Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος Ερωτήσεις (1.9 - 1.36)	42.5%
Συνολική Κλίμακα	42.2%

Δημογραφικό Στοιχείο	Κατηγορίες	Συχνότητα	%
Θέση εργασίας	Πρώτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	22	3.9
	Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	46	8.2
	Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	490	87.8
Φύλο	Άντρας	244	43.9
	Γυναίκα	312	56.1
Νοσοκομείο	Λευκωσία	199	35.7
	Λεμεσού	203	36.4
	Λάρνακας	92	16.5
	Αμμοχώστου	64	11.5
Τμήμα	Ορθοπαιδικό	47	8.4
	Χειρουργικό	89	15.9
	Παθολογικό	164	29.4
	ΥΑΕΠ	114	20.4
	ΜΕΘ	144	25.8
Σπουδές	Δίπλωμα	7	1.3
	Πτυχίο	323	58.0
	Εξειδίκευση	78	14.0
	Μεταπτυχιακό	142	25.5
	Διδακτορικό	7	1.3
Εξειδίκευση	Καμία	459	82.4
	Μαιευτικά	3	0.5
	Ψυχική Υγεία	2	0.4
	Διοίκηση	19	3.4
	Κοινωνική	7	1.3
	Εντατική	49	8.8
		14	2.5
	Ασθενοφόρα	3	0.5
	Διαβήτης	1	0.2
	Λοιμώξεις		

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

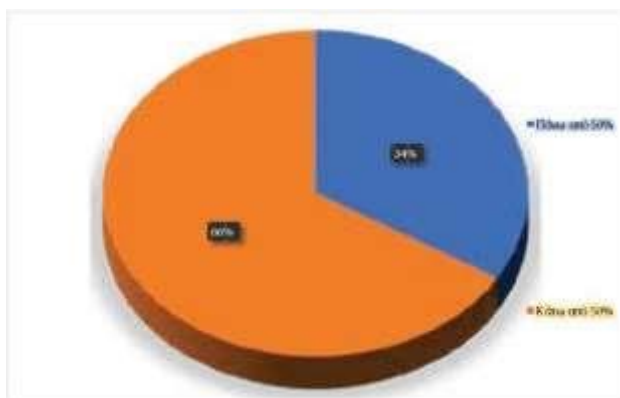
Επιπλέον έγινε υπολογισμός των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις δηλώσεις σχετικά με την παρουσία του παραληρήματος και παρόντες κινδύνους ανάπτυξης του παραληρήματος (1.2-1.36) και διαφάνηκε ότι στις ερωτήσεις που αφορούσαν την παρουσία του παραληρήματος ολόκληρο το ποσοστό ορθών απαντήσεων (45.9%) σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παρόντες κινδύνους (39.9%) αλλά και με την συνολική κλίμακα απάντησης του νίσι (42.2%).

Γράφημα 1: Ποσοστό ορθών απαντήσεων



Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στην ανάπτυξη παραληρήματος. Αν θεωρήσουμε ως του ερωτηματολογίου 100 άτομα, δηλαδή ποσοστό 33.7% απάντησαν πάνω από τη βάση δεδομένων ποσοστό σωστών απαντήσεων πάνω από 50% (πάνω από 18 στις 36 ερωτήσεις) αντίστοιχα άτομα απάντησαν κάτω από τη βάση των 50% των ατόμων που απάντησαν κάτω από τη βάση δεδομένων.

Γράφημα 2: Ποσοστό απαντήσεων πάνω από την βάση >50%



των ερωτηθέντων είχαν κάτω από 13 σωστές απαντήσεις, τα 2/3 κάτω από 18 σωστές απαντήσεις. Χαρακτηριστικά σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής για τα συμπτώματα που περιγράφουν και προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα, μόνο 38% των συμμετεχόντων απάντησαν ορθά. Σε χαμηλό επίπεδο ήταν ερωτήσεις που αναφέρονταν σε συμπτώματα παρουσίας του παραληρήματος (διακυμάνσεις προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού και αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας, το εάν οι ασθενείς θυμούνται τα επεισόδια

παραληρήματος κ.α.), αλλά και σε ερωτήσεις που αναφέρονταν στους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος (μειωμένη όραση, μειωμένη ακοή, το φύλο, οικογενειακό ιστορικό άνοιας, αποκατάσταση κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού κ.α.). Στον πίνακα 3 που ακολουθεί παρουσιάζονται ερωτήσεις που οι συμμετέχοντες απάντησαν με βαθμολογία κάτω του μέσου όρου σωστών απαντήσεων ήταν 15.1 (από τα 36), ενώ η μέσου όρου ορθών απαντήσεων (< 42.2%). μέγιστη τιμή ήταν 30 σωστές από τις 36 (ένα άτομο).

Πίνακας 3: Ερωτήσεις με ποσοστό ορθών απαντήσεων κάτω το μέσου όρου (< 42.2%)

Αρ. Συμμετεχόντων N=558/ Υποκλίμακες	Αρ.	Ερώτηση	Ορθές απαντήσεις n (%)
Ορισμός (1.1)	1.1	Ποια από τις πιο κάτω ομάδες συμπτωμάτων περιγράφουν/προσδιορίζουν καλύτερα το παραλήρημα	212 (38%)
Εργαλεία για αναγνώριση του παραληρήματος (1.2-1.8)	1.2 1.5 1.6	Μίνι κλίμακα αξιολόγησης νοητικής κατάστασης - MMSE Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ -AWS Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης - (CAM)	87 26 125 (15.6%) (4.7%) (22.4%)
Παρουσία παραληρήματος και παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη παραληρήματος (1.9 - 1.36)	1.9	Οι διακυμάνσεις μεταξύ προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού δεν είναι τυπικό σύμπτωμα στο παραλήρημα	225 (40.3%)
	1.10	Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να προσομοιάζουν με αυτά του παραληρήματος	
	1.12 1.13	Οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται επεισόδια παραληρήματος Η εξέταση MMSE είναι ο καλύτερος τρόπος να διαγνώσεις το παραλήρημα	182 150 108 (32.6%) (26.9%) (19.4%)
	1.14	Ένας ασθενής ο οποίος υπόκειται σε αποκατάσταση του κατάγματος της κεφαλής του μηριαίου οστού έχει την ίδια πιθανότητα εμφάνισης παραληρήματος με ένα ασθενή που κάνει προγραμματισμένη αρθροπλαστική ισχίου	162 (29.0%)
	1.17	Ένας ασθενής με μειωμένη όραση βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για παραλήρημα	181 (32.4%)
	1.20	Το φύλο δεν έχει καμία επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος	133 (23.8%)
	1.23	Οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα από ότι οι γυναίκες.	110 (19.7%)
	1.24	Ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για παραλήρημα	146 (26.2%)
	1.26	Η μειωμένη ακοή αυξάνει τον κίνδυνο για παραλήρημα	216 (38.7%)
	1.31	Ασθενείς με παραλήρημα έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας	178 (31.9%)
1.32	Οικογενειακό ιστορικό άνοιας προδιαθέτει ένα ασθενή για παραλήρημα	131 (23.5%)	
1.33	Οι αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρούνται τυπικό του παραληρήματος	224 (40.1%)	

Διερευνήθηκε επίσης ποιες μεταβλητές επιδρούν στο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα. Δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο γνώσης με βάση τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Συνολικά από τις 36 ερωτήσεις, μόνο στις 12 ερωτήσεις το ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν πάνω από 50%, που σημαίνει ότι αυτές οι ερωτήσεις είχαν υψηλό Δείκτη Ευκολίας. Τον πιο ψηλό Δείκτη Ευκολίας είχε η ερώτηση 1.7 (72.6%), (Εργαλείο αξιολόγησης - διάγνωση της κατάθλιψης η Κλίμακα καταγραφής κατάθλιψης του Beck's) στην ερώτηση αυτή 72.6% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά. Η ερώτηση με τον πιο χαμηλό Δείκτη Ευκολίας (δηλαδή η πιο δύσκολη ερώτηση) ήταν η ερώτηση 1.5, που αναφερόταν στο εργαλείο αξιολόγησης του παραληρήματος και της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ - Κλίμακα Στέρησης Αλκοόλ -AWS, ενώ υπήρχαν αρκετές άλλες ερωτήσεις με χαμηλό Δ.Ε., ακόμη και κάτω από το όριο 0.30. Γενικά φαίνεται ότι στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν υπήρχαν ερωτήσεις που μπορούν να θεωρηθούν ως πολύ εύκολες (πχ Δ.Ε.>0.9) (χωρίς πρακτική αξία ή ικανότητα διαχωρισμού των νοσηλευτών). Υπήρχαν όμως κάποιες που μπορεί να θεωρηθούν ως πολύ δύσκολες για τους συμμετέχοντες (πχ Δ.Ε.<0.3) (όπως οι ερωτήσεις 1.2, 1.5, 1.6, 1.12, 1.13, 1.14, 1.20, 1.23, 1.24, 1.32).

Επιπλέον υπολογίστηκε ο δείκτης διαχωριστικής ισχύος, ο οποίος δείχνει την ικανότητα που διαθέτει η ερώτηση να διαχωρίσει τους συμμετέχοντες σε εκείνους που γνωρίζουν το θέμα και σε εκείνους που δεν το γνωρίζουν. Μια ερώτηση θεωρήθηκε ότι έχει μικρή διαχωριστική ικανότητα (αξία) όταν είτε κανένας σχεδόν νοσηλευτής δεν τη απαντά σωστά είτε όταν όλοι σχεδόν την απαντούν σωστά. Υπολογίζεται με τη σημειακή δισειριακή συσχέτιση (point-biserial correlation), η οποία εκφράζει πόσο καλά οι συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν ταυτόχρονα τόσο ως προς μία ερώτηση σωστό/λάθος όσο και ως προς τη συνολική βαθμολογία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, ο συντελεστής r_{pb} μετρά τη συσχέτιση

μεταξύ του βαθμού σε μία ερώτηση του τύπου σωστό/λάθος που παίρνει κάποιος συμμετέχοντας και της ολικής βαθμολογίας (στην περίπτωση μας του συνολικού αριθμού σωστών απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων). Οι περισσότερες ερωτήσεις διαφάνηκε ότι είχαν υψηλό δείκτη διαχωριστικής ισχύος. Μόνο οι ερωτήσεις 1.2, 1.5, 1.24 και 1.32 είχαν χαμηλό δείκτη διαχωριστικής ισχύος, δηλαδή οι συμμετέχοντες είχαν σωστές απαντήσεις στις υπόλοιπες ερωτήσεις και όχι σε αυτές, άρα ίσως χρειάζονται κάποια βελτίωση στις γνώσεις αναφορικά με το περιεχόμενο των ερωτήσεων αυτών. Αυτές οι συγκεκριμένες ερωτήσεις είδαμε και πριν ότι είναι και οι ερωτήσεις που δυσκόλεψαν περισσότερο τους συμμετέχοντες, δηλαδή είχαν και χαμηλό Δείκτη Ευκολίας εκτός από τον χαμηλό δείκτη διαχωριστικής ισχύος. Ακόμη μια προσέγγιση της διακριτότητας των ερωτήσεων, ήταν και η ακόλουθη, με τον Δείκτη Διάκρισης (Δ.Δ.). Ο Δείκτης Διάκρισης, δείχνει κατά πόσον οι νοσηλευτές που αναμενόταν, κατέχουν το γνωστικό αντικείμενο ή κατά πόσο οι νοσηλευτές που σημείωσαν χαμηλή επίδοση στο ερωτηματολόγιο ήταν εκείνοι που δεν αναμενόταν να κατέχουν με επάρκεια το γνωστικό αντικείμενο. Ο υπολογισμός του Δ.Δ. μιας ερώτησης γίνεται ως εξής: Τα ερωτηματολόγια χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: η ομάδα Α (το 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με την υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή στην περίπτωση μας ήταν αυτά που είχαν πάνω από 18 σωστές ερωτήσεις, η ομάδα Γ (το 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με τη χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή αυτά που είχαν κάτω από 13 σωστές απαντήσεις, και η ομάδα Β (το υπόλοιπο 1/3 των ερωτηματολογίων) περιλαμβάνει αυτά με τη μέτρια βαθμολογία, μεταξύ 13 και 18 σωστών απαντήσεων. Από κάθε ερώτηση καταμετρώνται οι σωστές απαντήσεις της ομάδας Α και της ομάδας Γ. Στην ομάδα Α ανήκαν 188 νοσηλευτές (35.3%), στην ομάδα Β 175 νοσηλευτές (32.9%) και στην ομάδα Γ 169 νοσηλευτές (31.8%).

Ο Δείκτης Διάκρισης μιας ερώτησης δίνεται από τον τύπο:

$$\Delta.\Delta. = \frac{\text{αριθμός σωστών απαντήσεων ομάδας Α}}{\text{συνολικός αριθμός ομάδας Α}} - \frac{\text{αριθμός σωστών απαντήσεων ομάδας Γ}}{\text{συνολικός αριθμός ομάδας Γ}}$$

Από το πιο πάνω έλεγχο διαφάνηκε ότι αρκετές ερωτήσεις είχαν Δείκτη Διάκρισης κάτω από 0.4, ενώ οι ερωτήσεις 1.5 και 1.32 είχαν σχεδόν μηδενικό Δ.Δ.

Γενικά, μια ερώτηση θεωρείται «καλή», αν Δ. Διάκρισης > 0,40 και αν 0,70 > Δ. Ευκολίας > 0,30. Οπότε τα πιο πάνω συνδυάζοντας τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι ειδικά οι ερωτήσεις 1.5 και η ερώτηση 1.32 χρειάζονται προσοχή, γιατί έχουν δυσκολέψει ιδιαίτερα τους συμμετέχοντες.

Συζήτηση

Η γνώση για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου είναι ανεπαρκής. Το μέσο συνολικό ποσοστό σωστών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2% (15/36) και είναι παρόμοιο με εκείνο της αντίστοιχης μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία από τους δημιουργούς του εργαλείου (53.14%) (Hare and el, 2008). Ανάλογα αποτελέσματα σημείωσαν και άλλες μελέτες που έγιναν για διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Fick et al, 2007; Hamdan-Mansour et al, 2010; Donahue et al, 2011; Meako et al, 2011; Ramaswamy et al., 2011; Gesin et al, 2012; Christensen, 2014; McCrow et al, 2014; Varghese et al, 2014; Sampaio and Sequeira, 2015; Sinvani et al, 2016; Akrouf and Verloo, 2017; Hickin et al, 2017).

Χαμηλά αποτελέσματα γνώσεων, παρατηρήθηκαν και σε συστηματική ανασκόπηση 10 μελετών των Steis and Fick, όπου διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν αναγνώριζαν το παραλήρημα σε ηλικιωμένους ασθενείς (Steis and Fick 2008). Μειωμένη αναγνώριση του παραληρήματος,

διαπιστώθηκε και σε μελέτες που αφορούσαν την νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών (Bellelli et al., 2014; El Hussein, Hirst, & Salyers, 2015; Van Velthuijsen et al., 2017).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα στην Ελλάδα, σε δείγμα 108 νοσηλευτών που εργάζονταν σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές σε δύο γενικά νοσοκομεία της Αθήνας και σε τρία επαρχιακά. Στην μελέτη αυτή οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δεν είχαν εκπαιδευτεί και δεν γνωρίζαν τον τρόπο αξιολόγησης των ασθενών με συμπτώματα παραληρήματος. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται από την απάντηση των ερωτώμενων ότι το 67% δεν είχαν διδαχθεί τίποτα για το παραλήρημα. Ρυζούνη και Νακάκη 2012).

Το χαμηλό επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών και στην δική μας έρευνα δικαιολογείται, λαμβάνοντας υπόψη ότι κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση στη Κύπρο, γίνεται περιορισμένη αναφορά στην οξεία σύγχυση /παραλήρημα. Στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας, είχε γίνει έγινε μελέτη στην διδακτέα ύλη των προγραμμάτων σπουδών των τελευταίων 20 ετών, στα Πανεπιστήμια της Κύπρου με Τμήματα Νοσηλευτικής και βρέθηκε ότι να είναι πολύ περιορισμένη η ύλη των προγραμμάτων που αναφέρεται στη οξεία σύγχυση και το παραλήρημα. Υπήρξε μικρή αναφορά στην σύγχυση γενικά σε κάποιες ενότητες των προγραμμάτων για τα επίπεδα συνείδησης, σε ενότητες ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπήρχε αναφορά στο αλκοολικό παραλήρημα και μόνο σε ένα Πανεπιστήμιο υπήρχε αναφορά στην ενότητα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, χωρίς όμως ιδιαίτερη έμφαση στο παραλήρημα σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αυτό πιθανό να εξηγεί το πολύ χαμηλό επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών. Επιπλέον στην Κύπρο, απουσιάζουν πλήρως προγράμματα συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης που να εστιάζουν στους νοσηλευόμενους ασθενείς που παρουσιάζουν οξεία σύγχυση / παραλήρημα.

Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα φαίνεται να είναι εμπειρικής παρά θεωρητικής βάσης. Αυτή η άποψη υποστηρίζεται κυρίως από τα χαμηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος σε σχέση με τις ερωτήσεις για τη παρουσία του παραληρήματος, δεδομένου ότι η γνώση για την παρουσία του παραληρήματος θα μπορούσε να αποκτηθεί εμπειρικά.

Ενώ ερωτήσεις που αφορούσαν εργαλεία αξιολόγησης που δεν χρησιμοποιήσαν ποτέ τους οι νοσηλευτές ή παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης, προϋποθέτουν θεωρητική γνώση. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύεται ότι το σημαντικότερο έλλειμμα γνώσης σχετικά με την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα αφορά κυρίως θεωρητικά θέματα (ορισμός, κλίμακες εκτίμησης, συμπτώματα, παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος, κ.α.) τα οποία δε μπορούν να αναπληρωθούν με την εμπειρία. Αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στην εκπόνηση μελλοντικών εκπαιδύσεων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όπου θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή κυρίως θεωρητικών γνώσεων, οι οποίες να συνδυάζονται με την υφιστάμενη γνώση των νοσηλευτών από την εμπειρία τους.

Η εφαρμογή ενός τέτοιου εκπαιδευτικού προγράμματος σε 32 νοσηλευτές ΜΕΘ, το 2015, είχε ως αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα (Speed, 2015). Το εργαλείο που είχε χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών πριν και μετά την παρέμβαση (εκπαιδευτικό πρόγραμμα), ήταν το Nurses' Knowledge of Delirium Questionnaire (NKDQ) των Hare et al, ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και για την δική μας ερευνητική εργασία. Βελτίωση το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα περιελάμβανε σειρά ηλεκτρονικών μαθημάτων (e-learning course) για το παραλήρημα σε 907 νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά

και χειρουργικά τμήματα σε 17 νοσοκομεία της Ολλανδίας (Steeg et al, 2015).

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη αυτή διεξάχθηκε μόνο στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Η συμμετοχή νοσηλευτών από ιδιωτικά νοσηλευτήρια δεν κατέστη δυνατή γι' αυτό και η ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνει με προσοχή.

Συμπεράσματα/Εισηγήσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης διαφαίνεται ότι χρειάζεται η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/ παραλήρημα. Ιδιαίτερα στα νοσηλευτήρια τα οποία διεξάχθηκε η έρευνα και στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών, θα πρέπει να διοργανωθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση του παραληρήματος την ορθή αντιμετώπιση και διαχείριση των ασθενών αυτών. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή κυρίως θεωρητικών γνώσεων (ορισμός, κλίμακες εκτίμησης, συμπτώματα, παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος, κ.α.), στις οποίες φάνηκε και το μεγαλύτερο πρόβλημα στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, οι οποίες να συνδυάζονται με την υφιστάμενη γνώση των νοσηλευτών από την εμπειρία τους.

