

Τόμος 16

Τεύχος 2

2015

Αναστοχασμός  
και  
επαγγελματική  
ανάπτυξη

Διεπιστημονική  
προσέγγιση στη  
φροντίδα

Γνωστική  
συμπεριφορική  
ψυχοθεραπεία  
στη ψύχωση

EFN Report on  
EU Professionals  
for Ebola and  
IDHC

ΚΥΠΡΙΑΚΑ

# Νοσηλευτικά Χρονικά

C y p r u s N u r s i n g C h r o n i c l e s

Volume 16 Number 2



# Περιεχόμενα

ΣΕΛΙΔΑ

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Η Εφαρμογή του Αναστοχαισμού στην Προπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση ως Μέσο Επίτευξης Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης: Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας** 4  
*Μενοίκου Ιωάννα*
- Διεπιστημονική προσέγγιση: αναπόδραστη μετάβαση στη φροντίδα** 11  
*Παρασκευή Χριστοφή*
- Διερεύνηση αποτελεσματικότητας της γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας ως θεραπευτική μέθοδος για τη διαχείριση της ψύχωσης** 16  
*Χατζηιωάννου Άννα, Αλεξάνδρου Γιώργος, Γεωργίου Νικολέττα*

## ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ

- EFN Report on EU Health Professionals' Perceptions of Preparedness for Ebola and Infectious Diseases of High Consequences (IDHC): We are not prepared, unless we are all prepared!** 23  
*Paul De Raeve, Silvia Gomez, Andreas Xyrichis*

# *Η Εφαρμογή του Αναστοχασμού στην Προπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση ως Μέσο Επίτευξης Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης: Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας*

## *Reflection Within the Undergraduate Nursing Education as a Medium to Achieve Personal and Professional Development: Literature Review*

### **Μενοίκου Ιωάννα**

Νοσηλεύτρια,  
Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Ευρωπαϊκό  
Πανεπιστήμιο Κύπρου Υποψήφια  
Διδάκτωρας, Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Monash, Αυστραλία

### **Menikou Ioanna**

Nurse, Special Teaching Staff, Nursing  
Department, European University Cyprus  
PhD candidate,  
School of Nursing and Midwifery of  
Monash University, Australia

### **Περίληψη**

Η κριτική εξέταση της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του αναστοχασμού στην εκπαίδευση προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής με στόχο την προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη, αποτελεί τον κύριο σκοπό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αρχικά, γίνεται συζήτηση της σχέσης μεταξύ του αναστοχασμού στην νοσηλευτική προπτυχιακή εκπαίδευση και της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης των φοιτητών, και στη συνέχεια αναπτύσσεται η ένταξη του αναστοχασμού στο πρόγραμμα μαθημάτων της νοσηλευτικής. Η κριτική ανάλυση των θεωρητικών πλαισίων για τον αναστοχασμό θα ακολουθήσει, η οποία θα οδηγήσει στο τελευταίο μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, το οποίο θα αναφέρει εκπαιδευτικές δραστηριότητες, όπως η κράτηση ημερολογίου και η ανάλυση κριτικών συμβάντων, οι οποίες περιλαμβάνουν τον αναστοχασμό.

Λέξεις κλειδιά: αναστοχασμός, ανάκλαση, προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη

### **Abstract**

A critical exploration of the application and effectiveness of reflection in educating undergraduate nursing students is the main purpose of the literature review. The study will be structured in four main parts. After tracing briefly the relationship between reflection within nursing education and personal and professional development, the incorporation of reflection into the nursing curriculum will be discussed. Then, a critical analysis of the frameworks of reflection will follow, leading to the final part of the review which will discuss the teaching activities which involve reflection, such as diaries and analysis of critical incidences.

