

# Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση

Παραλήρημα Investigating nurses' knowledge of acute confusion / delirium

Author: Μαρία Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Αναστάσιος Μερκούρης<sup>2</sup>, Χριστιάνα Κούτα<sup>3</sup>, Ευριδίκη Παπασταύρου<sup>4</sup>.

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 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.

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 δύο 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 όψεως 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 οριστικοποίησή 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 προσδιορίστηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Kuder-Richardson. Οι ερωτήσεις στις οποίες η απάντηση ήταν «δεν γνωρίζω», 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. Ακόμη μια προσέγγιση της διακρίσιμότητας 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 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.

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.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Δημογραφικό Στοιχείο	Κατηγορίες	Συχνότητα	%
Θέση εργασίας	Πρώτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	22	3.9
	Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	46	8.2
	Λειτουργοί Νοσηλευτικής 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	Ορθοπεδικό	47	8.4
	Χειρουργικό	89	15.9
	Παθολογικό	164	29.4
	ΤΑΕΠ	114	20.4
	ΜΕΘ	144	25.8
Σπουδές	Δίπλωμα	7	1.3
	Πτυχίο	323	58.0
	Εξειδίκευση	78	14.0
	Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	142	25.5
Εξειδίκευση	Καμία	459	82.4
	Μαιευτικά	3	0.5
	Ψυχική Υγεία	2	0.4
	Διοίκηση	19	3.4
	Κοινωνική Εντατική	7	1.3
		49	8.8
	Ασθενοφόρα	14	2.5
	Διαβήτης Λοιμώξεις	3	0.5
	1	0.2	

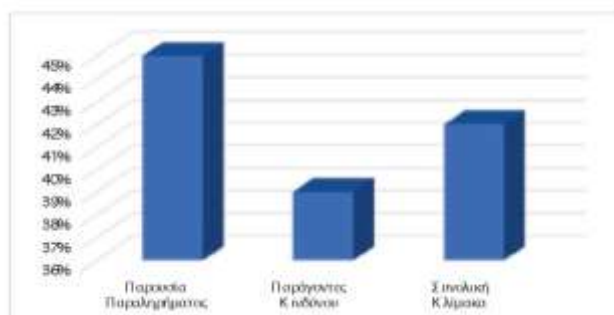
Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Στις 25 από τις 36 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους, απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν. Ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ανήλθε στο 42,2%. Η ανάλυση διενεργήθηκε για την συνολική κλίμακα αλλά και για τις 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%

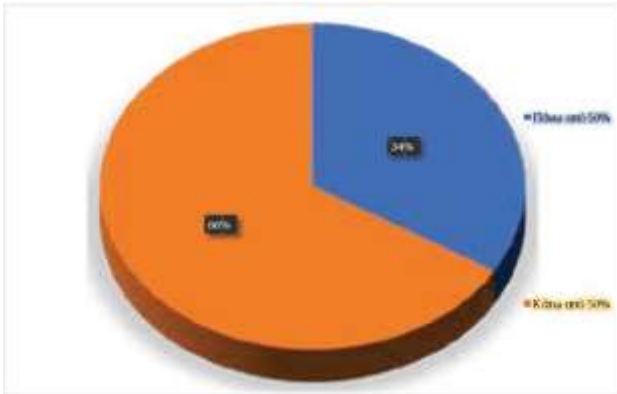
Επιπλέον έγινε υπολογισμός των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις 28 δηλώσεις σχετικά με την παρουσία του παραληρήματος και τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του παραληρήματος (1.9 - 1.36) και διαφάνηκε ότι στις ερωτήσεις που αφορούσαν την παρουσία του παραληρήματος είχαν μεγαλύτερο ποσοστό ορθών απαντήσεων (45%), σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου (39.9%), αλλά και με την συνολική κλίμακα απάντησης του ερωτηματολογίου (Γράφημα 1).

Γράφημα 1: Ποσοστό ορθών απαντήσεων



Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε 36 στοιχεία. Αν θεωρήσουμε ως βάση του ερωτηματολογίου το 18/36, τότε μόνο 188 άτομα, δηλαδή ποσοστό 33.7%, απάντησαν πάνω από τη βάση, δηλαδή είχαν ποσοστό σωστών απαντήσεων πάνω από 50% (πάνω από 18 στις 36 ερωτήσεις), και αντίστοιχα 370 άτομα απάντησαν κάτω από τη βάση, δηλαδή 66.3% των απόμων βαθμολογήθηκαν κάτω από τη βάση (Γράφημα 2).

Γράφημα 2: Ποσοστό απαντήσεων πάνω από την βάση >50%



Ο μέσος όρος σωστών απαντήσεων ήταν 15.1 (από τα 36), ενώ η μέγιστη τιμή ήταν 30 σωστές από τις 36 (ένα άτομο). Το 1/3

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 ορθών απαντήσεων (< 42.2%).

Πίνακας 3: Ερωτήσεις με ποσοστό ορθών απαντήσεων κάτω του 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 1.10 1.12 1.13 1.14 1.17 1.20 1.23 1.24 1.26 1.31 1.32 1.33	Οι διακυμάνσεις μεταξύ προσανατολισμού και αποπροσανατολισμού δεν είναι τυπικό σύμπτωμα στο παραλήρημα Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να προσομοιάζουν με αυτά του παραληρήματος Οι ασθενείς ποτέ δεν θυμούνται επεισόδια παραληρήματος Η εξέταση MMSE είναι ο καλύτερος τρόπος να διαγνώσεις το παραλήρημα 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 Ένας ασθενής με μειωμένη όραση βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για παραλήρημα Το φύλο δεν έχει καμιά επίδραση στην ανάπτυξη παραληρήματος Οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα από ότι οι γυναίκες. Ο διαβήτης είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για παραλήρημα Η μειωμένη ακοή αυξάνει τον κίνδυνο για παραλήρημα Ασθενείς με παραλήρημα έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας Οικογενειακό ιστορικό άνοιας προδιαθέτει ένα ασθενή για παραλήρημα Οι αλλαγές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρούνται τυπικό του παραληρήματος	225 (40.3%) 182 150 (32.6%) (26.9%) 108 (19.4%) 162 (29.0%) 181 (32.4%) 133 (23.8%) 110 (19.7%) 146 (26.2%) 216 (38.7%) 178 (31.9%) 131 (23.5%) 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; Akroun 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 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. 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. 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 συνειδησης, σε ενότητες ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπήρχε αναφορά στο αλκοολικό παραλήρημα και μόνο σε ένα Πανεπιστήμιο υπήρχε αναφορά στην ενότητα της Γeronτολογικής 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 νοση

λευτές που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σε 17 νοσοκομεία της Ολλανδίας (Steege 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, 887-896. 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 Press

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):41-7
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, 260-266. 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- 01
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 education-based 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-research-inst.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), 122131. doi:10.1093/geront/gnq075
24. 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
25. 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
26. 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
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.vima-asklippiou.gr](http://www.vima-asklippiou.gr)