Επιπλέον θα πρέπει να ενταχθούν στις Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες των νοσοκομείων, κλίμακες εκτίμησης του παραληρήματος και πρωτόκολλα φροντίδας ασθενών που πιθανό να παρουσιάσουν παραλήρημα κατά την νοσηλεία του σε νοσηλευτήριο και πρωτόκολλα φροντίδας ασθενών με οξεία σύγχυση/ παραλήρημα. Ακόμα πιο υποστηρικτικό στη βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση/παραλήρημα θα ήταν η εισαγωγή μαθήματος - ενότητας για το παραλήρημα σε προπτυχιακό επίπεδο γενικής νοσηλευτικής σε όλα

τα πανεπιστήμια με Τμήματα Νοσηλευτικής, αναφορικά με την εκτίμηση και την φροντίδα των ασθενών που εμφανίζουν παραλήρημα, για την ορθή αντιμετώπισή του.

Βιβλιογραφία

1. Akrou, R., Verloo, H. (2017). An observational study of community health care nurses' knowledge about delirium, *Nursing: Research and Reviews*, 2017:7 p27-36
2. Agar, M., Draper, B., Phillips, P., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., & Currow, D. (2011). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care. *Aged Care Psychiatry, and Oncology Palliative Medicine*, 26, 87-896. doi:10.1177/0269216311419884
3. Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 43(3), 326-333. doi:10.1093/ageing/afu022
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual (5th ed.)*. Washington, Pdf_Folio:290 DC: APA
5. Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017, October). Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. *Drugs*, 77(15), 1623-1643. doi:10.1007/s40265-017-0804-3
6. Christensen, M. (2014). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: Asian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 54-60. doi:10.1016/j.iccn.2013.08.004
7. Dahlke S. and Phinney A. (2008), Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice, *Journal of Gerontological Nursing*, Jun;34(6):41-
8. Devlin, J. W., Marquis, F., Riker, R. R., Robbins, T., Garp-estad, E., Fong, J. J., & Skrobik, Y. (2008). Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care*, 12(1), R19. doi:10.1186/cc6793
9. Donahue, M., Kazer, M. W., Smith, L., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Effect of a geriatric nurse education program on the knowledge, attitudes, and certification of hospital nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(8), 360364. doi:10.3928/00220124-20110415-01
10. Fick, D., Hodo, D., Lawrence, F., & Inouye, S. (2007). Recognizing delirium superimposed on dementia: Assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40-47
11. Flagg, B., Cox, L., Mcdowell, S., Mwose, J., & Buelow, J. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24, doi:10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
12. Forsgren, L. M., & Eriksson, M. (2010). Delirium—awareness, observation and interventions in intensive care units: A

- national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 296-303. doi:10.1016/j.iccn.2010.07.003
13. Gesin, G., Russell, B., Lin, A., Norton, J., Evans, S., Devlin, J., (2012), Impact of a delirium screening tool and multi- faceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly, *American Journal of Critical Care*, Volume 21, No. 1
 14. Hamdan-Mansour, A., Farhan, N., Othman, E., & Yacoub, M. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 571-676. doi:10.3928/00220124-20100802-
 15. Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29, 23-31. doi:10.5172/conu.673.29.1.23
 16. Hickin, S., White, S., Knopp-Sihota, J. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an educationbased knowledge translation intervention, *Intensive and Critical Care Nursing*, 41 (2017) 43-49
 17. MAPI Research Institute (2002), Linguistic Validation Process. MAPI Research Institute <http://www.mapi-researchinst.com/lvprocess.asp>. 2002.
 18. McCrow, J., Sullivan, K., Beattie E., (2014). Delirium knowledge and recognition: A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses, *Nurse Education Today*, Volume 34, Issue 6, June 2014, p.912-917 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.006>
 19. Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *International Review of Psychiatry*, 21, 59-73. doi:10.1080/09540260802675460
 20. Meako, M., Thompson, H., and Cochrane, B. (2011), Orthopedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthopedic Nursing*, 30:241-248. doi:10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
 21. Medical Outcomes Trust (1997), Trust introduces new translation criteria. *Medical Outcomes. Trust Bulletin* 1997; 5: 1-4
 22. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
 23. Ramaswamy, R., Dix, E. F., Drew, J. E., Diamond, J. J., Inouye, S. K., & Roehl, B. J. O. (2011). Beyond grand rounds: A comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium. *The Gerontologist*, 51(1), 122-131. doi:10.1093/geront/gnq075
 24. Rice, K., Bennett, M., Clesi, T., & Linville, L. (2014). Mixedmethods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older

- adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45, 136-148. doi:10.3928/00220124-20140219-02
25. Robinson, T., & Eiseman, B. (2008). the American Geriatrics Society, Dec 2016 Vol:64:e297- e303
 26. Rood, P., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Schoon- hoven,L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Effect oforganisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta regressionanalysis. *Australian Critical Care*, 31, 180-187.doi:10.1016/j.aucc.2018.02.002
 27. Sampaio, F. and Sequeira, C. (2015). Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey, *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol.51(2015) 98-105 doi: 10.1111/ppc.12069
 28. Siddiqi, N., Young, J., House, A. O., Featherstone, I., Hop- ton, A., Martin, C., & Edwards, J. (2011). Stop delirium! A complex intervention to prevent delirium in care homes: A mixed-methods feasibility study. *Age Ageing*, 40(1), 90-98. doi:10.1093/ageing/afq126
 29. Sinvani, L., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Akerman, M., Wolf- Klein, G. (2016). Delirium: A Survey of Healthcare Professionals'Knowledge, Beliefs, and Practices, *Journal of the American Geriatrics Society*, Dec 2016 Vol:64:e297- e303
 30. Singler, K., & Thomas, C. (2017). HELP— Hospital Elder Life Program—multimodal delirium prevention in elderly patients. *Internist (Berl)*, 58(2), 125-131. doi:10.1007/s00108-016-0181-0
 31. Speed, G. (2015). The impact of a delirium, educational intervention with intensive care unit nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 29, 89-94. doi:10.1097/NUR.000000000000106
 32. Steeg, L., Ijkema, R., Wagner, C., & Langelaan, M. (2015). The effect of an E-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Medical Education Journal*, 15, 12. doi:10.1186/s12909-015-0289- 2
 33. Steis R. and Fick D. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9):40-48.
 34. Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P., & Kumar, S. (2014). Delirium in older people in hospital: An education programme. *British Journal of Nursing*, 23(13), 704- 709. doi:10.12968/bjon.2014.23.13.704
 35. Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G., & Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 277-287. doi:10.1016/j.bpa.2012.07.003
 36. Voyer, R., Richard, S., Doucet, L., Danjou, C.,

- & Carmichael, P. H. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7(4), 1-14. doi:10.1186/1472-6955-7-4
37. Young, L., & George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium, *Age and Ageing*, 32, 525-528. doi:10.1093/ageing/afg094
38. Ουζούνη Χ. και Νακάκης Κ. (2012), Οι γνώσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών που εμφανίζουν delirium, *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11 ος Τόμος, 1 ο Τεύχος. Available at: www.vimaasklipiou.gr

Παράρτημα 5: Δημοσίευση Βιβλιογραφικής ανασκόπησης στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά

ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ
CYPRUS NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION

Ταγματάρχου Πουλίου, 1
Διαμ. 101, 1101
Λευκωσία, Τ. Θ. 24015
Κύπρος
Τηλ : + 357 22 771994
Φαξ : +357 22 771989
Email: cy.n.a@cytanet.com.cy
<http://www.cyna.org>



1, Tagmatarchou Poulou street
Appart. 101, 1101
Nicosia, P.O. Box 24015
Cyprus
Tel : + 357 22 771994
Fax : + 357 22 771989
Email: cy.n.a@cytanet.com.cy
<http://www.cyna.org>

21 Μαρτίου 2022

Συμμετοχή στην έκδοση τεύχους του Επιστημονικού περιοδικού
«Cyprus Nursing Chronicles journal - Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά»

Με τη παρούσα, βεβαιούτε ότι η εργασία με τίτλο, «**Γνώσεις και στάσεις των Νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**» και συγγραφέα την κα Παπαϊωάννου Μαρία - PhD (c), δύναται να δημοσιευθεί στο αμέσως επόμενο τεύχος του περιοδικού - Τόμος 22/Τεύχος 1-2022.

Το περιοδικό, είναι η επίσημη επιστημονική έκδοση του ΠΑΣΥΝΜ, του οποίου αποτελεί και ιδιοκτησία. Εκδίδεται ανά τετραμηνία και σε αυτό δημοσιεύονται πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες, βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, ανταποκρίσεις θεωρητικά ή φιλοσοφικά άρθρα, κλινικές περιπτώσεις, άρθρα σχετικά με τις εξελίξεις στη Νοσηλευτική και Μαιευτική επιστήμη, τη κλινική πρακτική, την Εκπαίδευση και τη Διοίκηση.

Το περιοδικό εκδίδεται, με θεμελιώδη στόχο τη προαγωγή και διάχυση νέων γνώσεων και ερευνητικών δεδομένων, για εφαρμογή σε όλα τα πεδία της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής επιστήμης. Είναι Επιστημονικό περιοδικό, με σύστημα κριτών, που σκοπό έχει, τη συμβολή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική και Μαιευτική Εκπαίδευση, τη προαγωγή της έρευνας, την ενημέρωση των Νοσηλευτών, Μαιών και λοιπών επιστημόνων, καθώς και την ανάδειξη του ερευνητικού τους έργου.

<https://cncjournal.cyna.org/>

Κυριάκος Ανδρέου
Διευθυντής Σύνταξης

Έλενα Γαβριήλ
Γραμματέας
Συντακτικής Επιτροπής

**Γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα:
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Μαρία Παπαϊωάννου

BSc, MSc, PhD(c)

Νοσηλευτική Λειτουργός / Συντονίστρια Εκπαίδευσης

ΟΚΥπΥ Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Ευριδίκη Παπασταύρου

BSc, MSc, PhD

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Χριστιάνα Κούτα

BSc, MSc, PhD

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Αναστάσιος Μερκούρης

BSc, MSc, PhD

Αναπληρωτής Καθηγητής

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας:

Μαρία Παπαϊωάννου

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

mariapapaiouannou1980@hotmail.com

Χρηματοδότηση: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών Κύπρου ως μέρος διδακτορικών σπουδών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οξεία σύγχυση/παραλήρημα (ΟΣ/Π), αποτελεί την πιο κοινή έκτακτη ανάγκη θεραπείας ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών και μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες. Το μειωμένο επίπεδο γνώσεων και οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών, ελλοχεύουν τον κίνδυνο οι ασθενείς να μην αναγνωριστούν έγκαιρα και να τύχουν ορθής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα αυτοί που το βιώνουν σιωπηρά.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π, μέσα από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Μεθοδολογία: Η ανασκόπηση διενεργήθηκε την περίοδο 2016-2021 με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed, Google Scholar και ProQuest, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμούς (nurses) AND (knowledge) AND (attitudes OR perceptions) AND (delirium OR acute confusion).

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε σε 18 μελέτες. Από την ανασκόπηση διαπιστώθηκε ανεπάρκεια του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π καθώς και ύπαρξη αρνητικών στάσεων. Από την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, διαφάνηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών.

Συμπεράσματα: Μέσα από την ανασκόπηση αποδελτιώνονται οι διαστάσεις του προβλήματος και τα κενά στην βιβλιογραφία τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από μελλοντικούς ερευνητές για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, αλλά και από υπεύθυνους χάραξης πολιτικής νοσηλευτηρίων.

Λέξεις κλειδιά: γνώσεις, στάσεις, νοσηλευτές, οξεία σύγχυση, παραλήρημα.

Title: Nurses' knowledge and attitudes towards acute confusion / delirium: Literature Review

Maria Papaioannou

BSc, MSc, PhD(c)

Nursing Officer / Education Coordinator

SHSO Limassol General Hospital

Evridiki Papastavrou

BSc, MSc, PhD

Associate Professor

Cyprus University of Technology

Christiana Kouta

BSc, MSc, PhD

Associate Professor

Cyprus University of Technology

Anastasios Merkouris

BSc, MSc, PhD

Associate Professor

Cyprus University of Technology

Corresponding author:

Maria Papaioannou

Email: mariapapaioannou1980@hotmail.com

Funding: The study was funded by the Cyprus State Scholarship Foundation as part of doctoral studies

ABSTRACT

Introduction: Acute confusion / delirium (AC/D) is the most common emergency problem for elderly hospitalized patients that needs urgent treatment, otherwise it and can have serious consequences. Low knowledge level and the negative attitudes of nurses about (AC/D), is a risk that patients will not be early recognized and treated properly, especially those who experience it silently.

Purpose: The review aimed to investigate the level of knowledge and attitudes of nurses about AC/D, through a review of the scientific literature.

Method: The literature review was conducted in the period 2016-2021, based on predefined criteria in the Medline, PubMed, Google Scholar and ProQuest databases, using the keywords in combinations (nurses) AND (knowledge) AND (attitudes OR perceptions) AND (delirium OR acute confusion).

Results: Exploration resulted in 18 studies. The review found a deficiency in the level of nurses' knowledge of nurses about AC/D, as well as the existence of negative attitudes. From the thematic analysis of the results of the review, the factors that influence the knowledge and attitudes of the nurses were revealed.

Conclusions: The review indexes the dimensions of the problem and gaps in the literature, which should also be considered by future researchers for further investigation of the issue and by hospital policy makers.

Keywords: knowledge, attitude, nurse, acute confusion, delirium,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος παραλήρημα αναφέρεται σε οξεία συγχυτική κατάσταση, η οποία οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων και ασθενειών, σε κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων ή πολλαπλής αιτιολογίας. Η ΟΣ/Π είναι ένα περίπλοκο κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωστικής λειτουργικότητας ή αντίληψης του ατόμου, που αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και τα συμπτώματα του τείνουν να κυμαίνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (NICE 2010, American Psychiatric Association, 2013). Το θέμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη νοσηλευτική αφού οι ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΟΣ/Π και δεδομένου ότι τα 2/3 περίπου των νοσηλευτικών κλινών καταλαμβάνονται από ασθενείς αυτής της ηλικιακής ομάδας, φαίνεται ότι η μελέτη του προβλήματος αποτελεί ερευνητική αλλά και εκπαιδευτική προτεραιότητα.

Η ΟΣ/Π, είναι μία κατάσταση η οποία αν δεν αναγνωρισθεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα, ενδέχεται να οδηγήσει σε εγκεφαλική βλάβη και μόνιμη αναπηρία με τεράστιο κόστος αφού αυξάνει το χρόνο νοσηλείας, τις πιθανότητες θανάτου, τις επανεισαγωγές και διπλασιάζει το κόστος νοσηλευτικής φροντίδας (Zipser, et al., 2021). Πρόσφατες μελέτες οι οποίες έχουν διερευνήσει το κόστος της φροντίδας αυτής βρήκαν ότι είναι τεράστιο και πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με το κόστος παρεμβάσεων πρόληψης (Young, et.al., 2021), ενώ ανασκοπήσεις για το οικονομικό κόστος του παραληρήματος σε 17 μελέτες δείχνουν ακόμα μεγαλύτερα ποσά (Kinchin, et al., 2021).

Η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων για την ΟΣ/Π έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, όμως εξετάζονταν ξεχωριστά. Παράλληλη διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων στον τομέα της υγείας, θα εξετάσει τόσο την μεταξύ τους συσχέτιση, αλλά επιπλέον θα μπορεί να επεξηγήσει την αλληλεπίδραση των δύο εννοιών και να αποκαλύψει τις

προκλήσεις κατά τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή μιας έρευνας (Launiala, 2009) ή κατά την εφαρμογή προγραμμάτων και δράσεων αλλαγής συμπεριφοράς (Anh, et al, 2005).

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

ΣΚΟΠΟΣ

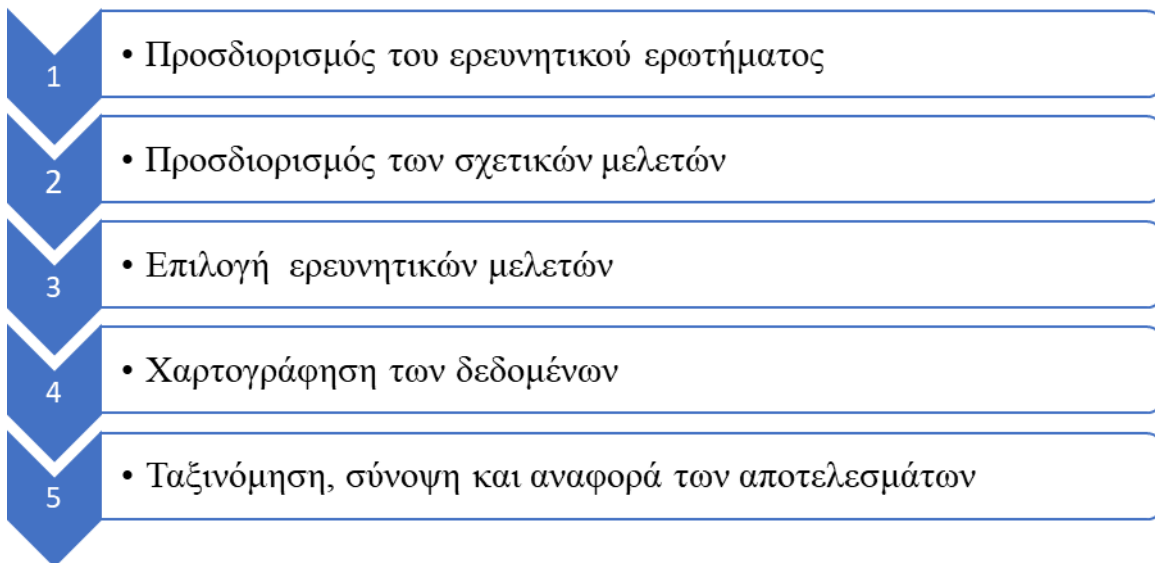
Η μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, ακολουθήθηκε η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης άρθρων, σύμφωνα με τις οδηγίες του Ινστιτούτου Joanna Briggs (2015) υπό την οπτική των Arksey και O'Malley (2005).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε εφαρμόστηκε από πολλούς ερευνητές ιδιαίτερα για μελέτες στον τομέα των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση βιβλιογραφίας, είναι ένα είδος ανασκόπησης για τον προσδιορισμό του πεδίου της βιβλιογραφίας και την παροχή σαφών ενδείξεων του όγκου της βιβλιογραφίας και των διαθέσιμων μελετών σε ένα δεδομένο θέμα (Munn et al., 2018).

Για την εφαρμογή του πεδίου της μελέτης ακολουθηθήκαν τα παρακάτω στάδια σύμφωνα με το διάγραμμα 1 που ακολουθεί (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Στάδια Μεθοδολογίας Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης



Στάδιο προσδιορισμού του ερωτήματος της έρευνας

Για τον καθορισμό του ερωτήματος της ανασκόπησης περιλήφθηκαν τα στοιχεία του πλαισίου PCC (Population – Concept – Context) (Συμμετέχοντες / Έννοια / Πλαίσιο) το οποίο συστήνεται από το JBI για τον καθορισμό του ερευνητικού ερωτήματος της ανασκόπησης (Peters, et al., 2015). Τα ερωτήματα της ανασκόπησης ήταν τρία:

A) «Ποιες είναι οι γνώσεις νοσηλευτών για την ΟΣ/Π;»

B) «Ποιες είναι οι στάσεις νοσηλευτών για την ΟΣ/Π;» και

Γ) «Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π.»