Keywords: reflection, undergraduate nursing practice, personal and professional development

### **Εισαγωγή**

Ο τομέας της υγείας, και συγκεκριμένα της Νοσηλευτικής, αποτελεί έναν κλάδο με πολυδιάστατο ρόλο και πολλές προκλήσεις. Συνεπώς, καθήκον όλων των νοσηλευτών αποτελεί η συνεχής ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων αλλά και θεωρητικών γνώσεων καθ'όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, έτσι ώστε να προσφέρεται κατάλληλη, ολιστική, εξατομικευμένη, και τεκμηριωμένη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς. Η συμπερίληψη μαθήματος, στο προπτυχιακό πρόγραμμα νοσηλευτικής, με στόχο την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη του φοιτητή, το οποίο μεταξύ άλλων ωθεί την εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών αναστοχασμού, θα συνέβαλε θετικά στην ενίσχυση της ικανότητας για κριτική σκέψη και ανάλυση, επίλυση προβλημάτων, και αυτογνωσία. Η εκπαιδευτική θεωρία του Freire (1972), η οποία βασίζεται στη «συνειδητοποίηση» και τη δράση του ατόμου, τονίζει τη σημασία της αποφυγής της αυτόματης πρακτικής χωρίς σκέψη και την αντικατάστασή της από την υιοθέτηση της πρακτικής για κάποιο σκοπό. Η παρακολούθηση μαθήματος προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης στο προπτυχιακό πρόγραμμα της νοσηλευτικής μπορεί να το επιτύχει αυτό.

### **Αναστοχασμός της Εμπειρίας, Προσωπική και Επαγγελματική Ανάπτυξη, και Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο γνωρίζει πολλές αλλαγές, μεταξύ των οποίων η μετάβαση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Συνεπώς, αλλαγές υπέστη και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής τονίζοντας τη σημασία περαιτέρω δομών στην νοσηλευτική φροντίδα όπως τη ψυχοκοινωνική διάσταση, την παθοφυσιολογία, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, και την αξιολόγηση και εφαρμογή αποτελεσμάτων της έρευνας. Αυτή η μεταρρύθμιση στη νοσηλευτική εκπαίδευση οδήγησε στην κοινωνική αποδοχή της νοσηλευτικής ως ανεξάρτητο, αυτο-κατευθυνόμενο και αξιοσέβαστο επάγγελμα. Ως αποτέλεσμα, η ανάγκη για ανάπτυξη αυτόνομων νοσηλευτών ικανών να εφαρμόζουν τη θεωρία στην κλινική πρακτική ενισχύθηκε. Σήμερα, σε πολλά πανεπιστήμια, ο αναστοχασμός αποτελεί μέσο μάθησης και κριτήριο αξιολόγησης σε νοσηλευτικά προγράμματα, ακόμα και στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Επιπλέον, ο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος του 1988 μέχρι 2012, ο οποίος κατοχυρώνει το επάγγελμα της νοσηλευτικής στην Κυπριακή Δημοκρατία, αναφέρει τη συνεχιζόμενη επαγ

γελματική ανάπτυξη μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ως προϋπόθεση για την εγγραφή στο Μητρώο Νοσηλευτών (ΠΑΣΥΝΜ, 2012).

Το ευρύ ενδιαφέρον για τον αναστοχασμό μιας εμπειρίας, ειδικότερα στον τομέα της νοσηλευτικής, οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων ορισμών. Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να δοθεί ορισμός για τον αναστοχασμό, αφού εμπλέκονται πολλές έννοιες όπως, η σκέψη, η ανάλυση, η εξερεύνηση των ήδη υπάρχοντων γνώσεων, καθώς και η απόκτηση και ενσωμάτωση νέων γνώσεων (Rolfe et al., 2001; Clarke et al., 1996). Ιστορικά, ο πρώτος ο οποίος περιέγραψε την έννοια του αναστοχασμού, ο Αμερικανός πραγματιστής φιλόσοφος John Dewey (1933, σελ. 9), όρισε τη διαδικασία του αναστοχασμού ως 'την ενεργή, επίμονη, και προσεχτική μελέτη οποιασδήποτε άποψης ή υποτιθέμενης μορφής γνώσης με βάση τους λόγους που την τεκμηριώνουν και τα συμπεράσματα που οδηγεί'. Ο Dewey (1933) χαρακτήρισε τον αναστοχασμό ως μια 'ενεργή' διαδικασία. Αυτό συνεπάγεται, ότι το άτομο σκέφτεται, αναπτύσσει ερωτήματα, αξιολογεί γεγονότα, και χρησιμοποιεί τις γνώσεις του έτσι ώστε να ανακαλέσει μια κατάσταση, και όχι να μάθει παθητικά παίρνοντας τις πληροφορίες από κάποιον άλλον. Επιπλέον, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη σύνδεση του αναστοχασμού με τη δράση, και τη σημασία τόσο της πρακτικής άσκησης όσο και της θεωρίας. Υποστήριξε πως κατά τη διάρκεια του αναστοχασμού, η σκέψη πρέπει να έχει ένα σκοπό συμπεριλαμβάνοντας και συναισθήματα (Bulman, 2008). Σε σχέση με την προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, θα μπορούσε να θεωρηθεί πως αυτή η προσέγγιση υπογραμμίζει τη σημασία της συνείδησης κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής, έτσι ώστε ο φοιτητής να αναγνωρίζει τους ρόλους του στο νοσοκομειακό περιβάλλον, τις ανάγκες του, καθώς επίσης και τις ελλείψεις στις γνώσεις και στις πρακτικές του δεξιότητες.