Στάδιο αναζήτησης και εντοπισμός σχετικών μελετών

Η αναζήτηση άρθρων έγινε σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων, με τη χρήση λέξεων «κλειδιά», οι οποίες ανταποκρίνονταν στο περιεχόμενο των θεμάτων αναζήτησης. Αναζητήθηκαν δημοσιευμένα άρθρα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα τα οποία κρίθηκαν με τυφλή αξιολόγηση, μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, Medline, PubMed, Google Scholar, ProQuest, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και ΙΑΤΡΟΤΕΚ και άλλα ελληνικά επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν

ήταν knowledge, attitudes, perceptions, nurses, delirium, acute confusion με τη χρήση των λογικών τελεστών AND (και) και OR(ή), ώστε να εξαχθεί η στρατηγική αναζήτησης.

Στάδιο επιλογής μελετών

Μετά τη συγκέντρωση της βιβλιογραφίας, στο τρίτο στάδιο έγινε μείωση του όγκου των άρθρων θέτοντας κάποιους περιορισμούς.

Κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν ήταν τα εξής: να είναι τα άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία 5 χρόνια (2016 έως 2021), να είναι γραμμένα στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα και να είναι ελεύθερα, στο δείγμα της μελέτης να είναι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές, να έχουν διεξαχθεί σε ενδονοσοκομειακές δομές και σε στέγες φροντίδας ηλικιωμένων.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν να μην εργάζονται οι υπό μελέτη νοσηλευτές σε μονάδες φροντίδας παιδιών, σε ψυχιατρικές μονάδες ή δομές ή σε υπηρεσίες κάτοικόν νοσηλείας. Από την ανασκόπηση, αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα με πειραματικό σχεδιασμό, παρεμβατικές μελέτες, άρθρα που επικεντρώνονται σε κλινικές επικαιροποιήσεις χρήσης εργαλείων, παρεμβατικές μελέτες και ανασκοπήσεις. Η αναζήτηση κατέληξε σε 109 άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα και 2 άρθρα στην ελληνική.

Στάδιο χαρτογράφησης των δεδομένων

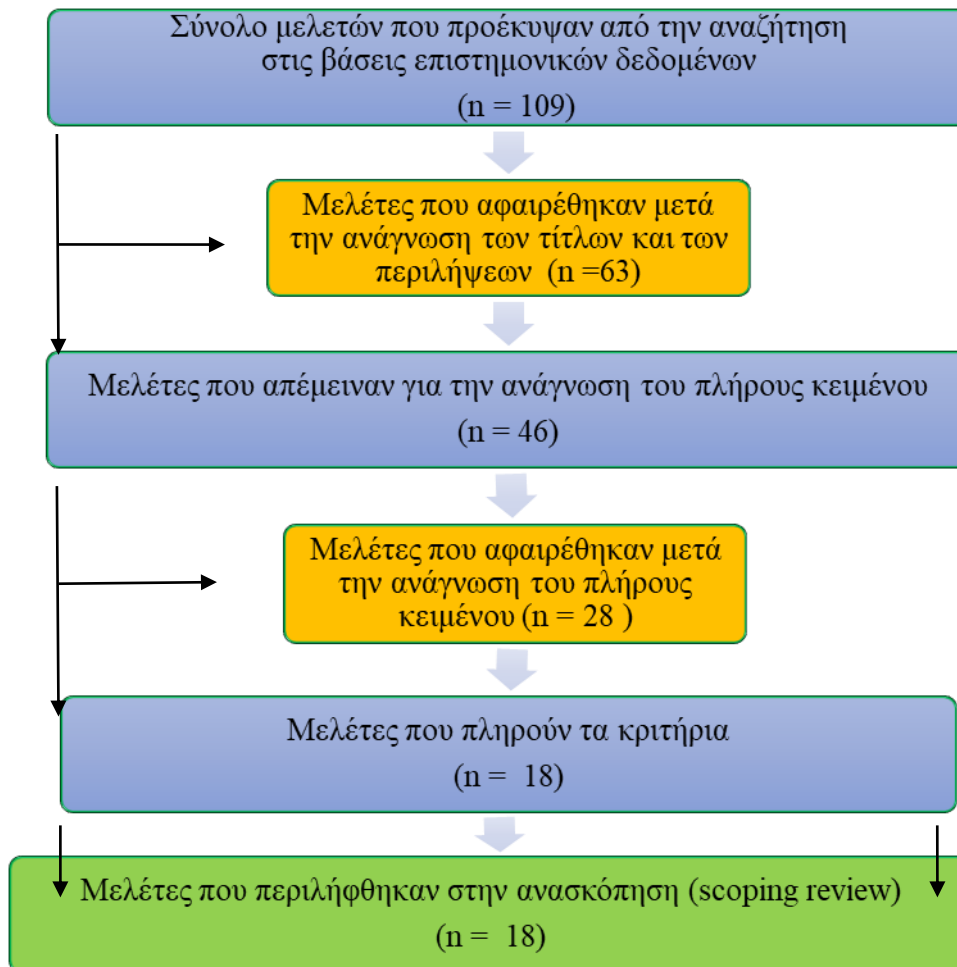
Το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει τη «χαρτογράφηση» στοιχείων κλειδιά, που προκύπτουν από τις πληροφορίες που λήφθηκαν από τα άρθρα που μελετήθηκαν, που ουσιαστικά είναι μια τεχνική σύνθεσης και ερμηνείας ποιοτικών δεδομένων, με την αποτύπωση και την ταξινόμηση του υλικού, σύμφωνα με βασικά ζητήματα και θέματα (Arksey και O'Malley, 2005).

Η δική μας χαρτογράφηση ακολούθησε τρία βασικά βήματα στην επιλογή και καταγραφή των μελετών. Στο πρώτο βήμα, εξετάστηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των ανακτημένων μελετών, ενώ στο δεύτερο βήμα αναγνώστηκε το πλήρες κείμενο των μελετών που προέκυψαν από το πρώτο βήμα και στη συνέχεια έγινε καταγραφή των δεδομένων και διαχωρισμός τους,

σύμφωνα με το ερώτημα και τα υπό μελέτη θέματα. Τα δεδομένα που εντοπίστηκαν, εισήχθησαν σε μια «φόρμα καταγραφής δεδομένων» και αφορούσαν: τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα της μελέτης, τον πληθυσμό δείγμα, τον χώρο και τόπο διεξαγωγής των ερευνών και την χρονολογία δημοσίευσης της μελέτης. Στο στάδιο αυτό σχεδιάστηκαν τα διαγράμματα ροής και κατασκευάστηκαν οι σχετικοί πίνακες ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Έχοντας «χαρτογραφήσει» τις πληροφορίες από τις μελέτες, τα εξαγόμενα δεδομένα συντέθηκαν χρησιμοποιώντας μια αφηγηματική προσέγγιση.

Στάδιο ταξινόμησης, σύνοψης και αναφοράς των αποτελεσμάτων

Στο πέμπτο στάδιο έγινε αρχειοθέτηση των δεδομένων, περίληψη των βασικών εννοιών και αναφορά των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης. Η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έφερε συνολικά 109 αποτελέσματα, αφαιρέθηκαν 63 μελέτες και έμειναν 46, οι οποίες αναγνώστηκαν ως προς το πλήρες κείμενο τους, ούτως ώστε να εφαρμοστούν τα κριτήρια αποκλεισμού. Στο στάδιο αυτό αποκλείστηκαν 28 μελέτες, και απέμειναν 18, οι οποίες περιλήφθηκαν στη ανασκόπηση. Το Διάγραμμα ροής της επιλογής των μελετών παρουσιάζεται στο πιο κάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ροής επιλεγμένων μελετών ανασκόπησης

Μέσω της αφηγηματικής προσέγγισης, έγινε παρουσίαση των ευρημάτων των μελετών σύμφωνα με τους Arksey και O'Malley (2005), και συνοψίστηκαν τα δεδομένα στους πίνακες και διαγράμματα χαρτογράφησης δίνοντας έμφαση στην κατανομή των μελετών γεωγραφικά, το χώρο / τμήμα παροχής φροντίδας που μελετήθηκε, τον σκοπό και το είδος των μελετών που περιλαμβάνονταν στην ανασκόπηση, τις μεθόδους έρευνας και τον τρόπο ανάλυσης των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν θεματικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά τον καθορισμό των χρονολογικών περιορισμών πενταετίας και τα κριτήρια αποκλεισμού που είχαν τεθεί και αναφέρονται πιο πάνω, προέκυψαν 18 μελέτες, οι οποίες περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι μελέτες αυτές διεξήχθησαν στην Αμερική (5) (Sinvani et al., 2016, LaMantia et al., 2017, Schmitt et al., 2017, LeBlanc et al., 2018, Tsang et al., 2019), στο Ηνωμένο Βασίλειο (4) (Rowley-Conwy, 2017, Waterfield et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018), στην Δανία (2) (Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020), στην Τουρκία (2) (Korkmaz et al., 2016, Özsaban and Acaroglu, 2016), στο Ιράν (1) (Biyabanaki et al., 2020), στην Αίγυπτο (1) (Selim and Ely, 2017), στην Κίνα (1) (Xing et al., 2017), στην Νότια Κορέα (1), (Lee and Roh, 2021) και μία μελέτη διεξάχθηκε σε γερμανόφωνες χώρες - Γερμανία, Αυστρία, Λουξεμβούργο και Ελβετία (Nydahl et al., 2018), όπως φαίνονται στον γεωγραφικό χάρτη πιο κάτω (Σχήμα 1).



Σχήμα 1: Χάρτης χωρών διεξαγωγής των μελετών της ανασκόπησης

Ο αριθμός των νοσηλευτών που συμμετείχαν στις μελέτες ήταν από 8 μέχρι 558. Τα τμήματα που εργάζονταν οι νοσηλευτές που μελετήθηκαν, ήταν κυρίως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οι υπόλοιπες αφορούσαν γενικά νοσηλευτικά τμήματα, καρδιολογικές, νεφρολογικές, πνευμονολογικές μονάδες και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, νευρολογικές μονάδες, καρδιοχειρουργικές μονάδες και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μία μελέτη διερεύνησε νοσηλευτές που εργάζονταν σε στέγες φροντίδας.

Οι 18 μελέτες που επιλέχθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 2 που ακολουθεί. Τα αποτελέσματα των μελετών ταξινομήθηκαν με θεματική ανάλυση και τα θεματικά αποτελέσματα περιγράφονται πιο κάτω.

Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Στα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών διαφάνηκε ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π ήταν χαμηλό (Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely 2017, Waterfield et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020). Αναφέρουν ότι οι γνώσεις τους υστερούσαν σημαντικά, ιδιαίτερα στους τομείς εννοιολογικής κατανόησης του παραληρήματος, του εντοπισμού, της διάγνωσης, της αξιολόγησης και της διαχείρισης του (Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017 Nydahl et al., 2018) και τη διαφοροποίηση του παραληρήματος με την άνοια (Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018).

Μέσα από την ανασκόπηση υπάρχει αναφορά μεγάλου ποσοστού του υπό μελέτη πληθυσμού που αναφέρει ότι δεν είχε λάβει ποτέ του εκπαίδευση για το παραλήρημα, ούτε στη βασική του εκπαίδευση (Xing et al., 2017) και αυτό πιθανό να δικαιολογεί το χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Επιπλέον υπήρχε αναφορά πως το 50% των νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν είχε καμία εκπαίδευση σχετικά με το παραλήρημα τον τελευταίο χρόνο, ενώ ποσοστό 3%, οι οποίοι δήλωσαν ότι είχαν τύχει ειδικής εκπαίδευσης για το παραλήρημα, είχαν πολύ καλύτερα αποτελέσματα (Nydahl et al., 2018).

Το επίπεδο γνώσεων φαίνεται να ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ στις μελέτες των Korkmaz et al., (2016) και Rowley-Conwy, (2017) ενώ στην μελέτη των Lee and Roh, (2021), εντοπίστηκε χαμηλότερο συνολικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων που νοσηλεύουν ασθενείς με παραλήρημα. Το επίπεδο γνώσεων ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που ήταν υπεύθυνοι τμήματος και που είχαν παρακολουθήσει ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση για το παραλήρημα (Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017).

Επιπλέον νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευσης στη γηριατρική, είχαν μεγαλύτερη άνεση στην αναγνώριση του παραληρήματος και σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική αξιολόγηση γνώσεων παραληρήματος (Sinvani et al., 2016). Βελτιωμένο ήταν και το επίπεδο των νοσηλευτών που είχαν πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα, ή να διάβασαν κάποιο σχετικό άρθρο (Selim and Ely, 2017).

Επίσης τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης των ασθενών βρέθηκαν να είναι ελλιπείς από το γνωσιολογικό πεδίο των νοσηλευτών (Kristiansen et al., 2019). Περιγράφηκε ακόμα η ανάγκη των νοσηλευτών για την έγκαιρη αναγνώριση του παραληρήματος, τις τεχνικές διαχείρισης και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Schmitt et al., 2017, LeBlanc et al., 2018, Lee and Roh, 2021), καθώς την εμπλοκή της οικογένειας στην φροντίδα (Lee and Roh, 2021).

Επιπλέον, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και αβεβαιότητα στην παροχή φροντίδας στα άτομα με ΟΣ/Π, στοιχείο που συνδέεται άμεσα με την έλλειψη γνώσεων και πρακτικών διαχείρισης της ΟΣ/Π (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019).

Στάσεις των νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα

Όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με ΟΣ/Π, στις περισσότερες μελέτες βρέθηκαν να είναι αρνητικές και συσχετίζονται με τον εντοπισμό των

συμπτωμάτων και την έκβαση της ασθένειας (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Tsang et al., 2019). Σε ορισμένες περιπτώσεις το επίπεδο στάσεων των νοσηλευτών χαρακτηρίστηκε μεταβαλλόμενο και ότι ήταν ανάλογο της μεταβολής της κατάστασης του ασθενή. Για παράδειγμα μπορούσε να ήταν επιθετικός ή να είχε αυξημένες ανάγκες φροντίδας, αυτό να τους επιβάρυνε όπως αναφέρουν, αλλά του παρείχαν την απαραίτητη φροντίδα και έδειχναν αποδοχή και ανοχή στην επιθετικότητα του (Brooke et al., 2018), ενώ υπάρχουν και δηλώσεις ότι οι νοσηλευτές προσπαθούσαν να βρουν έναν τρόπο να βοηθήσουν τους ασθενείς να το ξεπεράσουν (LeBlanc et al., 2018). Παρόλα αυτά μόνο 10% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι μεριμνούν για εφαρμογή καλών πρακτικών, όπως την έγκαιρη αφαίρεση των γραμμών / καθετήρων και τον καθημερινό καθορισμό στόχων για τους ασθενείς (Nydahl et al., 2018).

Οι πρακτικές αξιολόγησης των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις στάσεις τους (Özsaban and Acaroglu, 2016, Zamoscik et al., 2017) και χρειάζεται βελτίωση στις πρακτικές που ακολουθούν, με τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας του ασθενή (Tsang et al., 2019). Μέσα από τη βιβλιογραφία διαφάνηκε ότι οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα των ατόμων με ΟΣ/Π συνδέονταν κυρίως με τα συμπτώματα και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και με τα συναισθήματά τους προς τα άτομα αυτά και το εάν θεωρούσαν το παραλήρημα ως ένα σοβαρό πρόβλημα ή ως ένα πρόβλημα χαμηλής προτεραιότητας (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020, Biyabanaki et al., 2020), ενώ αναφέρουν πως θεωρούν ότι το θέμα αυτό αφορά κυρίως την νοσηλεία στην ΜΕΘ (Zamoscik et al., 2017).

Τα προβλήματα ανησυχίας και διέγερσης, που είναι αρκετά κοινά στο παραλήρημα καθώς και η σύγχυση, οι παραισθήσεις, η επιθετικότητα, οι εναλλαγές της κατάστασης και το απρόβλεπτο της νόσου, οδηγούν σε ακόμα πιο αρνητικές στάσεις από τους νοσηλευτές (Waterfield et al.,

2017, Schmitt et.al., 2017) και όπως περιγράφεται τους θεωρούν ως επιβάρυνση (Schmitt et.al., 2017), είναι εξουθενωτικό (LeBlanc et al., 2018) και δηλώνουν ότι νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τη διέγερση και το παραλήρημα μόνοι τους (Tsang et al., 2019).

Οι νοσηλευτές περιέγραψαν την ανικανότητά τους να διαχειριστούν κυρίως συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο (Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., (2017) ή βιώνουν άγχος, αίσθημα φόβου και αβεβαιότητας για την παροχή φροντίδας σε ασθενή με παραλήρημα (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) και τις πιθανές επιπτώσεις από την φαρμακευτική αγωγή (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., (2017)). Δυσκολία παρατηρείται επίσης και για τον μη εντοπισμό του υποκινητικού παραληρήματος (LaMantia et al., 2017) και για τον εντοπισμό του σε διασωληνωμένους ασθενείς (Rowley-Conwy,2017, Biyabanaki et al., 2020).

Μολονότι αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι έκαναν αξιολόγηση του παραληρήματος, πολύ λίγοι από αυτούς χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης για τον εντοπισμό του (Özsaban and Acaroglu, 2016) ή ότι τα χρησιμοποιούσαν ως ρουτίνα αξιολόγησης (Xing et al., 2017). Υπήρχαν επιπλέον αναφορές ότι αξιολογούσαν λιγότερο ασθενείς που δεν είχαν χαμηλό επίπεδο συνείδησης (Özsaban and Acaroglu, 2016). Ωστόσο, από άλλες αναφορές φαίνεται να υπάρχει απουσία χρήσης τυποποιημένων εργαλείων ή πρωτόκολλων προσαρμογής για την παρακολούθηση και τη διαχείριση της ΟΣ/Π (Selim and Ely, 2017). Αξιοσημείωτη η αναφορά νοσηλευτών για αμφιβολία και δυσπιστία στην αξιολόγηση της ΟΣ/Π, καθώς και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τη διαχείριση της ΟΣ/Π (Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017).

Ωστόσο, νοσηλευτές με εργασιακή εμπειρία (Rowley-Conwy, 2017, LeBlanc et al., 2018) και οι προϊστάμενοι νοσηλευτές (Rowley-Conwy, 2017) είχαν πιο θετική στάση για το παραλήρημα από τους υπόλοιπους. Το ίδιο και νοσηλευτές στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, βρέθηκαν να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση στις ικανότητες αναγνώρισης και

διαχείρισης της ΟΣ/Π (Zamoscik et al., 2017, LeBlanc et al., 2018). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να αιτιολογείται από την εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτούν νοσηλευτές εντατικής, καθώς έρχονται συχνά σε επαφή με τα άτομα με παραλήρημα, ενώ παράλληλα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαιδευτική ύλη της μεταβαστικής τους εκπαίδευσης για το παραλήρημα την διαχείριση και τις επιπλοκές του.

Σε αντίθεση, οι νοσηλευτές Γενικής Νοσηλευτικής που παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με παραλήρημα, στοιχείο που συνδέθηκε με το χαμηλό επίπεδο γνώσεων, αφού έχοντας κενά στο γνωσιολογικό υπόβαθρο τους, δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν τα προβλήματα ασθενών με ΟΣ/Π (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που σημείωσαν λιγότερο θετική στάση ανέφεραν και ελλιπή εφαρμογή προσωποκεντρικής φροντίδας, η οποία συσχετίστηκε με αρνητικές στάσεις (Özsaban and Acaroglu, 2016, Kristiansen et al., 2019). Πιθανός λόγος είναι το ότι δεν έχουν ιδιαίτερες προσδοκίες από τους ασθενείς με παραλήρημα, ούτε αναμένουν ανταπόκριση στην θεραπεία (Zamoscik et al., 2017), οπότε δεν υιοθετούσαν τις πρακτικές εξατομικευμένης φροντίδας.

Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών για τις πρακτικές φροντίδας ασθενών με παραλήρημα

Το τρίτο θέμα που εντοπίστηκε μέσα από την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών, σε σχέση με την φροντίδα ατόμων με παραλήρημα. Μέσα από την θεματική ανάλυση και την ομαδοποίηση των ευρημάτων που εντοπίστηκαν, προέκυψαν επτά κατηγορίες παραγόντων.

Οι κατηγορίες αφορούν: α) την κατάσταση του ασθενή, β) τη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση, γ) την εργασιακή εμπειρία δ) το περιβάλλον παροχής φροντίδας ε) τη θεώρηση της ΟΣ/Π και

στ) την πολιτική του νοσηλευτηρίου και το σύστημα παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα θέματα και οι κατηγορίες και φαίνονται στο πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 1).

Μια κατηγορία που απασχόλησε του ερευνητές ήταν η κατάσταση του ασθενή το οποίο φαίνεται να είχε επίδραση στις στάσεις που είχαν για αυτούς πχ. εάν οι ασθενείς ήταν διασωληνωμένοι (Rowley-Conwy,2017, Biyabanaki et al., 2020), οι εναλλαγές της κατάστασης των ασθενών με ΟΣ/Π και οι διακυμάνσεις του παραληρήματος (Sinvani et al., 2016), καθώς και το επίπεδο συνείδησης των ασθενών (Özsaban and Acaroglu, 2016).

Η δεύτερη κατηγορία ήταν η βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π, η οποία φαίνεται να είναι ελλιπής (Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy,2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al.,2017, Özsaban and Acaroglu, 2016), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών δηλώνει να μην είχε λάβει ποτέ εκπαίδευση για το θέμα (Xing et al., 2017). Βασικά ελλείμματα γνώσεων αφορούν την εννοιολογική κατανόηση της ΟΣ/Π και της συμπτωματολογίας (Sinvani et al., 2016), ενώ συχνά προκαλεί σύγχυση η ομοιότητα του παραληρήματος με την άνοια (Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018).

Η τρίτη κατηγορία, αναφέρεται στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τον εντοπισμό αξιολόγηση και διαχείριση της ΟΣ/Π. Μελέτες όπου οι νοσηλευτές είχαν παρακολουθήσει πρόσφατα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ΟΣ/Π ή μελέτησαν άρθρα σχετικά με το θέμα και οι ερευνητές δηλώνουν την αναγκαιότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τον εντοπισμό αξιολόγηση και διαχείριση του (Korkmaz et al., 2016, Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy,2017, Selim and Ely 2017, LaMantia et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Tsang et al., 2019, Emme, 2020), αλλά και προγραμμάτων για την επικοινωνία με τους ασθενείς με ΟΣ/Π και δυναμικά προγράμματα ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (Kristiansen et al., 2019).

Τέταρτη κατηγορία που αναφέρθηκε, ήταν η εμπειρία των νοσηλευτών (Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy,2017, Selim and Ely, 2017). Υπήρχε συσχέτιση των ετών εργασιακής εμπειρίας με το επίπεδο γνώσεων και στάσεων τους (ανάλογο) όπως αυξημένα ήταν τα επίπεδα

γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών με εργασιακή εμπειρία σε ΜΕΘ (Korkmaz et al., 2016) και γηριατρικές μονάδες (Sinvani et al., 2016).

Πέμπτη κατηγορία παραγόντων ήταν το περιβάλλον παροχής φροντίδας. Το εργασιακό περιβάλλον φαίνεται να επιδρά στις πρακτικές φροντίδας (Waterfield et al., 2017, Emme, 2020) αλλά και ο χώρος εργασίας πχ, στέγες φροντίδας (Rowley-Conwy, 2017) καθώς και η ασφάλεια που παρέχουν στους ασθενείς τους (Schmitt et.al.,2017, LeBlanc et al., 2018). Άλλοι εργασιακοί παράγοντες ήταν ο φόρτος εργασίας που σχετιζόταν με τον διαθέσιμο χρόνο και την στελέχωση του τμήματος (Nydahl et al.,2018, Kristiansen et al., 2019), η συνεργασία με τους συναδέλφους και με άλλους επαγγελματίες υγείας (Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020) η εμπλοκή της οικογένειας στην φροντίδα του ασθενή (LeBlanc et al., 2018, Schmitt et.al.,2017 Tsang et al.,2019, Lee and Roh, 2021).

Η έκτη κατηγορία παραγόντων που εντόπισαν οι ερευνητές των υπό μελέτη άρθρων, ήταν η θεώρηση της ΟΣ/Π, το πώς την θεωρούν. Οι αναφορές που έχουμε από μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών είναι ότι δεν θεωρούν τη ΟΣ/Π ως μια σοβαρή κατάσταση και το εκλαμβάνουν ως ένα δευτερεύων ζήτημα, χαμηλής προτεραιότητας (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Emme,2020, Biyabanaki et al., 2020) ενώ άλλοι ανέφεραν ότι είναι ένα ζήτημα που αφορά κυρίως τις ΜΕΘ, (Zamoscik et al., 2017). Άλλες μελέτες το θεωρούν ως επιβάρυνση (Schmitt et.al., 2017) και περιγράφεται να είναι εξουθενωτικό (LeBlanc et al., 2018)

Η τελευταία κατηγορία είναι το σύστημα παροχής φροντίδας και η πολιτική του νοσηλευτηρίου. Η ύπαρξη τυποποιημένων εργαλείων εντοπισμού της ΟΣ/Π, η ύπαρξη πρωτόκολλων προσαρμογής και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την παρακολούθηση και τη διαχείριση της ΟΣ/Π έδειξαν καλύτερα αποτελέσματα γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών (Selim and Ely, 2017, LaMantia et al., 2017 Nydahl et al., 2018). Το ίδιο

ελπιδοφόρα ήταν και τα αποτελέσματα σε νοσοκομεία που εφαρμόζαν πρόσωπο-κεντρική φροντίδα (Özsaban and Acaroglu, 2016, Kristiansen et al., 2019). Κάποιοι ερευνητές δηλώνουν ότι θα πρέπει να γίνει άμεσα ανάληψη ευθύνης από διοίκηση των νοσηλευτηρίων (διευθυντές, προϊστάμενους και εκπαιδευτικούς) (LaMantia et al., (2017) για την δημιουργία πολιτικής διαχείρισης της ΟΣ/Π (Zamoscik et al., 2017). Άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν να επιδρούν στη παροχή φροντίδας ήταν ο διαθέσιμος χρόνος (Nydahl et al.,2018), ο φόρτος εργασίας, η στελέχωση τους τμήματος (Kristiansen et al., 2019) και οι διαθέσιμοι πόροι (Schmitt et.al., 2017, Emme, 2020).

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών με βάση την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης.

Κατηγορίες Παραγόντων	Θέματα	Μελέτες Ανασκόπησης
Κατάσταση του ασθενή	- διασωληνωμένοι	Rowley-Conwy, 2017, Biyabanaki et al., 2020
	- οι εναλλαγές της κατάστασης, - οι διακυμάνσεις του παραληρήματος	Sinvani et al., 2016
	- επίπεδο συνείδησης	Özsaban and Acaroglu, 2016
Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση	- βασική προπτυχιακή εκπαίδευση	Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Özsaban and Acaroglu, 2016
	- εννοιολογική κατανόηση	Sinvani et al., 2016,
	- η διαφοροποίηση του παραληρήματος και άνοιας	Sinvani et al., 2016, Brooke et al., 2018
Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	- εντοπισμό - αξιολόγηση - διαχείριση παραληρήματος	Korkmaz et al., 2016, Sinvani et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely 2017, LaMantia et al., 2017, Nydahl et al., 2018, Tsang et al., 2019, Emme, 2020
	- ενδυνάμωση για αλλαγή στάσης	Kristiansen et al., 2019
	- επικοινωνία με ασθενείς	Kristiansen et al., 2019
Εργασιακή Εμπειρία	- έτη εργασίας	Korkmaz et al., 2016, Rowley-Conwy, 2017, Selim and Ely, 2017
	- γηριατρική μονάδα	Sinvani et al., (2016)
	- μονάδα εντατικής θεραπείας	Korkmaz et al., (2016)

Πίνακας 1 (συνέχεια): Παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών με βάση την θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης

Κατηγορίες Παραγόντων	Θέματα	Μελέτες Ανασκόπησης
Περιβάλλον Παροχής Φροντίδας	- εργασιακό περιβάλλον φροντίδας	Waterfield et al., 2017, Emme, 2020
	- χώρος εργασίας	Rowley-Conwy, 2017
	- ασφάλεια	Schmitt et.al.,2017, LeBlanc et al., 2018
	- επικοινωνία	Zamoscik et al., 2017
	- φόρτος εργασίας (στελέχωση - χρόνος)	Nydahl et al.,2018, Kristiansen et al., 2019
	- η συνεργασία	Zamoscik et al., 2017, Brooke et al., 2018, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019, Emme, 2020
	- η εμπλοκή της οικογένειας	LeBlanc et al., 2018, Schmitt et.al.,2017 Tsang et al.,2019 Lee and Roh, 2021
Η θεώρηση της οξείας σύγχυσης παραληρήματος	- χαμηλής προτεραιότητας	Özsaban and Acaroglu 2016 Xing et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Emme,2020, Biyabanaki et al., 2020
	- αφορά κυρίως την ΜΕΘ,	Zamoscik et al., 2017
	- επιβάρυνση	Schmitt et.al., 2017
	- εξουθενωτικό	LeBlanc et al., 2018
Πολιτική νοσηλευτηρίου - το σύστημα παροχής Φροντίδας	- προσωποκεντρική φροντίδα	Kristiansen et al., 2019 Özsaban and Acaroglu, 2016
	- τυποποιημένα εργαλεία	Selim and Ely, 2017, LaMantia et al., 2017
	- πρωτόκολλα προσαρμογής	Nydahl et al., 2018
	- κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του παραληρήματος	
	- ανάληψη ευθύνης από διοίκηση (διευθυντές, προϊσταμένους και εκπαιδευτικούς)	LaMantia et al., 2017
	- πολιτική παραληρήματος	Zamoscik et al., 2017,
	- χρόνος	Nydahl et al.,2018
	- ο φόρτος εργασίας, στελέχωση	Kristiansen et al., 2019,
- οι πόροι	Schmitt et.al., 2017, Emme, 2020	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανασκόπηση διαπιστώνει ότι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π ήταν χαμηλό και οι στάσεις τους σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με ΟΣ/Π αρνητικές. Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα της μελέτης, οι ερευνητές αποδίδουν την ανεπάρκεια γνώσεων στο γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό δεν είχε λάβει βασική εκπαίδευση για το θέμα (Xing et al., 2017), ενώ μικρό ποσοστό που δήλωσαν ότι είχαν τύχει ειδικής εκπαίδευσης για την ΟΣ/Π, είχαν πολύ καλύτερα αποτελέσματα (Nydahl et al., 2018). Οι περισσότερες από τις μελέτες που υποστηρίζουν το εύρημα αυτό εξηγούν ότι, παρόλο που μπορεί να δοθεί μεγάλη έμφαση στη βελτίωση της γνώσης, αυτό δεν σημαίνει ότι οι μελλοντικοί νοσηλευτές θα αναπτύξουν μια θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους (Lovell, 2006) ή θα αποκτήσουν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας με τους ηλικιωμένους ασθενείς (Nevil and Dicky, 2014, Hammar et al., 2017). Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν ένταση στην εργασία, αναφέρουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι σε ασθενείς με νοητική έκπτωση (Nilsson et al., 2012). Αυτό σημαίνει ότι η ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στους ασθενείς με παραλήρημα, θα πρέπει να συνεχιστεί και πέρα από την αρχική κατάρτιση των νοσηλευτών μέσω της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Επομένως, για να εφαρμοστούν στρατηγικές για τη βελτίωση της έγκαιρης αναγνώρισης και φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με ΟΣ/Π, είναι σημαντικό να εξεταστούν και οι στάσεις των νοσηλευτών σε συνδυασμό με τις γνώσεις τους για το θέμα αυτό.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης αφορούσε τις στάσεις των νοσηλευτών για την ΟΣ/Π. Στις περισσότερες μελέτες της ανασκόπησης διαφάνηκε ότι οι στάσεις των νοσηλευτών είναι αρνητικές (Özsaban and Acaroglu, 2016, Xing et al., 2017, Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Zamoscik et al., 2017, Schmitt et al., 2017, Tsang et al., 2019). Σε ορισμένες περιπτώσεις το επίπεδο στάσεων των νοσηλευτών αναφέρεται ως μεταβαλλόμενο και ότι η μεταβολή ήταν ανάλογη της μεταβολής της κατάστασης του ασθενή (LeBlanc et al.,

2018). Οι εναλλαγές της κατάστασης, το απρόβλεπτο της νόσου και η ανησυχίας του ασθενή οδηγούν σε ακόμα πιο αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) οι οποίοι δηλώνουν πως νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τη διέγερση του ασθενή μόνοι τους (Tsang et al., 2019).

Αξιοσημείωτη η αναφορά νοσηλευτών για αμφιβολία και δυσπιστία στην αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς και έλλειψη εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τη διαχείριση του παραληρήματος (Zamoscik et al., 2017, Schmitt et.al., 2017). Επιπλέον τα χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με ΟΣ/Π που αναφέρονται (Waterfield et al., 2017, LaMantia et al., 2017, Tsang et al., 2019, Kristiansen et al., 2019), πιθανόν να οφείλονται σε ανεπαρκή γνώση τους για το θέμα.

Επιπλέον οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι βιώνουν άγχος, αίσθημα φόβου και αβεβαιότητας για την παροχή φροντίδας σε ασθενή με ΟΣ/Π και τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (Waterfield et al., 2017, Schmitt et.al., 2017) και παρατηρείται δυσκολία στον εντοπισμό του υποκινητικού παραληρήματος (LaMantia et al., 2017) και στον εντοπισμό του σε διασωληνωμένους ασθενείς (Rowley-Conwy,2017, Biyabanaki et al., 2020), θέματα το οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, κατά τον σχεδιασμό δράσεων.

Συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών με τις στάσεις τους απέναντι σε ασθενείς ΟΣ/Π εντοπίστηκαν και ορισμένες μελέτες της ανασκόπησης (Özsaban and Acaroglu, (2016), Sinvani et al., 2016, Rowley -Conwy, 2017, Nydahl et al., 2018), όπου αναφέρουν ότι οι πρακτικές αξιολόγησης και η παροχή φροντίδας επηρεάζονται από τις στάσεις τους. Υπάρχουν όμως και μελέτες, που δεν υποστηρίζουν το εύρημα αυτό (Lovell, 2006, Nevil and Dicky, 2014, Hammar et al., 2017).

Η υπόθεση ότι η αύξηση της γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη φροντίδα εγείρει ανησυχίες σχετικά με τη μεθοδολογική εξέταση τόσο των γνώσεων όσο και των στάσεων ως

παρόμοιων εννοιών, καθώς η επίδραση των στρατηγικών παρέμβασης στην βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών, δεν επικεντρώνεται στην πολυπλοκότητα της αλλαγής στάσεων και της ανάπτυξης.

Αναφορικά με το τρίτο ερώτημα της ανασκόπησης, τους παράγοντες κίνδυνου, οι οποίοι ομαδοποιήθηκαν μέσα από τα ευρήματα της θεματικής ανάλυσης, αποκαλύπτονται οι αιτίες για το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και τις αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών. Οι επτά αυτές κατηγορίες παραγόντων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων και στους ιθύνοντες στον τομέα της υγείας, στον σχεδιασμό δράσεων αλλαγής.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι βασικοί περιορισμοί αφορούν στη μελέτη ερευνών οι οποίες δημοσιεύτηκαν στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, αφού οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών σε χώρες όπου δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες, ενδέχεται να είναι διαφορετικές από αυτές που παρουσιάστηκαν. Η ετερογένεια των εργαλείων μέτρησης των γνώσεων και των στάσεων των μελετών που συμπεριληφθήκαν στη ανασκόπηση είναι ακόμα ένας περιορισμός της μελέτης, γιατί οι περισσότεροι ερευνητές βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς και δεν υπήρχε μέτρο άμεσης σύγκρισης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της θεματικής ανάλυσης για τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών και ο εντοπισμός των παραγόντων που τις επηρεάζουν, μπορούν να αξιοποιηθούν από τις διευθύνσεις των νοσηλευτηρίων για τη χάραξη πολιτικής για τη βελτίωση του συστήματος παροχής φροντίδας. Επιπρόσθετα το θέμα αποτελεί ένα ευρύ πεδίο έρευνας ειδικά σε ότι αφορά σε παρεμβατικές μελέτες με στόχο την απάμβλυνση του προβλήματος.

Πίνακας 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Πίνακας 2: Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Korkmaz et al., (2016), Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium Τουρκία	Ο καθορισμός του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών καρδιοχειρουργικής σχετικά με το παραλήρημα	Ποσοτική Ερευνά Περιγραφική και συσχέτισης	Ερωτηματολόγιο 69 δηλώσεων (ορθό – λάθος) που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης	52 Νοσηλευτές Κάρδιο-χειρουργικής ΜΕΘ και 45 Νοσηλευτές Κάρδιο-χειρουργικής	περιγραφική στατιστική ποσοστά κλπ Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U και t-test	Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ήταν μέτριο (mean 41/60) Το επίπεδο γνώσεων ήταν καλύτερο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ, που ήταν υπεύθυνοι τμήματος και που είχαν παρακολουθήσει ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση για το παραλήρημα
Sinvani et al., (2016), Delirium: A Survey of Healthcare Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices Νέα Υόρκη – Αμερική	Αξιολόγηση γνώσεων, πεποιθήσεων και πρακτικών σχετικά με το παραλήρημα ιατρών, πρακτικών νοσοκόμων και εγγεγραμμένων νοσηλευτών.	Ποσοτική Ερευνά Περιγραφική και συσχέτισης Συγχρονική cross-sectional	Κατασκευαστήκαν ερωτηματολόγια για τους σκοπούς της μελέτης, βασισμένα στα ερωτηματολόγια των Hare et al (2008) Gesin et al (2012) Devlin et al (2011)	94 Γενικοί Νοσηλευτές (Παθολογικές και Ορθοπεδικές μονάδες) 32 Ιατροί 21 Πρακτικοί Νοσηλευτές	SAS version 9.3 Fisher exact test και ανάλυση της διακύμανσης	Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών για το παραλήρημα ήταν χαμηλότερο από των ιατρών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση και αίσθημα σιγουριάς στην αναγνώριση του παραληρήματος από αυτό που δήλωσαν οι ιατροί. Οι νοσηλευτές που έτυχαν εκπαίδευση στην γηριατρική είχαν μεγαλύτερη άνεση στην αναγνώριση του παραληρήματος και σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική αξιολόγηση γνώσεων παραληρήματος. Δυσκολίες στην αξιολόγηση του παραληρήματος ήταν η έλλειψη εννοιολογικής κατανόησης του παραληρήματος (48,0%), η ομοιότητα του παραληρήματος και άνοιας (41,4%) και οι διακυμάνσεις του παραληρήματος (38,1%).