Η φιλοσοφία του Dewey επηρέασε επίσης τους Boud et al. (1985), οι οποίοι όρισαν τον αναστοχασμό στον τομέα της εκπαίδευσης ως 'τον γενικό όρο για τις πνευματικές και συναισθηματικές δραστηριότητες στις οποίες οι φοιτητές εξετάζουν τις εμπειρίες τους έτσι ώστε να τις κατανοήσουν και να προβούν σε συμπεράσματα' (Boud et al., 1985, σελ. 19). Αυτή η προσέγγιση υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της συνειδητής σκέψης στη διαδικασία του αναστοχασμού, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία περαιτέρω ερωτημάτων (Coward, 2011). Ένας πιο πρόσφατος ορισμός του αναστοχασμού είναι αυτός της Bolton (2005) ο οποίος περιλαμβάνει μια πιο λεπτομερή περιγραφή της διαδικασίας και τρόπους τους οποίους κάποιος μπορεί να ακολουθήσει για να αναθεωρήσει μια κατάσταση ή εμπειρία. Προσθέτει ότι ο αναστοχασμός μπορεί να αναπτυχθεί μόνος του ή με κριτική υποστήριξη, και εξετάζοντας μια κατάσταση ή γεγονός από όσο περισσότερες πλευρές είναι δυνατόν, έτσι ώστε το άτομο να κατανοήσει περισσότερα πράγματα. Εξετάζοντας τους ορισμούς που έχουν αναφερθεί, μπορεί να παρατηρηθεί

πως κάποιες ομοιότητες υπάρχουν, όπως για παράδειγμα η εξερεύνηση μιας κατάστασης ή γεγονότος, και η απόκτηση νέων γνώσεων. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και κάποιες διαφορές όπως το γεγονός ότι δεν αναφέρουν όλοι οι ορισμοί τη σημασία των συναισθημάτων, ή τη σημασία της ύπαρξης μέντορα. Συνεπώς, μπορεί να υποθετηθεί πως δεν υπάρχει ένας διεθνής ορισμός της έννοιας του αναστοχασμού.

Η χρήση του αναστοχασμού ως κύριο και ζωτικής σημασίας μέρος της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης υποστηρίζεται από τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Η Κοτζαμπασάκη (2010), αναφέρει πως εάν επιλέξουμε να εκτελέσουμε μια ενέργεια συνειδητά, έχοντας επίγνωση αυτών που εκτελούμε, και έχοντας προσωπική εμπλοκή στην επιτέλεση της ενέργειας, τότε δεν αποκτούμε μόνο επαγγελματική εμπειρία αλλά επιπλέον, μαθαίνουμε κάτι για τον εαυτό μας και τη συμπεριφορά μας. Συγκεκριμένα, για το επάγγελμα της νοσηλευτικής, ο Hsiang-Chu (2015) σε μία διαχρονική μελέτη, εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος αναστοχασμού σε τεταρτοετείς φοιτητές της νοσηλευτικής που επρόκειτο να αρχίσουν κλινική πρακτική. Ως αποτέλεσμα, οι κλινικές ικανότητες των φοιτητών, καθώς επίσης και τα επίπεδα αυτογνωσίας τους βελτιώθηκαν, ενώ το στρες τους μειώθηκε. Περαιτέρω, μια άλλη έρευνα η οποία μελέτησε κάποιες στρατηγικές διδασκαλίας με στόχο τον αναστοχασμό, όπως η κράτηση ημερολογίου, κατέδειξε πως επηρεάστηκαν θετικά η συμπεριφορά των φοιτητών απέναντι στους ασθενείς, η κριτική σκέψη κατά τη διάρκεια της φροντίδας, και η αυτοπεποίθησή τους (Kuo et al., 2011). Οι Ganzer και Zauderer (2013), επίσης επισημαίνουν πως ο αναστοχασμός ενισχύει την αυτογνωσία των φοιτητών νοσηλευτικής και δρα ως μέσο για να κατονοήσουν ευκολότερα τις αντιδράσεις και συμπεριφορές τους, αλλά και να μειώσουν το άγχος τους, το οποίο μπορεί να εμποδίσει τη διαδικασία της μάθησης. Οι Samaie και Farahani (2011), επίσης συμφωνούν ότι ο αναστοχασμός σχετίζεται αρνητικά με το άγχος των φοιτητών νοσηλευτικής.