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Özsaban and Acaroglu, (2016),</p> <p>Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses</p> <p>Τουρκία</p>	<p>Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εντοπίσει τις τρέχουσες πρακτικές και αντιλήψεις των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας σχετικά με την αξιολόγηση του παραληρήματος και να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις πρακτικές και αντιλήψεις</p>	<p>Ποσοτική Ερευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p>	<p>Ερωτηματολόγιο 15 σημείων που κατασκευαστικέ για τους σκοπούς της μελέτης</p>	<p>301 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>5 Δημόσια Νοσοκομεία</p>	<p>SPSS 15.0 περιγραφική στατιστική (αριθμούς ποσοστά, μέσους και τυπικές αποκλίσεις) και Chi-square analysis</p>	<p>Οι πρακτικές αξιολόγησης των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις στάσεις τους.</p> <p>Το επίπεδο των στάσεων των νοσηλευτών επηρεάζονταν από το εάν εντόπισαν τα συμπτώματα παραληρήματος, εάν το σύστημα παροχής φροντίδας ήταν επικεντρωμένο στον ασθενή, εάν θεωρούσαν το παραλήρημα ως ένα σοβαρό πρόβλημα.</p> <p>Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές ανέφεραν ότι έκαναν αξιολόγηση του παραληρήματος, αλλά πολύ λίγοι από αυτούς χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης.</p> <p>Αξιολογούν λιγότερο ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους.</p>
<p>Selim and Ely (2017)</p> <p>Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units</p> <p>Αίγυπτος</p>	<p>Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, στις πρακτικές που σχετίζονται με το παραλήρημα.</p>	<p>Ποσοτική Ερευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p> <p>Συγχρονική cross-sectional</p>	<p>Ερωτηματολόγιο Healthcare professionals' awareness and practice related to delirium υιοθετήθηκε από τους Ely et al. (2004)</p>	<p>116 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>52 Ιατροί</p> <p>σε</p> <p>11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας</p>	<p>Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (t-test or Mann-Whitney</p> <p>U-test or the one-way ANOVA/</p> <p>Kruskal-Wallis test.</p>	<p>Οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ δεν διαθέτουν επαρκή κατάρτιση, δεν αναγνωρίζουν και δεν αξιολογούν το παραλήρημα ως ρουτίνα.</p> <p>Υπάρχει απουσία χρήσης τυποποιημένων εργαλείων ή πρωτόκολλων προσαρμογής για την παρακολούθηση και τη διαχείριση του.</p> <p>Παράγοντες που επηρέασαν το επίπεδο συνειδητοποίησης των νοσηλευτών ήταν η κατοχή πτυχίου, η πρόσφατη συμμετοχή σε εκπαιδευτική δραστηριότητα για το θέμα, ή να διάβασαν σχετικό άρθρο, τα χρόνια εμπειρίας στη ΜΕΘ</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Rowley -Conwy, (2017),</p> <p>The impact of education and perceived barriers on critical care nurses' delirium assessments</p> <p>Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<p>Ο εντοπισμός των πρακτικών για την αξιολόγηση του παραληρήματος στην ΜΕΘ, των εργαλείων που χρησιμοποιούνται τη συχνότητα αξιολόγησης και καταγραφής των ευρημάτων, των εμποδίων στην αξιολόγηση και η επίδραση της εκπαίδευσής τους στις γνώσεις και πρακτικές.</p>	<p>Ποσοτική Έρευνά</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p>	<p>Ερωτηματολόγιο δηλώσεων (ορθό – λάθος) που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης</p> <p>+ ερώτηση ανοικτού τύπου για την πρόληψη</p>	<p>31 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p>	<p>SPSS περιγραφική στατιστική και</p> <p>Συσχέτιση Pearson και συσχέτιση βαθμού Spearman</p>	<p>Το επίπεδο γνώσης και οι πρακτικές των νοσηλευτών κυμαίνεται ανάλογα με τον χώρο εργασίας και τα χρόνια εμπειρίας τους και της εκπαίδευσής τους.</p> <p>Εντοπίστηκαν διάφορα εμπόδια στην αξιολόγηση του παραληρήματος με πιο συχνές</p> <ul style="list-style-type: none"> • την έλλειψη γνώσεων • τη δυσκολία αξιολόγησης των διασωληνωμένων ασθενών. • θα ήθελαν εμπλοκή της οικογένεια του ασθενούς ως μέτρο πρόληψης, • θα επανα-προσανατολίζουν τον ασθενή τακτικά
<p>Xing et al., (2017),</p> <p>Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China. A survey of 917 critical care nurses and physicians in China</p> <p>Σαντόνγκ, Κίνα</p>	<p>Η αξιολόγηση των γνώσεων, των στάσεων, πρακτικών διαχείρισης και των εμποδίων στην παρακολούθηση του παραληρήματος σε νοσηλευτές και ιατρούς σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας 74 Νοσοκομείων</p>	<p>Ποσοτική Έρευνα</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p>	<p>Ερωτηματολόγιο δηλώσεων που κατασκευαστικά και σταθμίστηκε για τους σκοπούς της μελέτης</p>	<p>519 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>398 Ιατροί</p> <p>από 74 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας</p>	<p>Τα στοιχεία της έρευνας καταγράφηκαν σε SPSS (21.0)</p> <p>Τα στοιχεία αναφέρθηκαν ως ποσοστά και συχνότητες.</p>	<p>Παρατηρήθηκε έλλειψη στο επίπεδο γνώσεων σχετικά με το παραλήρημα και η παρακολούθηση του παραληρήματος στη καθημερινή πρακτική κρίθηκε πολύ ανεπαρκής.</p> <p>Υπάρχει μειωμένη αντίληψη για την σοβαρότητα και την σημασία της παρακολούθησης του παραληρήματος στην εντατική.</p> <p>Υπάρχει έλλειψη λεπτομερούς γνώσης αναφορικά με τα συμπτώματα, τις σχετιζόμενες επιπλοκές και τα εργαλεία αξιολόγησης του παραληρήματος στη ΜΕΘ και την χρήση τους</p> <p>Το 45,4% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι δεν είχε λάβει ποτέ εκπαίδευση για το παραλήρημα. Μόνο το 25.62% ανέφεραν ότι αξιολογούν το παραλήρημα και μόνο 15.81% χρησιμοποιούν το εργαλείο αξιολόγησης CAM-ICU</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα						
Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Zamoscik et al., (2017)</p> <p>Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care</p> <p>Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<p>Να διερευνήσουν τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για το παραλήρημα και τη διαχείριση του ασθενή με παραλήρημα, την αξιολόγηση του παραληρήματος.</p>	<p>Ποιοτική Έρευνα</p>	<p>Ομάδες εστίασης</p>	<p>12 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p>	<p>Θεματική Ανάλυση</p> <p>Ερμηνευτική περιγραφή</p>	<p>Οι νοσηλευτές έχουν την αντίληψη ότι το παραλήρημα είναι θέμα χαμηλής προτεραιότητας και ότι αφορά κυρίως την νοσηλεία στην ΜΕΘ. Αναφέρουν έλλειψη εμπιστοσύνης στην αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς και έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών για τη διαχείριση αυτής της ομάδας ασθενών. Η ανάλυση προσδιόρισε επτά θέματα:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Θεωρείται ως δευτερεύων ζήτημα (2) Τη δυσάρεστη φύση του παραληρήματος (3) Σκεπτικισμός σχετικά με την αξιολόγηση (4) Δυσπιστία στη διαχείριση του παραληρήματος (5) Αξία της επικοινωνίας (6) Μη φαρμακολογική θεραπεία (7) Ανάγκη για αναθεωρημένη πολιτική παραληρήματος.
<p>Schmitt et.al., (2017)</p> <p>Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses</p> <p>Βοστώνη, Μασαχουσέτη</p>	<p>Εντοπισμός των κοινών στοιχείων επιβάρυνσης του παραληρήματος από την οπτική γωνία των ασθενών, των οικογενειακών φροντιστών και των νοσηλευτών</p>	<p>Ποιοτική Έρευνα</p>	<p>Ατομικές Συνεντεύξεις με ερωτήσεις που αφορούσαν τομείς προσωπικής επιβάρυνσης και ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.</p>	<p>15 Νοσηλευτές 16 Φροντιστές 18 Ασθενείς</p>	<p>Θεματική Ανάλυση</p> <p>Ερμηνευτική περιγραφή</p>	<p>Αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θεωρούν τους ασθενείς με παραλήρημα ως επιβάρυνση και εντοπίστηκαν τρία θέματα για την στάση τους αυτή:</p> <p>Επιβάρυνση συμπτωμάτων (Αποπροσανατολισμός, ψευδαισθήσεις/ψευδαισθήσεις, μειωμένη επικοινωνία, προβλήματα μνήμης, αλλαγές προσωπικότητας, διαταραχές ύπνου).</p> <p>Συναισθηματική Επιβάρυνση (Θυμός/Απογοήτευση, Συναισθηματική Δυσφορία, Φόβος, Ενοχή, Ανικανότητα)</p> <p>Επιβάρυνση λόγω της Κατάστασης (Απώλεια ελέγχου, έλλειψη προσοχής, έλλειψη γνώσης, έλλειψη πόρων, ανησυχίες για την ασφάλεια, το απρόβλεπτο, δυσπιστία).</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
LaMantia et al., (2017), Emergency Medical Service, Nursing, and Physician Providers' Perspectives on Delirium Identification and Management Ιντιάνα - Αμερική	Να κατανοήσουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και ιατρών σχετικά με τον εντοπισμό και τη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα στο ΤΑΕΠ	Ποιοτική Έρευνα	2 Ομάδες εστίασης για νοσηλευτές 2 Ομάδες εστίασης για ιατρούς 2 Ομάδες εστίασης για πλήρωμα ασθενοφόρων	11 Νοσηλευτές ΤΕΠΑ 11 Ιατρούς 9 Πλήρωμα Ασθενοφόρων σε 2 Νοσοκομεία	Θεματική ανάλυση	Δυσκολία αναγνώρισης του παραληρήματος (ιδιαίτερα ο υποκινητικός τύπος) Δεν χρησιμοποιούσαν κάποια ξεκάθαρη κοινή πολιτική για την αναγνώριση και διαχείρισή του στο ΤΑΕΠ Δεν υπήρχαν διαφορές στην συσχέτιση επιπέδου αντίληψης των ιατρών, νοσηλευτών και Πληρώματος Ασθενοφόρων. Υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης των νοσηλευτών για τη βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με παραλήρημα, στο ΤΑΕΠ.
Waterfield et al., (2018), Staff experiences of delirium in the hospice Setting Ηνωμένο Βασίλειο	Η διερεύνηση των απόψεων των Νοσηλευτών και βοηθών υγειονομικής περίθαλψης σε στέγες φροντίδας και ο προσδιορισμός των υποκείμενων λόγων για αυτό.	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Συνεντεύξεις (Δομημένες Ερωτήσεις)	12 Νοσηλευτές 6 Φροντιστές Υγείας Σε τρεις στέγες φροντίδας	Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση	Τα κύρια θέματα που προέκυψαν ήταν η μειωμένη γνώση και η διαχείριση του παραληρήματος. Αισθάνονται αβεβαιότητα σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με παραλήρημα λόγω του απρόβλεπτου της κατάστασης, της διατήρησης της ασφάλειας τους και τις επακόλουθες δυσκολίες στη διαχείριση του, λόγω του περιβάλλοντος στις στέγες φροντίδας. Υπάρχει ανησυχία σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής.
Brooke et al., (2018), Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses Ηνωμένο Βασίλειο	Η διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της φροντίδας ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια ενός οξέος επεισοδίου παραληρήματος από νοσηλευτές που εργάζονται σε καρδιολογικές, νεφρολογικές, πνευμονολογικές μονάδες και μονάδες φροντίδας	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Ημι-δομημένες Συνεντεύξεις	23 Γενικοί Νοσηλευτές	Επαγωγική Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση	Το επίπεδο των στάσεων νοσηλευτών ήταν μεταβαλλόμενο. Από την ανάλυση εντοπίστηκαν θέματα όπως: <ul style="list-style-type: none"> • «μερικές φορές το παραλήρημα προκαλεί σύγχυση», με δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ παραληρήματος και άνοιας· • «όλοι στον θάλαμο τον φρόντιζαν», ανάγκη συνεργατικής εργασίας για την παροχή φροντίδας χωρίς επιπλοκές και • «ήταν επιθετικός μαζί μας, αλλά μετά τη θεραπεία ήταν κύριος», αποδοχή και ανοχή στην επιθετικότητα.

ηλικιωμένων.

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
LeBlanc et al., (2018), The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. Καναδάς	Να εκτιμηθεί η εμπειρία των νοσηλευτών εντατικής που φροντίζουν ασθενείς με παραλήρημα. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τους νοσηλευτές εντατικής στην φροντίδα των ασθενών αυτών	Ποιοτική Έρευνα	Ατομικές Συνεντεύξεις	8 Νοσηλευτές ΜΕΘ	Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση	Η ουσία της εμπειρίας των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς με παραλήρημα στην εντατική ήταν να βρουν έναν τρόπο να τους βοηθήσουν να το ξεπεράσουν. Προέκυψαν έξι κύρια θέματα: 7. Είναι εξουθενωτικό 8. Κάνοντας μια εικόνα της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. 9. Κρατώντας τους ασθενείς ασφαλείς: Είναι μια πραγματικά μεγάλη δουλειά. 10. Ο καθένας είναι μοναδικός. 11. Εμπλοκή με τις οικογένειες 12. Παίρνοντας κάθε εμπειρία μαζί σου.
Nydahl et al., (2018), Survey among critical care nurses and physicians about delirium management Γερμανία Αυστρία Λουξεμβούργο και Ελβετία	Να αξιολογηθεί η διαχείριση του παραληρήματος σε νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας σε γερμανόφωνες χώρες και να εντοπιστούν οι σχετικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.	Ποσοτική Έρευνα Περιγραφική και συσχέτισης	Ερωτηματολόγιο 19 ερωτήσεων (online) που κατασκευαστικό για τους σκοπούς της μελέτης.	482 Νοσηλευτές ΜΕΘ 77 Ιατρούς	Περιγραφική στατιστική Fisher's exact test με sequential Bonferroni correction.	<ul style="list-style-type: none">• Οι νοσηλευτές και οι γιατροί είχαν πολύ παρόμοιες στάσεις και αντιλήψεις στη διαχείριση του παραληρήματος.• Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι τα περισσότερα αναφερόμενα εμπόδια ήταν η έλλειψη χρόνου και ελλείψεις γνώσεις σχετικά με το παραλήρημα και την αξιολόγησή του.• Μόνο 10% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι μερμινούν για την έγκαιρη αφαίρεση των γραμμών / καθετήρων και τον καθημερινό καθορισμό στόχων για τους ασθενείς.• 50% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι δεν αξιολογούν τακτικά τους ασθενείς για παρουσία παραληρήματος• 50% ανέφεραν ότι δεν είχαν καμία εκπαίδευση σχετικά με το παραλήρημα τον τελευταίο χρόνο, ενώ ποσοστό 3% ανέφεραν ότι είχαν τύχει ειδικής εκπαίδευσης για το παραλήρημα και είχαν και καλύτερα αποτελέσματα

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα						
Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
Tsang et al., (2019), Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit Καναδάς	Να διερευνήσει τις εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών ΜΕΘ στην διαχείριση του πόνου, της διέγερσης και του παραληρήματος στην ΜΕΘ.	Ποιοτική έρευνα Περιγραφική και συσχέτισης	10 ομάδες εστίασης	46 Νοσηλευτές ΜΕΘ	Θεματική Ανάλυση	Οι συμμετέχοντες νιώθουν ανασφάλεια να διαχειριστούν τον πόνο, τη διέγερση και το παραλήρημα μόνοι τους και αναφέρουν ότι χρειάζεται βελτίωση στις πρακτικές που ακολουθούν, με την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας και των μελών της οικογένειας του ασθενή
Kristiansen et al., (2019), Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department Δανία	Να διερευνήσει τις εμπειρίες των νοσηλευτών από τη φροντίδα ηλικιωμένων (65+) ασθενών που παρουσίασαν παραλήρημα σε νευρολογικό τμήμα	Ποιοτική Έρευνα (COREQ)	3 Ομάδες εστίασης	14 Νοσηλευτές νευρολογικό τμήμα	Θεματική Ανάλυση	<ul style="list-style-type: none"> • Η σχέση με τον ασθενή χαρακτηρίζεται ως δύσκολη και οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με την επικοινωνία με τους ασθενείς. • Έλλειψη προσωπο-κεντρικής φροντίδας και γνώσεων σχετικά την συνήθη κατάσταση και τις συνήθειες του ασθενή. • Δεν αναγνωρίζονται τα πρώιμα σημεία του παραληρήματος του ασθενούς και δεν γίνονται οι ανάλογες ενέργειες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη του παραληρήματος και την αργοπορημένη δράση. • Χρειάζεται εξοικείωση • Η αβεβαιότητα και ο αυξημένος φόρτος εργασίας επηρέασε τις σχέσεις, τις γνώσεις, την τεκμηρίωση και τη συνεργασία των νοσηλευτών.

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Emme, (2020),</p> <p>“It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines</p> <p>Δανία</p>	<p>Να διερευνήσει τις εμπειρίες των νοσηλευτών στην εφαρμογή των συστάσεων μιας κατευθυντήριας οδηγίας για το παραλήρημα και τα εμπόδια στην εφαρμογή, εστιάζοντας στον εντοπισμό του παραληρήματος και τη μη - φαρμακολογική πρόληψη και θεραπεία</p>	<p>Ποιοτική έρευνα</p> <p>COREQ</p>	<p>Ομάδα εστίασης και Ατομικές συνεντεύξεις</p>	<p>23 Νοσηλευτές</p>	<p>Θεματική Ανάλυση</p> <p>Επαγωγική ανάλυση περιεχομένου</p>	<p>Η απουσία εντοπισμού του παραληρήματος και προληπτικών δράσεων ήταν εμφανή, προκαλώντας απογοήτευση και αποθάρρυνση στους νοσηλευτές. Οι δυσκολίες, εμπόδια που εντοπίστηκαν ήταν</p> <ul style="list-style-type: none"> • η έλλειψη γνώση, • ότι δεν το θεωρούν σημαντικό, • ότι δεν το θεωρούν προτεραιότητα, • η έλλειψη πόρων, • οι συνθήκες εργασίας, <p>Οι παράγοντες που επιτρέπουν την εφαρμογή των συστάσεων μιας κατευθυντήριας οδηγία παραληρήματος κατηγοριοποιούνται σε</p> <ul style="list-style-type: none"> • παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση της κατευθυντήριας οδηγίας, • τη συνεργασία και • το εργασιακό περιβάλλον
<p>Biyabanaki et al., (2020),</p> <p>Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units</p> <p>Ιράν</p>	<p>Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε στον προσδιορισμό της αντίληψης και των πρακτικών των νοσηλευτών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας για την αξιολόγηση του παραληρήματος και των δυσκολιών εφαρμογής των πρακτικών.</p>	<p>Ποσοτική Έρευνα</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p> <p>Συγχρονική cross-sectional</p>	<p>Ερωτηματολόγιο Πρακτικών και Αντιλήψεων των Νοσηλευτών ΜΕΘ για το παραλήρημα των Devlin et al (2008) (έγινε μετάφραση και εγκυροποίηση)</p>	<p>167 Νοσηλευτές ΜΕΘ</p> <p>3 νοσοκομεία στο Κεμάν</p>	<p>Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (Συντελεστής συσχέτισης Pearson, t test, ανάλυση της διακύμανσης και τα μη παραμετρικά ισοδύναμα)</p>	<p>Το επίπεδο των αντιλήψεων ήταν 19.47, λίγο πάνω από το μέσο (16).</p> <p>45,5% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι υπάρχει πρωτόκολλο θεραπείας παραληρήματος στις μονάδες τους, αλλά δεν υποχρεούνται να το χρησιμοποιήσουν</p> <p>12.1% των νοσηλευτών θεώρησαν την αξιολόγηση του παραληρήματος ως μια προτεραιότητα τους</p> <p>Το σημαντικότερο εμπόδιο στην αξιολόγηση του παραληρήματος ήταν η δυσκολία αξιολόγησης του παραληρήματος σε διασωληνωμένους ασθενείς.</p>

Πίνακας 2 (συνέχεια): Επίπεδο Γνώσεων και Στάσεων των Νοσηλευτών για της Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα

Συγγραφέας / Έτος Τίτλος / Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Μέθοδος / Εργαλείο	Εργαλείο	Δείγμα	Ανάλυση	Αποτελέσματα
<p>Lee and Roh, (2021), Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care</p> <p>Κορέα</p>	<p>Η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών και η σύγκριση των γνώσεων τους με τα εμπόδια και την αντιληπτή σημασία και την απόδοση της φροντίδας και τις εκπαιδευτικές προτεραιότητες μεταξύ νοσηλευτών ΜΕΘ και νοσηλευτών που εργάζονταν σε γενικά τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με παραλήρημα</p>	<p>Ποσοτική Έρευνα</p> <p>Περιγραφική και συσχέτισης</p> <p>Συγχρονική cross-sectional</p>	<p>Knowledge of Delirium Questionnaire (Hare et al, 2008)</p> <p>Barriers to Delirium Care Scale (Rowley-Conwy 2018)</p> <p>Self-perceived Nurse Delirium Performance Scale (Park, 2011)</p>	<p>71 Νοσηλευτές ΜΕΘ και 149 Νοσηλευτές Τμημάτων που νοσηλεύουν ασθενείς με παραλήρημα</p>	<p>Περιγραφική στατιστική και Συμπερασματική στατιστική (Chi-squared test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank tests, Mann-Whitney U, and the importance performance analysis matrix.)</p>	<p>Οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν χαμηλότερο συνολικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων</p> <p>Οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν υψηλότερο συνολικό χάσμα στην αντιληπτή σημασία και την απόδοση της φροντίδας του παραληρήματος, σε σχέση με τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων</p> <p>Το επίπεδο των συνολικών εμποδίων στη φροντίδα του παραληρήματος ήταν παρόμοιο μεταξύ των δύο ομάδων</p> <p>Η υψηλότερη εκπαιδευτική προτεραιότητα κατάρτισης ήταν για τους νοσηλευτές ΜΕΘ η «εμπλοκή της οικογένειας και η εκπαίδευση» και για τους νοσηλευτές γενικών τμημάτων η «μη φαρμακολογική διαχείριση του παραληρήματος»</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Anh, N.Q., Hung, Ie X., Thuy, H.N., Tuy, T.Q., Caruana, S.R., Biggs, B.A., Morrow, M., (2005). KAP surveys and malaria control in Vietnam: findings and cautions about community research. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2005 May;36(3):572-7. PMID: 16124419.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual* (5th ed.). Washington, Pdf_Folio:290 DC: APA Press
- Arksey, H. and O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI: 10.1080/1364557032000119616, <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Biyabanaki, F., Arab M., Dehghan, M. (2020). Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units. *Indian J Crit Care Med*. Oct;24(10):955-959. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23502. PMID: 33281321; PMCID: PMC7689114.
- Brooke, J., & Manneh, C. (2018). Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24, e12643. doi:10.1111/ijn.12643
- Emme, C., (2020). "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *J Clin Nurs*. 2020 Aug;29(15-16):2849-2862. doi: 10.1111/jocn.15300. Epub 2020 May 11. PMID: 32320101
- Joanna Briggs Institute, (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement, *Methodology for JBI Scoping Reviews*, The Joanna Briggs Institute, Australia.

- Hammar, L.M., Holmström, I.K., Skoglund, K., Meranius, M.S., Sundler, A.J. (2017). The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Educ Today*. 52:1-6.
- Kinchin, I., Mitchell, E., Agar, M., Trépel, D. (2021). The economic cost of delirium: A systematic review and quality assessment. *Alzheimers Dement*. 2021 Jun;17(6):1026-1041. doi: 10.1002/alz.12262. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33480183.
- Korkmaz, D.F., Gok F., Karamanoglu, Y.A., (2016). Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium. *Nurs Crit Care*. Sep;21(5):279-86. doi: 10.1111/nicc.12184. Epub 2015 May 5. PMID: 25943395.
- Kristiansen, S., Konradsen, H., & Beck, M. (2019). Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 920–930. <https://doi.org/10.1111/jocn.14709>
- LaMantia, M. A., Messina, F. C., Jhanji, S., Nazir, A., Maina, M., McGuire, S., Hobgood, C. D., & Miller, D. K. (2017). Emergency medical service, nursing, and physician providers' perspectives on delirium identification and management. *Dementia* (London, England), 16(3), 329–343. <https://doi.org/10.1177/1471301215591896>
- Launiala, A. (2009). “How much can a KAP survey tell us about people’s knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi.” *Anthropology Matters*. V.11.1, <https://doi.org/10.22582/am.v11i1.31>
- Le Blanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Critical Care Nursing*, 44, 92–98. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.002

- Lee, G. and Roh, Y.S. (2021). Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. *Nurs Crit Care*. 2021 Oct 14. doi: 10.1111/nicc.12724. Epub ahead of print. PMID: 34651390.
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Jour Vasc Nurs*. 24 (1):22-26.
- Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.*, V18, p143.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Nevill, C., Dickie, R. (2014). The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. *Nurse Educ Today*. 34 (7):1074-9.
- Nilsson, K., Gustafson, L., Hultberg, B. (2011). Survival in a large elderly population of patients with dementia and other forms of psychogeriatric diseases. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 32 (5):342-50.
- Nydahl, P., Dewes, M., Dubb, R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S., von Haken, R., (2018). Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 23–29. doi:10.1111/nicc.12299
- Özsaban, A., & Acaroglu, R. (2016). Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nursing in critical care*, 21(5), 271–278. <https://doi.org/10.1111/nicc.12127>

- Peters, M.D.J., Godfrey C.M., McInerney, K.H., Parker, D., and Baldini, S.C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3):141-146. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134548>
- Rowley-Conwy G. (2017). Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *British Journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 26(7), 412–417. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.7.412>
- Schmitt, E. M., Gallagher, J., Albuquerque, A., Tabloski, P., Lee, H. J., Gleason, L., Weiner, L. S., Marcantonio, E. R., Jones, R. N., Inouye, S. K., & Schulman-Green, D. (2017). Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *The Gerontologist*, 59(2), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>
- Selim, A. A., Ely, W. E., (2017). Delirium the under-recognised syndrome: Survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 813–824. doi:10.1111/jocn.13517
- Sinvani, L., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Akerman, M., Wolf-Klein, G. (2016). Delirium: A Survey of Healthcare Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices, *Journal of the American Geriatrics Society*, Dec 2016 Vol:64:e297–e303
- Tsang, J., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming, D., & Law, M. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ open*, 9(4), e024328.
- Waterfield, K., Weiand, D., Dewhurst, F., Kiltie, R., Pickard, J., Karandikar, U., MacCormick, F., Vidrine, J., Rowley, G., Coulter, P., Lee, M., & Frew, K. (2018). A

qualitative study of nursing staff experiences of delirium in the hospice setting. *International journal of palliative nursing*, 24(11), 524–534. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.11.524>

- Xing, J., Sun, Y., Jie, Y., Yuan, Z., & Liu, W. (2017). Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China: A survey of 917 critical care nurses and physicians in China. *Medicine*, 96(39), e8028. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008028>
- Young, L., and George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium, *Age and Ageing*, 32, 525–528. doi:10.1093/ageing/afg094
- Young, J., Green, J., Godfrey, M., Smith, J., Cheater, F., Hulme, C., Collinson, M., Hartley, S., Anwar, S., Fletcher, M., Santorelli, G., Meads, D., Hurst, K., Siddiqi, N., Brooker, D., Teale, E., Brown, A., Forster, A., Farrin, A., Inouye, S. (2021). The Prevention of Delirium system of care for older patients admitted to hospital for emergency care: the POD research programme including feasibility RCT. Southampton (UK): *NIHR Journals Library*; 2021 Mar. PMID: 33819001
- Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P., (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 94–100. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.003
- Zipser, C.M., Deuel, J.W., Held, J.P.O., Ernst, J., Schubert, M., Weller, M., Luft, A.R., von Känel, R., Boettger, S. (2021). Economic Impact of Poststroke Delirium and Associated Risk Factors: Findings From a Prospective Cohort Study. *Stroke*. 2021 Jul 8:STROKEAHA120033005. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.033005. Epub ahead of print. PMID: 34233463.

Παράρτημα 6: Άρθρο που υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο περιοδικό BMC Nursing

3/5/22, 10:58 μ.μ.

Editorial System - Your Submissions



Maria Papaioannou

Your submissions

Track your submissions

Investigating nurses' knowledge and attitudes about Delirium in older persons: A cross-sectional study

Corresponding Author: Anastasios Merkouris

BMC Nursing

851d1de2-09f7-480c-a2b3-859915354ec9 | v.1.0

Quality check in progress 1 minute ago

If you have submitted any articles to us via any other submissions system, e.g. Editorial Manager or eJournalPress, please log in to, or use notification emails from that system for article tracking information. Still have a question? [Contact us](#)



Maria Papaioannou

Your submissions

Track your submissions

Investigating nurses' knowledge and attitudes about Delirium in older persons: A cross-sectional study

Corresponding Author: Anastasios Merkouris

BMC Nursing

851d1de2-09f7-480c-a2b3-859915354ec9 | v.1.2

Reviewer reports received / Ready for editor's decision 29 May 22

If you have submitted any articles to us via any other submissions system, e.g. Editorial Manager or eJournalPress, please log in to, or use notification emails from that system for article tracking information. Still have a question? [Contact us](#)

[Manage cookies / Do not sell my data](#) [Help and support](#) [Privacy policy](#) [Terms and conditions](#) [Accessibility statement](#)

SPRINGER NATURE
© 2022 Springer Nature

**Title: Investigating nurses' knowledge and attitudes about Delirium in older persons:
A cross-sectional study**

Maria Papaioannou

BSc, MSc, PhD(c)

Doctoral student, Cyprus University of Technology¹

Nursing Officer / Education Coordinator, SHSO, Limassol General Hospital²

Evridiki Papastavrou

BSc, MSc, PhD

Associate Professor, Cyprus University of Technology¹

Christiana Kouta

BSc, MSc, PhD

Associate Professor, Cyprus University of Technology¹

Haritini Tsangari

BSc, MSc, PhD

Professor, University of Nicosia Cyprus³

Anastasios Merkouris*

BSc, MSc, PhD

Associate Professor, Cyprus University of Technology¹

***Corresponding author:**

Anastasios Merkouris

Email: anastasios.merkouris@cut.ac.cy

Address: 15 Vragadinou Str., 3041, Limassol, Cyprus

Telephone number: +35725002024

Authors' information - institutional affiliations

¹Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, 15 Vragadinou Str, 3041 Limassol, Cyprus.

²Education Department, State Health Services Organization, Limassol General Hospital, 1-2 Nikaias Str, 4131, Limassol, Cyprus.

³Department of Accounting, Economics, and Finance, University of Nicosia, Cyprus, 46 Makedonitissis Str, 2417 Nicosia Cyprus.

Authors' Orcid ID:

MP, Orcid ID: 0000-0001-8706-7483

EP, Orcid ID: 0000-0001-5128-3651

CK, Orcid ID: 0000-0002-2079-638X

HT, Orcid ID: 0000-0002-0074-6318

AM, Orcid ID: 0000-0002-8515-007X

Abstract

Introduction: Delirium is the most common emergency problem for elderly hospitalized patients, which needs urgent treatment, otherwise it can lead to negative patient outcomes. Nurses through their knowledge and competencies are in a key position for early recognition of delirium facilitating the appropriate treatment and management.

Aim: This study aims to increase the understanding of delirium care by exploring both knowledge and attitudes of nurses toward patients in acute care hospital wards and the possible association between these two variables.

Method: The Nurses Knowledge of Delirium Questionnaire (NKD) and the Attitude Tool of Delirium (ATOD) that was developed for the study purposes, were disseminated to 835 nurses in the four biggest Public Hospitals of the Republic, working in departments with increased frequency of delirium (response rate=67%).

Results: Nurses' knowledge of acute confusion/delirium is limited. The average of the correct answers was 42.2%. Only 38% of the participants reported a correct definition of delirium, 41,6 correctly reported the tools to identify delirium and 42.5 answered correctly on the factors leading to delirium development. The results of the attitudes questionnaire showed that their attitudes towards patients with delirium weren't positive. A correlation between the level of nurses' knowledge and attitudes was also found. Factors found to influence the level of knowledge and attitudes were gender, education, and workplace.

Conclusions: The findings of this study are useful for the international audience since they can be used to develop educational programs that can focus on the specific knowledge deficits and attitudes towards patients with delirium. The development of a valid and reliable instrument for the measurement of attitudes also offers the possibility of assessing nurses' attitudes further. Nationally, the results are even more important and useful since there are no data on the subject area and this study is the first of this kind in the country.

Keywords: acute confusion, attitudes, delirium, knowledge, nurse

Background

The term Delirium (also known as acute confusion) refers to an acute confounding state, which is due to a wide range of medicinal conditions, diseases, substances, and drug abuse or of multiple etiology. Delirium is a complex clinical syndrome characterized by a disturbance of people's consciousness, attention, cognitive function, or perception, that develops in a short time and its symptoms tend to fluctuate during the day [1, 2] It is quite common, especially among older people, it is serious, costly, and recognized as an indicator of patient safety [3, 4].

Unfortunately, Delirium is a condition that if it's not recognized and treated on time, may lead to brain damage and permanent disability. Further, it represents a huge cost since it doubles the hospitalization time, doubles the cost of nursing care the chances of death and re-admissions [5]. Beyond the humanistic and the social dimension of the problem, the economic cost of delirium is enormous as it is estimated by international organizations [6] and reported in the scientific literature as it doubles the cost of nursing care [7, 8]. This underlines the importance of prevention [9].

The recognition and diagnosis of Delirium are quite difficult and are based mainly on the patient's status. The American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual 2013, 5th edition [2], lists five basic criteria that characterize Delirium, such as a) disturbance in attention b) the disturbance develops over a short period, it represents an acute change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the day, c) disturbance in cognition d) the mentioned disturbances are not explained by a pre-existing or evolving neurocognitive disorder and e) there is evidence that it is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or other multiple aetiologies., Leading Scientific Organizations in delirium practice, such as the American Delirium Society (ADS) and European Delirium Association (EDA)[10], in their common position on delirium,

recommend a more comprehensive interpretation of the DSM-5 criteria, which will increase patient safety, through the wider prevention and detection of delirium.

It is interesting to note that delirium occurs in up to 55% of elderly hospitalized patients ([5, 11], 31% in patients over the age of 65 [12], it is associated with an increased risk of permanent cognitive and functional impairment and at an age older than 90 years, the prevalence and sequelae of delirium are substantial [13]. Nevertheless, if recognized early, it can be prevented in a large percentage of cases [14] and is often reversible with the treatment of the underlying disease [15] [16].

Risk factors of Delirium include dementia, advanced age, comorbidities, decreased vision, depression, infections, and dehydration [17, 18] but also evidence from systematic reviews and meta-analyses report that dementia, impaired vision, the presence of a urinary catheter, the low albumin level, and the length of stay in hospital are associated with Delirium [19]. More recent studies during the pandemic have also shown that Delirium represents a common complication of COVID-19 and a marker of severe disease course, especially in older patients with neuropsychiatric comorbidity [20].

The above discussion shows the importance of recognizing delirium. Nurses, who are the health professionals who spend the largest period with and near the patient, could play a key role in recognizing delirium. Unfortunately, consistent scientific data is showing that there is a low level of knowledge and reduced recognition of Delirium in elderly patients during hospitalization [21, 22]. Similarly, with the low levels of knowledge, nurses' attitudes, especially towards older patients are negative and this is explained for several reasons. The care of a hospitalized patient with delirium is described as stressful and exhausting [23], especially for nurses trying to identify any changes in the cognitive status of patients and at the same time provide safe care [24]. Nurses also reported feelings of discomfort and frustration when caring for delirium patients possibly due to their lack of self-confidence, in assessing delirium,

pointing out the unpleasant nature of delirium management [25]. Data from studies comparing nurses and doctors, reported similar attitudes and perceptions of delirium [26][27], recognizing that this is a common and major problem, especially in the ICU. In another research, attitudes toward patients with delirium were found to be negative and there have been reports that patients are underrated, ignored [28], and considered a "burden". This can lead to negative outcomes on fore patients, the hospital staff, and the health care as a system because of increased hospitalization, the need for expensive interventions in the case of complications as well as the necessity for long-term care. Most of the current attention focuses on nurses' knowledge and experiences about delirium in patients in the ICU and less so on nurses' knowledge and attitudes towards elderly patients in other hospital wards.

The contribution of this study to the development of knowledge lies in the fact that it can give useful information that can be used for the development of educational programs focusing on the specific delirium knowledge deficits and attitudes towards patients with delirium. The development of a valid and reliable instrument for the measurement of attitudes derived from the study also offers the possibility of assessing nurses' attitudes further. Nationally, the results are even more important and useful since there are no data on the subject area and this study is the first of this kind in the country.

Methods

Aim

The study aimed to increase the understanding of delirium care by exploring both knowledge and attitudes of nurses toward patients in acute care hospital wards and the possible association between these two variables.

Design

This was a cross-sectional study using a descriptive correlational design that was applied to collect data from nurses working in 4 public hospitals in the Republic, between September 2018 and October 2018.

Sampling

The population under study were all nurses who worked in acute general wards with high numbers of patients over 65 and high incidence of delirium, that is medical, orthopedics, surgical, ED, and ICUs. No exclusion criteria were applied apart from the work experience, that is no less than one year. No sampling technique was used, since the questionnaires were administered to all the nurses who worked in the aforementioned wards, thus addressing any potential sampling bias.

Instruments

For the collection of data, a questionnaire containing demographic information and 2 research tools including one for examining the level of knowledge and another for examining attitude were used. The ‘Nurses Knowledge of Delirium’ [29] was used, containing 36 multiple and true/false questions referring to a) the definition of Delirium b) the tools for Delirium Identification and c) the presence of Delirium and risk factors leading to Delirium development. The questionnaire was translated into Greek according to the scientific guidelines suggested by the MAPI Research Institute [30], and Medical Outcomes Trust Bulletin [31].

The validity and reliability of the Greek version were tested, including the evaluation of face validity with a group of experts and clinicians and a test-retest analysis. The Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.86, an indication that the questionnaire is highly reliable.

For examining nurses' attitudes, very few instruments were found focusing specifically on Delirium (and none of the publications examined the validity and reliability of the instruments). Therefore, the development and validation of a new tool were deemed necessary. This process followed 5 steps, namely a) content identification b) content development c) content critiquing) the pilot study and e) field study consisting of psychometric testing of the tool through calculation of the internal consistency and construct validity. This work resulted in the creation of the Attitude Tool of Delirium (ATOD), consisting of 26 questions on a Likert scale of 1-5. The instrument had a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Factor analysis extracted three factors, explaining a total of 56.5% of the variance. These factors are "emotions", "behavior", and "beliefs", explaining 37.025%, 12.792%, and 5.652% of the variance respectively. The whole process of the development and validation of the ATOD is published elsewhere [32].