Μολονότι πολλοί συγγραφείς, κώδικες ηθικής, και οργανώσεις αναφέρουν τη σημασία της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης στο νοσηλευτικό επάγγελμα, δεν προσφέρονται σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες για το τι αποτελεί είτε προσωπική είτε επαγγελματική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Gordon (2003), η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη σχετίζεται με αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου με την πάροδο του χρόνου. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη στην εκπαίδευση βοηθά τους φοιτητές να προσεγγίσουν ολοκληρωμένα το πρόγραμμα εκπαίδευσης καθώς δεν είναι ένα ξεχωριστό θέμα στη διδασκεία ύλη. Η Glen (1998) περιέγραψε την επαγγελματική ανάπτυξη ως μια διαδικασία στην οποία όχι μόνο αποκτούνται οι απαραίτητες ικανότητες για να ολοκληρωθεί αποτελεσματικά μια σειρά επαγγελματικών εργασιών, αλλά και τα αισθήματα και τα κίνητρα, καθώς

επίσης και οι θεωρίες για την ανθρώπινη φύση που τα θεμελιώνουν. Υποστηρίζει επίσης, την ιδέα ότι η προσωπική ανάπτυξη συνεπάγεται την ανάπτυξη του εαυτού όπου ένα άτομο αλλάζει τα αισθήματα και τα κίνη- τρά του ενισχύοντας την αποφασιστικότητα του. Ισχυρίζεται συνεπώς, πως η επαγγελματική ανάπτυξη οδηγεί στην προσωπική ανάπτυξη και η προσωπική ανάπτυξη οδηγεί σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ανάπτυξης. Καταλήγωντας, μπορεί να υποθετηθεί πως η επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη σχετίζονται μεταξύ τους.