Ethics approval and consent to participate

The study was evaluated and approved by the National Bioethics Committee (SP.2015.01.115), according to the national law, and permission for the collection and management of data was obtained by the Commissioner for Personal Data Protection, Final permission to conduct the research was granted by the Scientific Committee for the Promotion of Research of the Ministry of Health (Fac. No. 5.34.01.7.6E). Also, permission to use the NDK questionnaire was given by the author [29] via email. The participants were informed in writing about the purpose of the study. Completing and returning the questionnaire was considered as consent to participate in the study. The basic principles of ethics in research such as anonymity, informed consent, and confidentiality of data were respected and secured. All participants gave informed

consent for the research and that their anonymity was preserved. Participation was voluntary. The data was stored in a manner compliant with data protection regulations.

Data analysis

The IBM-SPSS 23 (Statistical Package for Social Sciences) was used for the statistical analysis of the data and the statistical significance was set at $p < 0.05$. For the questionnaire measuring nurses' knowledge, the internal consistency was determined using the Kuder-Richardson formula (KR-20). For dichotomic questions (wrong/correct), where values close to 1 are considered satisfactory. The questions that were answered correctly were added up to calculate the level of knowledge of each participant regarding Acute Confusion / Delirium. The percentage of correct answers for each question was a "Difficulty Index" of the question.

Moreover, various indexes showed the ability of each question to divide participants into those who knew the subject well and those who did not. For example, an index of divisive power was calculated with point-biserial correlations (r_{pb})[33], which measured the correlation between the respondent's score on a dichotomous (correct/wrong) question and the total number of correct answers in the questionnaire on knowledge, indicating if specific questions need improvement. Another related index was the Item Discrimination Index, which shows the discriminative ability of the questions, to group respondents into "strong" and "weak" based on their knowledge (Hughes, 2003). More specifically, in our study, this index indicated if the nurses that were expected to answer correctly indeed had the knowledge, or that those who scored low, were not expected to have adequate knowledge on the topic.

For the questionnaire measuring attitudes, apart from the validity and reliability tests [32], mean values and percentages in each category for all items indicated positive, negative, or neutral attitudes.

Relationships between nurses' knowledge and attitudes were explored with Pearson correlation coefficients. Finally, to identify differences in the level of knowledge and attitudes according to

nurses' socio-demographics, t-tests, ANOVA tests, or chi-square tests were performed accordingly. Regression analysis was also used for multivariate testing of the relations.

It is noted that no missing data existed for the attitude's questionnaire, whereas the missing data (around 1% of the sample) and the "Do not know" answers that existed in the knowledge questionnaire were treated as "wrong" answers.

Results

Profile of the participants

The final questionnaire was given to 835 nurses working in departments with increased incidence of delirium and older patients such as Orthopaedic, acute medical and surgical Departments, Intensive Care Units, and Emergency and Accident Departments, in 4 Public Hospitals in the country, with a response rate of 67%. The final sample size was 558 nurses. Age ranged from 21 to 65 years, with an average of 35.8 years and a standard deviation of 8.2 years. In terms of total experience, it was from 1 to 35 years, with an average of 13.2 years and a standard deviation of 8.2 years. The experience in the department ranges from 1 to 27 years with an average of 6.8 years and a standard deviation of 6.0 years. The majority of participants were women (312, 56.1%), graduate nurses without postgraduate studies (323, 58%), while 149 nurses (26.8%) reported postgraduate studies.

The level of knowledge

The questionnaire consists of 36 questions. The analysis was performed on the overall scale but also for the three subscales – the three parts of the questionnaire (1- definition of delirium (question 1.1), 2- tools for delirium recognition (questions 1.2 -1.8), and 3- the presence of delirium and risk factors for developing delirium (questions 1.9 - 1.36).

The Kuder-Richardson 20 values were satisfactory, indicating overall high internal consistency for the knowledge questionnaire (KR-20=0.742 for the total scale, 0.722 for questions 1.9-1.36, and 0.400 for questions 1.2-1.8, where question 1.2 was the least reliable). In 25 out of 36

Delirium-oriented questions, most nurses answered incorrectly or declared that did not know the answer. The correct answer average was as high as 42.2%. Only 25,6 % of the participants scored below 18, which is the average.

Table 1 below shows the results from the descriptive statistics on the number of correct responses given by participants for each subscale of the questionnaire and on the total scale (36 questions) (Table 1). Results show that 3 out of 4 participants (75%), answered correctly to less than 19 of the 36 questions.

Table 1: Descriptive statistics for the number of correct answers per category

Category of questionnaire questions (subscales)	Mean	Standard Deviation	Minimum value (Number of correct questions)	Maximum value (Number of correct questions)	P 25 (Number of correct questions)	Median (Number of correct questions)	P75 (Number of correct questions)
Tools for Delirium Identification (Q2-Q8) (7 questions)	2.90	1.33	0	6	2	3	4
Presence of Delirium and risk factors leading to Delirium development (Q9-Q36) (28 questions)	11.88	4.54	0	25	9	12	15
Total Scale (Q1-Q36) (36 questions)	15.14	5.28	1	30	11	15	19

In table 2 below, a more detailed analysis of each question of the knowledge instrument is presented, showing the Difficulty Index (DIF) of each question, where high values of the difficulty index show that the question was easier (i.e., it was answered correctly by more respondents).

Table 2. The level of Knowledge per question (Difficulty Index (%))

Question (from NDK questionnaire [29]) No. Participants N=558 Correct Answers (N) /558	Difficulty Index, DIF, %
Definition	
1. Which of the following groups of symptoms best describes or defines delirium? (N=212)	38%
Tools for Delirium Identification	
2. Mini-Mental State Examination (MMSE) (N=87)	15.6%
3. Glasgow Coma Scale (GCS) (N=389)	69.7%
4. Delirium Rating Scale (DRS) (N=290)	52.0%
5. Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (N=26)	4.7%
6. Confusion Assessment Method (CAM) (N=125)	22.4%
7. Beck's Depression Inventory (N=405)	72.6%
8. Braden Scale (N=299)	53.6%
Presence of Delirium and risk factors[†] leading to delirium development	
9. Fluctuation between orientation and disorientation is not typical of delirium (N=225)	40.3%
10. Symptoms of depression may mimic delirium (N=182)	32.6%
11. Treatment for delirium always includes sedation (N=299)	53.6%
12. Patients never remember episodes of delirium (N=150)	26.9%
13. A Mini-Mental Status Examination (MMSE) is the best way to diagnose delirium (N=108)	19.4%
14 [†] . A patient having a repair of a fractured neck of femur has the same risk for delirium as a patient having an elective hip replacement (N=162)	29.0%
15. Delirium never lasts for more than a few hours N=274	49.1%
16 [†] . The risk for delirium increases with age (N=296)	53.0%
17 [†] . A patient with impaired vision is at increased risk of delirium (N=181)	32.4%
18 [†] . The greater the number of medications a patient is taking, the greater their risk of delirium (N=262)	47.0%
19 [†] . A urinary catheter in situ reduces the risk of delirium (N=364)	65.2%
20 [†] . Gender has no effect on the development of delirium (N=133)	23.8%
21 [†] . Poor nutrition increases the risk of delirium (N=241)	43.1%
22 [†] . Dementia is the greatest risk factor for delirium (N=263)	47.1%
23 [†] . Males are more at risk for delirium than females (N=110)	19.7%
24 [†] . Diabetes is a high-risk factor for delirium (N=146)	26.2%
25 [†] . Dehydration can be a risk factor for delirium (N=368)	65.9%
26 [†] . Hearing impairment increases the risk of delirium (N=216)	38.7%
27 [†] . Obesity is a risk factor for delirium (N=248)	44.4%

28. A patient who is lethargic and difficult to rouse does not have a delirium (N=251)	45.0%
29. Patients with delirium are always physically and/or verbally aggressive (N=281)	50.4%
30. Delirium is generally caused by alcohol withdrawal (N=266)	47.7%
31 [†] . Patients with delirium have a higher mortality rate (N=178)	31.9%
32 [†] . A family history of dementia predisposes a patient to delirium (N=131)	23.5%
33. Behavioural changes in the course of the day are typical of delirium (N=224)	40.1%
34. A patient with delirium is likely to be easily distracted and/or have difficulty following a conversation (N=388)	69.5%
35. Patients with delirium will often experience perceptual disturbances (N=385)	69.0%
36. Altered sleep/wake cycle may be a symptom of delirium (N=301)	53.9%

In total, out of 36 questions, only 12 of those had a correct response ratio higher than 50%, which hints towards these questions having a higher value of the Difficulty Index (i.e. more respondents answered it correctly). The easiest question for respondents was question 1.7 (Assessment Tool - Depression Diagnosis, the Beck's Depression Recording Scale) which 72.6% of participants had answered correctly. The question with the lowest Difficulty Index (in other words, the most difficult question) was question 1.5, which referred to the tool for assessing Delirium and alcohol use and abuse - Alcohol core Deprivation Scale - AWS, while there were several other questions with a low difficulty index, even below the 0.30 limit. In general, it seems that in this questionnaire there were no questions that can be considered very easy (eg DIF > 0.9) (without practical value or ability to separate nurses). However, there were some that can be considered as very difficult for the participants (e.g. DIF < 0.3) (such as questions 1.2, 1.5, 1.6, 1.12, 1.13, 1.14, 1.20, 1.23, 1.24, 1.32).

In addition, the index of divisive power was calculated, which shows the ability of the question to distinguish participants into those who know the subject and those who do not. A question was considered to have little divisive value when either almost no nurse answered it correctly or when almost everyone answered it correctly. This index was calculated with the point-biserial correlation, r_{pb} . In particular, r_{pb} measures the correlation between a participant's score in a True / False question and the total score (i.e. the total number of correct answers in the

knowledge questionnaire). Most questions had high divisive power (high values of r_{pb} with $p < 0.05$), which shows that either they were answered correctly by the participants who received high total scores in the questionnaire, or they were answered wrong by nurses who had low total scores. The only exceptions were questions 1.2, 1.5, 1.24 and 1.32 ($r_{pb} < 0.1$, $p > 0.05$). Their low correlations showed either that the participants had correct answers to the other questions but not to those or participants did not understand the specific questions but had a high total questionnaire s. Therefore, these questions would need improvement or require attention as to the knowledge regarding their content. As seen before, it was these questions that gave the most trouble to participants, since they also had a low Difficulty Index in addition to the low index of divisive power.

Another approach to the discriminative ability of the questions was the Item Discrimination Index (D.I.). This index indicated if the nurses that were expected to answer correctly indeed had the knowledge, or that those who performed poorly on the questionnaire were those who were not expected to adequately possess the subject matter. The calculation of the D.I. of a question is as follows: The questionnaires were divided into three groups: group A (1/3 of the questionnaires) includes those with the highest score (those who had more than 18 correct answers), group C (also 1/3 of the questionnaires; same sample size as group A) includes those with the lowest score, meaning those with less than 13 correct answers, and group B (the remaining 1/3 of the questionnaires) includes those with the average score, ranging between 13 and 18 correct answers. From each question, the correct answers of group A and group C are counted. The Discrimination Index of a question was thus calculated using the following formula*:

$$D.I. = \frac{\text{number of correct answers in Group A} - \text{number of correct answers in Group C}}{\text{total number of participants in Group A}}$$

*Where Group A is the group with the highest score and Group C is the group with the lowest score.

Several questions had a Discrimination Index below 0.4, while questions 1.5 and 1.32 had their D.I. almost being zero. Generally, a question is considered "good" if $D.I. > 0.40$ and $0.70 > DIF > 0.30$). So, combining all the above results confirms that especially questions 1.5 and question 1.32 need attention because they were particularly difficult for the participants.

Nurses' attitudes

As regards the questionnaire for the investigation of attitudes, the 5-point Likert scale was dichotomized into negative (1-2) and positive (4-5), while 3 was considered neutral. The results showed that in 14 questions more than 50% of the participants had a negative attitude and only 9% declared a positive attitude. The highest negative results were found in questions 2.19, 2.1, and 2.14. It is also interesting that a high percentage of the participants (around 1/3 of participants) selected a neutral position in many questions (2.1, 2.2, 2.15, 2.17-2.19, 2.21-2.23).

The results are shown in the following table 3:

Table 3: Nurses' attitudes results, mean and standard deviation (Range=1-5)

Question	Negative attitude % (1-2)	Positive attitude % (4-5)	Neutral attitude % (3)	Mean	Standard Deviation
<u>Emotions</u>					
1. I feel comfortable caring for a patient with acute confusion/delirium	57.3%	12.2%	30.5%	2.27	1.02
2. I trust myself that it implements the appropriate interventions for a patient with OS/P	39.5%	31.1%	29.4%	2.73	1.15
3. I would like to have continuous guidance regarding the care of patients with acute confusion/delirium	7.1%	77.8%	15.1%	4.02	0.91
8. I try to manage the situation to help the patient overcome the crisis	17.9%	66.7%	15.6%	3.64	0.95
9. I continue to care about the patient's health as much as I was interested in before the arousal crisis	13.8%	67.7%	18.5%	3.77	1.00
<u>Subscale</u>				3.29	0.64
<u>Behavior</u>					
4. When a patient experiences acute confusion/delirium, I take it into account and take it seriously.	18.7%	66.8%	14.5%	3.70	1.04
5. I try to better understand the patient with acute confusion/delirium.	20.1%	61.4%	18.5%	3.55	1.01

6. I avoid patients with such problems during my shift.	30.8%	47.7%	21.5%	3.24	1.28
7. I treat patients with acute confusion/delirium with patience	19.6%	57.8%	22.6%	3.54	1.02
Subscale				3.51	0.90
Beliefs					
10. I find the acute confusion/delirium is a phenomenon that occurs mainly in the elderly.	34.8%	39.6%	25.6%	3.03	1.08
11. Polite speech can calm a patient with acute confusion/delirium.	25.8%	47.0%	27.2%	3.31	1.04
12. I consider the condition of the patient with acute confusion/delirium to be very serious.	16.1%	60.8%	23.1%	3.59	0.98
13. When a patient tries to beat me, I try to tie him.	39.0%	33.4%	27.6%	2.92	1.11
14. When an elderly patient is in acute confusion, I suspect that there may be some other problem.	62.9%	15.1%	22.0%	2.42	0.94
15. The best indication of the presence of acute confusion/delirium in patients is disorientation	23.5%	46.0%	30.5%	3.22	0.97
16. Colleagues are willing to help when I have questions about a patient with acute confusion/delirium	29.2%	49.6%	21.1%	3.20	1.09
17. I clearly understand the reason for the patient's agitation	35.3%	31.9%	32.8%	2.92	1.01
18. I don't feel comfortable hospitalizing a patient with acute confusion/delirium.	47.7%	23.3%	29.0%	2.59	1.16
19. I believe that the use of physical limitations in patients with acute confusion/delirium is necessary	57.0%	10.0%	33.0%	2.38	0.91
20. I believe that acute confusion/delirium is a phenomenon that occurs in different departments of a hospital and not only in ICU.	12.6%	72.4%	14.9%	3.83	1.00
21. I find acute delirium confusion is a syndrome that is underdiagnosed.	8.8%	59.1%	32.1%	3.60	0.84
22. I find that acute confusion/delirium can be largely prevented.	20.7%	41.8%	37.5%	3.25	0.91
23. I find acute confusion/delirium to be a manageable situation.	27.5%	41.0%	31.5%	3.13	0.97
Subscale				3.10	0.43
Total scale				3.21	0.50

The relation between knowledge and attitudes

One of the research questions was whether there was a relationship between the knowledge and attitudes of the participants. The relationships were explored with Pearson's correlation

coefficients on the scales of knowledge (total and two sub-1.2-1.8 and 1.9-1.36) and attitudes (total and three factors) and question 1.1 (dichotomous; point-biserial correlation) where Group A is the group with the highest score and Group C is the group with the lowest score. The significant positive correlations between the scales of knowledge show that nurses who knew the correct answers to one part of the questionnaire knew them in other places (e.g., 1.2-1.8, 1.9-1.36, and overall scale). The positive relationships between attitudes show that nurses who have a positive attitude to one factor have the other factors as well (behavior, emotion, perception). Also, the most important result is the significant positive relationship between knowledge and attitudes (all scales and subscales), which shows that the better knowledge a nurse has about delirium, the more positive attitude he/she has towards patients with delirium. Table 4 shows the results regarding the relations between the scales of knowledge and attitudes.

Table 4: The relation of knowledge and attitudes (Pearson correlation coefficients)

Questions	Knowledge 1.2-1.8	Knowledge e 1.9-1.36	Knowledge e 1.1-1.36	Attitudes Total	Attitudes Emotion	Attitudes Behavior	Attitudes Perception
Knowledge (1.1) Definition of Delirium	0.21** <0.001	0.26** <0.001	0.37** <0.001	0.35** <0.001	0.29** <0.001	0.31** <0.001	0.33** <0.001
Knowledge (1.2-1.8) Tools for Delirium Identification		0.36** <0.001	0.55** <0.001	0.48** <0.001	0.42** <0.001	0.44** <0.001	0.44** <0.001
Knowledge (1.9-1.36) Presence of Delirium and Risk factors			0.96** <0.001	0.48** <0.001	0.40** <0.001	0.41** <0.001	0.47** <0.001
Knowledge Total				0.56** <0.001	0.47** <0.001	0.48** <0.001	0.54** <0.001
Attitudes Total					0.87** <0.001	0.89** <0.001	0.93** <0.001
Attitudes Emotion						0.75** <0.001	0.69** <0.001
Attitudes Behavior							0.71** <0.001

The relation of knowledge and attitudes with the characteristics of the participants

First, we examined which personal characteristics affect the level of knowledge of nurses about Acute Confusion / Delirium. An independent samples t-test was performed for gender differences in the scales and subscales of knowledge (and a chi-square test for item 1.1). Statistically significant differences for the knowledge scale items 1.2 to 1.8, were found, where women had better knowledge than men in these specific questions (averages 2.8 and 3.0 for men- women, $p=0.030$) as well as for item 1.1 (definition of delirium) ($p=0.015$), where 42% answered correctly as opposed to 32% of men. For the other scales, there were no differences (for 1.9-1.36 $p=0.745$, for 1.1-1.36 $p=0.351$). To examine possible differences in the hospital and job position the ANOVA test was used for all the scales and subscales (also chi-square test for item 1.1) and no differences were found (all $p>0.05$). The ANOVA test for “ward” showed significant differences ($p<0.001$ for the total scale; $p=0.003$ for 1.2-1.8; $p=0.001$ for 1.9-1.36). Tukey’s posthoc tests showed more specifically that nurses working in ICUs have better knowledge compared to all the other wards. Similarly, in terms of education level, significant differences were identified with ANOVA ($p<0.05$ for scales and subscales), where it was evident from posthoc tests, that the more educated nurses are, the better knowledge they have, especially if nurses had a Master’s degree.

Second, concerning nurses’ attitudes, the only demographic variable that showed significant differences was “Ward”, where nurses in the ICU reported more positive attitudes (in perception) ($p=0.026$), compared to nurses working in other wards (especially to nurses in medical wards).

Finally, regression analysis additionally showed that when knowledge and personal characteristics were entered simultaneously in the model (i.e. adjusting for the confounding effect of socio-demographics), only knowledge appears to affect the attitudes of nurses ($p<0.001$), which verifies the significant positive correlation between knowledge and attitudes.

Discussion

Nurses working in Public Hospitals in the country's knowledge about Acute Confusion / Delirium is insufficient. The average overall correct answer rate was 42.2% (15/36) and is similar to that of the equivalent study conducted in Australia by the creators of the tool (53.14%) (Hare et al., 2008). Similar results were noted by other studies conducted to investigate the level of nurses' knowledge of Delirium [34, 35].

Low knowledge levels were also observed in a systematic review of 10 studies where it was found that nurses did not recognize Delirium in elderly patients [36], as well as in studies involving hospitalized elderly patients [37, 38]. Similar results were found in a study of the level of knowledge of nurses about Delirium in Greece, in a sample of 108 nurses working in medical and surgical units in two general hospitals in Athens and three provincial hospitals. In this study, nurses reported that they were not trained and did not know how to assess patients with Delirium symptoms. This finding is justified by the respondents' reply that 67% had learned nothing about Delirium [39].

The low knowledge level of nurses in our research can be partly explained by the limited focus on delirium, given during basic nursing education. In examining the curriculums of the Universities offering nursing studies in the country, it was found that confusion and delirium are mentioned generally in some sections of neurology subjects (e.g., consciousness), in psychiatric nursing modules regarding Alcoholic Delirium and a reference to the section on Gerontological Nursing, but without much emphasis on Delirium in hospitalized patients. Similarly, the subject of delirium does not seem a priority in the continuing nursing education programs that are necessary for a renewal of the license of practice according to the national law.

Nurses' knowledge of Acute Confusion / Delirium seems to be empirical rather than theoretically based. This view is mainly supported by the lower rates of correct answers to

questions concerning the risk factors of Delirium development about questions about the presence of Delirium, since knowledge of the presence of Delirium could be acquired empirically, while questions related to evaluation tools, that nurses have never used, or development risk factors, require theoretical knowledge.

The findings of this study show that the most important knowledge deficit about Acute Confusion / Delirium mainly concerns theoretical issues (definition, assessment scales, symptoms, risk factors of development of Delirium, etc.) which cannot be replenished with experience. This should be taken into consideration when preparing for future trainings and continuing education programs., Educators should focus on the provision of mainly theoretical knowledge, which will be combined with the existing knowledge of nurses from their experience. The implementation of such training programs resulted in a significant improvement in the level of knowledge of Delirium in nurses [40, 41], using the NKDQ tool.

Concerning nurses' attitudes toward delirium, the results showed that most nurses had a negative attitude, supporting previous studies [25, 42]. A higher percentage of negative attitudes involved the use of physical restraints and that they use them for the patient's concern (90%). Indeed, the problem of anxiety and agitation, confusion, hallucinations, aggression, changes in the situation, and the unpredictability of the disease, is confirmed through the literature that they lead to even more negative attitudes, burden [43], debilitation [23] and lack of confidence to manage arousal and delirium [42]. It also emerged from the results that nurses do not consider delirium as a serious problem, do not give it proper importance, and is not one of their priorities [44, 45]. Although several nurses reported evaluating delirium, very few of them seem to use assessment tools to identify delirium [46].

The assumption that there is a relationship between knowledge and attitudes of nurses was examined with the correlation coefficient Pearson and it was found that the better the knowledge, the more positive attitude towards delirium, agreeing with the literature, even with

the use of different tools [27]. However, studies are showing that even if a strong emphasis is placed on improving knowledge, this does not mean that nurses will develop a positive attitude towards the elderly or patients with cognitive decline [47]. This means that the hypothesis that increasing knowledge can lead to better care raises concerns about the methodological examination of both knowledge and attitudes as similar concepts since the effect of intervention strategies on improving the knowledge of nurses does not focus on the complexity of changing attitudes and development. Investigating the attitudes of nurses towards the care of delirium through qualitative research, will identify the reasons for these attitudes and identify the educational needs of nurses in terms of care management.

Limitations of the study

This study was conducted only in public hospitals in the country. The participation of nurses from private hospitals was not possible for this and the interpretation and generalization of the results should be done carefully.

Conclusions

Based on the results of the study, it seems that the elaboration of continuous educational programs is needed to improve the level of knowledge of nurses on Acute Confusion / Delirium that correspondingly might improve their attitude towards delirium. These programs should focus mainly on providing theoretical knowledge (definition, scales, symptoms, risk factors for delirium, etc.), which proved to be the biggest problem shown in the questionnaire answers, to be properly combined with the existing knowledge of nurses from their experience.

Measuring nurses' knowledge and attitudes toward patients with delirium, itself could be the first step to identifying lack of knowledge and negative attitudes toward older patients with delirium. This is useful in better understanding the difficulty of management of care and can also help hospital educational coordinators to evaluate the need for continuing education.

Nursing managers and policymakers also need to formulate hospital policies to improve the quality of care provided for older people and reduce the duration of hospitalization and the cost of the provided care by introducing clinical guidelines and protocols, delirium care bundles, and assessment scales.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

For conducting the study, approval was given (a) from the National Bioethics Committee (SP.2015.01.115), (b) Commissioner for Personal Data Protection, and (c) from the Scientific Committee for the Promotion of Research of the Ministry of Health (Fac. No. 5.34.01.7.6E), for delivering questionnaires to nurses working in Public Hospitals. The participants' consent is concerned, after the approval of the bioethics committee, completing and returning the questionnaire was considered as consent to participate in the study. Also, permission to use the research instrument was obtained by Malcolm Hare, (via email on 7/7/2015).

Consent for publication

Permission to publish the results of the study by using a table with the 36 questions of the NDK questionnaire (via email on 16/3/2022).

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests

Funding

The study was funded by the National State Scholarship Foundation as part of (MP) doctoral studies (C.S.S.F.1.2.10.107).

Authors' contributions

The study Design was made by MP, EP, AM, and CK. MP collected the data for the study. Data were analyzed by TH, AM, and EP. The manuscript was written by MP and EP. AM, CK, and HT reviewed and provided feedback on the draft manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge Mr. Malcolm Hare and Prof. Dianne Wynaden, the Fremantle Hospital, and the Curtin University of Technology for their permission to translate into Greek and use the NDK questionnaire in our study. Special thanks to the National State Scholarship Foundation for funding this project and to all nurses who participated in the study.

References

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management Clinical guideline. 2010.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual. 5th edition. Washington DC: APA Press; 2013.
3. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911–22.
4. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2020;36:183–99.
5. Boettger S, Zipser CM, Bode L, Spiller T, Deuel J, Osterhoff G, et al. The prevalence rates and adversities of delirium: Too common and disadvantageous. *Palliat Support Care*. 2021;19:161–9.
6. OECD. Health Data 2012. Paris Cedex, France: OECD; 2012.
7. Zipser CM, Deuel JW, Held JPO, Ernst J, Schubert M, Weller M, et al. Economic Impact of Poststroke Delirium and Associated Risk Factors: Findings from a Prospective Cohort Study. *Stroke*. 2021;:3325–34.
8. Kinchin I, Mitchell E, Agar M, Trépel D. The economic cost of delirium: A systematic review and quality assessment. 2021. <https://doi.org/10.1002/alz.12262>.
9. Caplan GA, Teodorczuk A, Streatfeild J, Agar MR. The financial and social costs of delirium. *Eur Geriatr Med*. 2020;11:105–12.
10. Boustani M, Rudolph J, Shaughnessy M, Gruber-Baldini A, Alici Y, Arora RC, et al. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:1–4.
11. Rood P, Huisman - de Waal G, Vermeulen H, Schoonhoven L, Pickkers P, van den Boogaard M. Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Aust Crit*

- Care. 2018;31:180–7.
12. Krewulak KD, Stelfox HT, Leigh JP, Wesley Ely E, Fiest KM. Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2018;46:2029–35.
 13. Gehrke S, Bode L, Seiler A, Ernst J, Von Känel R, Boettger S. The prevalence rates and sequelae of delirium at age older than 90 years. *Palliat Support Care*. 2021;19:552–7.
 14. Singler K, Thomas C. HELP - Hospital Elder Life Program - multimodal delirium prevention in elderly patients. *Internist (Berl)*. 2017;58:125–31.
 15. Robinson TN, Eiseman B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. *Clin Interv Aging*. 2008;3:351–5.
 16. Bush SH, Tierney S, Peter •, Lawlor G. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*. 2017;77:1623–43.
 17. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50:585–91.
 18. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020;173:ITC49–64.
 19. Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2014;43:326–33.
 20. Ticinesi A, Cerundolo N, Parise A, Nouvenne A, Prati B, Guerra A, et al. Delirium in COVID-19: epidemiology and clinical correlations in a large group of patients admitted to an academic hospital. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:2159.
 21. Carin-Levy G, Nicol K, van Wijck F, Mead G, McVittie C. Identifying and Responding to Delirium in Acute Stroke: Clinical Team Members' Understandings. *Qual Health Res*. 2021;31:137.
 22. Lee G, Roh YS. Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium

- care. *Nurs Crit Care*. 2021; August:1–8.
23. LeBlanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;44:92–8.
24. Brooke J, Manneh C. Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses. *Int J Nurs Pract*. 2018;24.
25. Zamoscik K, Godbold R, Freeman P. Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive Crit care Nurs*. 2017;40:94–100.
26. Selim AA, Wesley Ely E. Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *J Clin Nurs*. 2017;26:813–24.
27. Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S, et al. Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nurs Crit Care*. 2018;23:23–9.
28. Inouye SK. Delirium—A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:446.
29. Hare M, Wynaden D, McGowan S, Landsborough I, Speed G. A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. 2008.
30. MAPI Research Institute. The MAPI Linguistic Validation Process. 2002.
<http://www.mapi-research-inst.com/lvprocess.asp>. Accessed 1 May 2022.
31. Trust MO. Trust introduces new translation criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*. 1997;5:3–4. <http://www.outcomes-trust.org/bulletin/0797blltn.htm>. Accessed 1 May 2022.
32. XXXX Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium. *J Nurs Meas*. 2019;27:277–96.

33. Glass, G.V. and Hopkins KD. *Statistical Methods in Education and Psychology*. 3rd edition. Boston: Allyn & Bacon; 1995.
34. Akrou R, Verloo H. An observational study of community health care nurses' knowledge about delirium. *Nurs Res Rev*. 2017;7:29–36.
35. Hickin SL, White S, Knopp-Sihota J. Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.010>.
36. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2008.
37. El Hussein M, Hirst S, Salyers V. Factors that contribute to underrecognition of delirium by registered nurses in acute care settings: a scoping review of the literature to explain this phenomenon. *J Clin Nurs*. 2015;24:906–15.
38. van Velthuisen EL, Zwakhalen SMG, Mulder WJ, Verhey FRJ, Kempen GIJM. Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: a retrospective cohort study evaluating daily practice. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33:1521–9.
39. K. OC and N. Nurses' knowledge of care for patients with delirium. *Rostrum of Asclepius*. 2012;11:133–48.
40. Speed G. The impact of a delirium educational intervention with intensive care unit nurses. *Clin Nurse Spec*. 2015;29:89–94.
41. Van De Steeg L, Jkema RI, Wagner C, Langelaan M. The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Med Educ*. 2015;15:1–8.
42. Tsang JLY, Ross K, Miller F, Maximous R, Yung P, Marshall C, et al. Qualitative

- descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ Open*. 2019;9.
43. Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L, et al. Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*. 2017;59:327–37.
44. Emme C. “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *J Clin Nurs*. 2020;29:2849–62.
45. Biyabanaki F, Arab M, Dehghan M. Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units. *Indian J Crit Care Med*. 2020.
<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23502>.
46. Özsaban A, Acaroglu R. Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nurs Crit Care*. 2016;21:271–8.
47. Hammar LM, Holmström IK, Skoglund K, Meranius MS, Sundler AJ. The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Educ Today*. 2017;52:1–6.

Παράρτημα 7: Διάχυση αποτελεσμάτων σε συνέδρια εντός Κύπρου και διεθνή

- Παρουσίαση εργασίας με την ανασκόπηση και πρωτόκολλο της διδακτορικής διατριβής, «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα» στο 23ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο 25- 26/11/2016.
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα Ανάπτυξη Εργαλείου για την αξιολόγηση των στάσεων των νοσηλευτών έναντι των ηλικιωμένων ατόμων με παραλήρημα, στα πλαίσια του συνεδρίου Εβδομάδα Ευαισθητοποίησης στην Τρίτη Ηλικία της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου 5-9/11/2018,
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα τα αποτελέσματα της διδακτορικής διατριβής, «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα» στο 25ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο 23- 24/11/2018,
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα» στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νόσου Alzheimer & 3ο Μεσογειακό Συνέδριο Συγγραφή Νευροεκφυλιστικών Νοσημάτων PICAD & MeCoND 14-17/2/2019, Θεσσαλονίκη
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα «Η Εφαρμογή Εκπαιδευτικού Προγράμματος για τη Διαχείριση ασθενών με Οξεία Σύγχυση/Παραλήρημα, σε Νοσηλευτικό Προσωπικό» σε διδακτορικούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στα πλαίσια του μαθήματος NUR_807 Έρευνα στις Επιστήμες Υγείας I, 24/3/2016
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα: Βιώμενη εμπειρία οικογένειας ασθενή που παρουσίασε παραλήρημα - Μετασύνθεση ποιοτικών δεδομένων με βάση τη φαινομενολογική μέθοδο στα πλαίσια του μαθήματος NUR_808 Έρευνα στις Επιστήμες Υγείας II 5/2016,
- Παρουσίαση εργασίας με θέμα το πρωτόκολλο και έκβαση της διδακτορικής διατριβής, «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την οξεία σύγχυση / παραλήρημα» στο 2ο Πολυθεματικό Γενικού Νοσοκομείου Πάφου 26/1/2018,

Παράρτημα 8: Αιτήματα άλλων ερευνητών για άδειες χρήσης του ερωτηματολογίου ATOD (Attitude Tool of Delirium)

Από:

Στάλθηκε: Τρίτη, 16 Ιουνίου 2020 3:38 πμ

Προς: Evridiki Papastavrou

Θέμα: Assessment of Nurses' Attitudes toward Delirium

Dr. Papastavrou,

I am writing as a DNP student at Monmouth University located in the state of New Jersey in the United States of America. I would like to inquire about the ability to use the Assessment of Nurses' Attitudes toward Delirium tool for my current proposed DNP project. My project's purpose is to determine if there is a change in nurses' attitudes toward delirium following a tailored education program on delirium. Upon review of the tool you and your team developed, it would capture the information on nurses' attitudes specific to delirium. Please let me know the availability and the process for using the tool: Assessment of Nurses' Attitudes toward Delirium.

Thank you,
Bridget Wertz, MSN, RN, NPD-BC, CCRN
Monmouth University Doctorate Student

Από:

Στάλθηκε: Πέμπτη, 11 Ιουνίου 2020 10:28 πμ

Προς: Evridiki Papastavrou

Θέμα: Answer to the Researchgate-Message

Dear Ms. PhD Papastavrou,

Thank you for your answer !
I would like to translate the ATOD to German. If you like I could send you the German version afterwards ?

Have a good day,

Karita Krause

Από:

Στάλθηκε: Τετάρτη, 16 Σεπτεμβρίου 2020 2:01 πμ

Προς: Evridiki Papastavrou

Θέμα: Permission to use ATOD for research study

Dear Dr. Papastavrou,

My name is Dina Carilo. I am a critical care educator in a community hospital in New Jersey, USA. I am currently a Doctoral Student in a Doctorate of Nursing Program at Monmouth University, also located in New Jersey, USA. I am interested in pursuing my research on the topic of delirium. I read your research study on the Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium, and I am impressed with your work as it has excellent psychometric properties. I also like that your measurement tool can be utilized as learning needs assessment for nurses.

I am writing to ask permission to use The Attitude Tool of Delirium (ATOD) for my research project. I would also appreciate supplemental instructions for administering the tool and scoring procedure as I plan to use the entire instrument in my research project.

Sincerely,

Dina Carilo

Από:

Στάλθηκε: Πέμπτη, 11 Νοεμβρίου 2021 11:46 μμ

Προς: Evridiki Papastavrou <e.papastavrou@cut.ac.cy>

Θέμα: Permission Request_ Nurses' Attitudes Toward Delirium

Hi Dr. Papastavrou,

Good afternoon. My name is Joni Belz and I serve as the Trauma Program Manager at Texas Health Arlington Memorial Hospital in Arlington, Texas. I am enrolled in a Health Science Fellowship where I work with a mentor on my very first research project. I have chosen to research nurses' attitudes toward delirium. May I have permission to use your tool published in the Journal of Nursing Measurement in 2019?

Respectfully,

Joni

Joni Belz BSN, RN, CEN, TCRN | Program Manager Trauma Service

T 817.960.7601 | F 817.960.6120

JoniBelz@TexasHealth.org



[Follow us on Social Media](#)

Στάλθηκε: Δευτέρα, 13 Ιουνίου 2022 9:24 μμ

Προς: Evridiki Papastavrou <e.papastavrou@cut.ac.cy>

Θέμα: Tool for the Assessment of Nurses' attitudes towards Delirium

Good morning,

My name is Stephanie Barendt. I am a Clinical Director of Nursing and currently a DNP Nurse Executive Student at Old Dominion University. I am inquiring into the process of requesting permission to use a modification of your Assessment of Nurses' attitude towards Delirium tool. My capstone project **Self-Efficacy in Bedside Nurses: The Effects of Delirium Prevention Training for Managing Adult Inpatient Care Problem** is looking to determine the effect an early screening and prevention bundle would have on the knowledge, attitude, perceived social norm, self-efficacy, and intention of the nursing staff on acute care inpatient units caring for patients at risk for delirium. I have been unsuccessful to find very little tools on nurses' attitudes on delirium and I was very excited to come across your tool.

Sincerely,
Stephanie

Stephanie Barendt MSN, RN NE-BC
Clinical Director
5th Floor Med/Surg Ortho/Trauma
HonorHealth John C. Lincoln Medical Center

Στάλθηκε: Τετάρτη, 22 Ιουνίου 2022 5:03 πμ

Προς: Evridiki Papastavrou <e.papastavrou@cut.ac.cy>

Θέμα: Scale authorization request

Dear Professor Evridiki Papastavrou :

My name is SunYanfei, from a general teaching hospital in Jiangsu , China . My research direction is the stroke care, in Journal of Nursing Measurement ' s magazine reading your latest paper : Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium. Our team is very interested in learning this scale and hope to get your authorization . The scale of localization introduce in mainland China , in order to further understand nurses's attitudes towards delirium in mainland China.Thank you very much!

Looking forward to your reply!

Best wishes!

SunYanfei 2022.06.22

Στάλθηκε: Τρίτη, 5 Ιουλίου 2022 10:41 πμ

Προς: Evridiki Papastavrou <e.papastavrou@cut.ac.cy>

Θέμα: Permission Request for the "Attitude Tool of Delirium (ATOD)"

Dear Professor Papastavrou,

I am a senior lecturer for nursing science and clinical nursing in the bachelor's degree program in nursing science at the Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg (Germany).

We are currently planning a research project in which an interprofessional training on delirium will be developed and evaluated. One of our outcome parameters is the attitude towards delirium. In a classic pre-post-test design, the participants' attitudes are to be assessed at two points in time. For this purpose, we would like to use your questionnaire, which you have described in the following publication (Papastavrou, E., Papaioannou, M., Evripidou, M., Tsangari, H., Kouta, C. & Merkouris, A. 2019. Development of a Tool for the Assessment of Nurses' Attitudes Toward Delirium. *Journal of Nursing Measurement*, 27(2), 277–296. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.277>).

I would like to ask for permission to use the "Attitude Tool of Delirium (ATOD)" questionnaire in my research studies about health professionals' and nurse students' attitude towards delirium. I would like to use, print and/or digitalize your survey under the following conditions:

- I would like to translate the questionnaire into German. The process follows the TRAPD procedure by Harkness (2003) and is accompanied by a professional translation agency.
- I will use the survey only for scientific research and I will not sell it.
- I will include the source and citation of your work on the translated instrument and also in any publications.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through e-mail.

I really appreciate your support. Thank you for your time and efforts.

Sincerely,

Florian Schimböck, MSc, MEd, RN

Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg
Department of Health
Senior Lecturer Nursing Science and Clinical Nursing