Το πιο ευρέως γνωστό θεωρητικό πλαίσιο προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί το μοντέλο προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης της Benner. Το μοντέλο της Ben- ner είναι επηρεασμένο από το μοντέλο των Dreyfus και Dreyfus (1980) το οποίο είναι βασισμένο στην αντίληψη ότι ένας φοιτητής περνά από πέντε στάδια έτσι ώστε να αποκτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες. Αυτά τα στάδια είναι: αρχάριος, επαρκής, ικανός, ειδικός, και αυθεντία. Η Benner (1984) εφάρμοσε αυτό το μοντέλο στο νοσηλευτικό επάγγελμα, αναγνωρίζοντας τα στάδια ως αρχάριος, προχωρημένος αρχάριος, επαρκής, ικανός, και ειδικός, με τον αρχάριο να έχει τη λιγότερη εμπειρία και τον ειδικό την μεγαλύτερη. Μπορεί να θεωρηθεί πως ένας προπτυχιακός φοιτητής της νοσηλευτικής μπορεί να φτάσει μέχρι το στάδιο του προχωρημένου αρχάριου αφού περισσότερη εμπειρία χρειάζεται για να φτάσει στο επίπεδο του επαρκή. Στον πρώτο χρόνο φοίτησης ένας φοιτητής αποκτά τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες και χρειάζεται την εποπτεία και καθοδήγηση ενός ειδικού στον κλινικό χώρο. Στα επόμενα έτη, ο φοιτητής προχωρά στο στάδιο του προχωρημένου αρχάριου, όπου ακόμη χρειάζεται εποπτεία και καθοδήγηση από έναν ειδικό, όμως πλέον ερωτήματα αρχίζουν να αναπτύσσονται στο μυαλό του και είναι πιο σίγουρος κατά την κλινική πρακτική. Επίσης, η Benner (1984) αναγνώρισε πως το στάδιο του επαρκή δεν επιτυγχάνεται από τους πρόσφατους αποφοίτους, επομένως ούτε από τους φοιτητές. Ένας νοσηλευτής που βρίσκεται στο στάδιο του επαρκή είναι ικανός να αναπτύσσει ένα πλάνο φροντίδας για τον ασθενή, να θέτει προτεραιότητες, και να λαμβάνει υπόψη μακροχρόνιους στόχους. Στο στάδιο του ικανού, οι δράσεις και οι αποφάσεις καθοδηγούνται από τις γνώσεις, ικανότητες, και εμπειρία του ίδιου του νοσηλευτή παρά από κάποιον πιο ειδικό, και οι καταστάσεις μπορούν να προβλεφθούν. Το τελικό στάδιο, του ειδικού, χαρακτηρίζεται από την απόφαση που παίρνει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει τη διαίσθηση και η κατάσταση μπορεί να εκτιμηθεί εύκολα εξ'αιτίας της τεράστιας εμπειρίας που έχει αποκτηθεί (Benner, 1984). Επιπρόσθετα, το μοντέλο της Benner έχει δεχθεί μεγάλη κριτική. Όπως κάποιοι υποστηρίζουν, η κοινωνική δομή ή η κοινωνική γνώση απουσιάζουν από το μοντέλο (Thompson, 1990; Purkis, 1994). Επίσης, ο English (1993) πιστεύει πως το μοντέλο δεν εξηγά πώς ένα άτομο προχωρά από το ένα στάδιο στο επόμενο.

Τέλος, η Benner (1984) αναφέρει πως κάποιοι νοσηλευτές δεν πρόκειται να φτάσουν στο στάδιο του ειδικού, χωρίς όμως να το τεκμηριώνει.

### **Ο Αναστοχασμός στην Προπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

Η κλινική εκπαίδευση στους προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής αποτέλεσε πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς της νοσηλευτικής που στόχος τους ήταν η δημιουργία νοσηλευτών με ανεπτυγμένες δεξιότη- τες και κριτική σκέψη. Πολλές έρευνες έχουν γίνει για να εξετάσουν την κλινική πρακτική στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Παρόλα αυτά η κλινική εκπαίδευση δεν έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο (Levett - Jones & Lathlean, 2008). Η νοσηλευτική βιβλιογραφία υπογραμμίζει την έμφαση που πρέπει να δίνεται στην κλινική πρακτική και στο πώς μπορεί να διευκολυνθεί η μάθηση των φοιτητών νοσηλευτικής προπτυχιακού επιπέδου στην κλινική πρακτική, χωρίς όμως να εξετάζει την αξία της κλινικής εκπαίδευσης στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι παραδοσιακές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση, βασισμένες στις διαλέξεις εφοδιάζουν τους φοιτητές μόνο με γνώσεις απαραίτητες για τις εξετάσεις και αξιολογήσεις, αντί να τους επιτρέπουν να κάνουν συσχετίσεις μεταξύ της γνώσης και της πρακτικής. Η εφαρμογή της θεωρίας στην πρακτική, διαχωρίζοντας την πνευματική και την πρακτική γνώση, ονομάστηκε 'τεχνική ορθολογικότητας' από τον Schon (1987). Παρόλα αυτά, μπορεί να θεωρηθεί πως υπάρχει κενό μεταξύ θεωρίας και πρακτικής, το οποίο για να γεφυρωθεί, μια μέθοδος που θα βοηθά τους φοιτητές να μαθαίνουν από την πρακτική τους και να αναπτύσσουν το δικό τους τρόπο σκέψης απαιτείται. Ως αποτέλεσμα, η τεχνική του αναστοχασμού έχει αρχίσει να ενσωματώνεται στην προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση.

Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα και εμπειρία των φοιτητών που έχουν χρησιμοποιήσει τον αναστοχασμό ως μαθησιακό εργαλείο. Με τον αναστοχασμό, οι μαθησιακές ευκαιρίες ενός ατόμου αυξάνονται, οι μαθησιακές ανάγκες αναγνωρίζονται, και η τεκμηριωμένη νοσηλευτική φροντίδα διασφαλίζεται (Rolfe et al., 2001). Ο Sobral (2001) υποστηρίζει πως ο αναστοχασμός στη διαδικασία της μάθησης σχετίζεται με αυξημένη ακαδημαϊκή επίδοση. Παρόλα αυτά, η μελέτη των Grant et al. (2006) έδειξε πως οι φοιτητές που επέλεξαν θεληματικά μάθηση αναστοχασμού δεν βελτίωσαν τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους, παρά το γεγονός πως ήταν πιο ικανοί να αναγνωρίζουν τα κύρια σημεία για να τα αφομοιώσουν. Ωστόσο, η μελέτη του Sobral (2001) πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία όπου ακολουθείται ένα διαφορετικό μαθησιακό σύ- στημα, και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν και σε εκπαιδευτικά συστήματα όπως αυτό που εφαρμόζεται στην Κύπρο. Επίσης, οι O'Regan και Fawcett (2006) αναγνώρισαν πως οι φοιτητές μπορούν πιο εύκολα να ενώσουν τη θεωρία στην πρακτική όταν χρησιμοποιούν τον αναστοχασμό σε ένα συγκεκριμένο συμ

βάν ή κατάσταση. Ο Jasper (2006) συμφωνεί πως η μάθηση μέσω του αναστοχασμού ενισχύει την κατανόηση των φοιτητών και έτσι ενημερώνει την πρακτική. Συνεπώς, φαίνεται πως ο αναστοχασμός σχετίζεται με την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των προπτυχιακών φοιτητών.

Παρόλα αυτά, πολλοί φοιτητές που προχωρούν σε πανεπιστημιακές σπουδές, δεν έχουν αναστοχαστεί σε εμπειρίες τους ποτέ στο παρελθόν, και συνεπώς χρειάζεται προετοιμασία έτσι ώστε οι φοιτητές να μπορούν να αναστοχαστούν αποτελεσματικά (O'Donovan, 2007). Αυτό συνεπάγεται πως η ανάπτυξη δεξιοτήτων όπως η κριτική σκέψη, η αυτογνωσία, η επίλυση προβλημάτων, και η ανάλυση πρέπει να ενσωματώνεται στο πρόγραμμα μαθημάτων (Sharp και Maddison, 2008). Σύμφωνα με τους Dewey (1933) και Boud et al. (1985), απαιτούνται τέσσερα στοιχεία για τον αναστοχασμό στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Αυτά περιλαμβάνουν: ώθηση, έτσι ώστε ο φοιτητής να επιτύχει το μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο, ευρύτητα πνεύματος που θα οδηγήσει στη σκέψη και πιστεύω χρησιμοποιώντας νέους τρόπους, φαντασία, και αυτοπεποίθηση. Η κριτική σκέψη αποτελεί ακόμη ένα στοιχείο απαραίτητο για τον αναστοχασμό. Η κριτική σκέψη θεωρείται μια δύσκολη διεργασία από πολλούς προπτυχιακούς φοιτητές. Φαίνεται πως οι φοιτητές κατά τον αναστοχασμό, δίνουν έμφαση περισσότερο στον εαυτό και τις ανυσηχίες τους, αντί να σκεφτούν ευρύτερα θέματα όπως η κουλτούρα και η ηθική, χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη (Jay και Johnson, 2002). Ακόμη, όπως ο Cotrell (2005) αναφέρει, τα άτομα που αναπτύσσουν την ικανότητα να σκέφτονται κρίνοντας, συνήθως έχουν και αυτογνωσία. Έτσι, η αυτογνωσία είναι απαραίτητη έτσι ώστε οι φοιτητές να μπορούν να μάθουν από την πρακτική τους αποτελεσματικά. Ενσωματώνοντας ασκήσεις και δραστηριότητες που αναπτύσσουν την αυτογνωσία των φοιτητών, είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τις ικανότητες και τις δυσκολίες τους σχετικά με τις δεξιότητές τους. Αυτό θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν πώς οι αντιδράσεις τους σε μια εμπειρία ή γεγονός μπορεί να επηρεαστούν από τα συναισθήματα, τις σκέψεις, και τις δράσεις τους (Sharp και Maddison, 2008).

Επιπρόσθετα, μεγάλη συζήτηση γίνεται στη βιβλιογραφία σχετικά με την αξιολόγηση του αναστοχασμού, υπογραμμίζοντας την έλλειψη μιας μεθόδου ή εργαλείου για να μετρήσει ή να αξιολογήσει την ποιότητα και το βάθος του. Ο Goodman (1984) ανέπτυξε το πλαίσιο Τα Επίπεδα του Αναστοχασμού, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τον αναστοχασμό. Διέκρινε τρία επίπεδα αναστοχασμού. Στο πρώτο επίπεδο, περιλαμβάνεται η επίτευξη δεδομένων στόχων. Στο δεύτερο επίπεδο, ο αναστοχασμός ενσωματώνει τη σχέση μεταξύ της γνώσης και της πρακτικής. Στο τελευταίο επίπεδο, εκτός από τα προαναφερθέντα, ο αναστοχασμός προσθέτει ηθικά και πολιτικά ζητήματα. Οι Kember et al. (1999) επίσης, ανέπτυξαν μια κλίμακα για την αξιολόγηση του αναστοχασμού. Η κλίμακα περι-

γράφει δηλώσεις όπως, συνηθισμένο, στοχαστικό, ή εσωστρεφές, τα οποία παρουσιάζουν το μη αναστοχαστικό επίπεδο του αναστοχασμού, ή όπως περιεκτικό, μεθοδικό, ή επεξηγηματικό, τα οποία παρουσιάζουν το αναστοχαστικό επίπεδο. Η κλίμακα φαίνεται να είναι αξιόπιστη, όμως η εφαρμογή της για τον καθορισμό του επιπέδου του αναστοχασμού δεν αναφέρεται. Ακόμη, είναι αμφίβολο εάν ο αναστοχασμός στο προπτυχιακό επίπεδο μπορεί να αξιολογηθεί. Ενδιαφέρον αποτελεί η υπόθεση του Coward (2011) πως όταν οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν τον αναστοχασμό ως μέθοδο αξιολόγησης, οι φοιτητές ανακαλούν για να επιτύχουν και όχι για να ενισχύσουν τις προσωπικές και επαγγελματικές τους δεξιότητες. Αιτιολόγηση αυτής της αντίληψης παρέχεται από αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν πως δεν πρέπει να υπάρχουν κριτήρια αξιολόγησης για τον αναστοχασμό (Jindal-Snape και Holmes, 2009).

### **Πλαίσιο για τον Αναστοχασμό στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

Πολλά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί για τον αναστοχασμό. Ένα αρκετά γνωστό μοντέλο στη νοσηλευτική, το οποίο αξίζει να συζητηθεί είναι αυτό του Chris Johns. Το 'Μοντέλο του Δομημένου Αναστοχασμού' του Johns (2004) έχει τις ρίζες του στη δουλειά του Carper (1978) και εμφανίστηκε μέσα από την εκτεταμένη και συνεχή εργασία του Johns από το 1991, μέσα από το οποίο εξετάζονται οι εμπειρίες του ατόμου στην εποπτεία, η νοσηλευτική γνώση, και το πώς αυτή η γνώση αναπτύχθηκε (Johns, 1995). Το μοντέλο χρησιμοποιεί τις κοινές εμπειρίες του φοιτητή και του επόπτη ως το επίκεντρο, που ως αποτέλεσμα έχει την καλύτερη κατανόηση παρά τη χρήση του αναστοχασμού ως ατομική εμπειρία. Η δέκατη τέταρτη έκδοση του μοντέλου που αναπτύχθηκε το 2004 περιλαμβάνει δεκαέξι ερωτήσεις οι οποίες ενσωματώνουν τους τέσσερις τρόπους γνώσης του Carper (1978): αισθητική, εμπειρική, προσωπική, και ηθική και αντανάκλαστική. Παρά το γεγονός ότι η δομή του μοντέλου τονίζει τη δυναμική του φύση, μπορεί να μειώνει την οικειότητα του χρήστη, ενισχύοντας την αίσθηση ανακριτικότητας. Επιπρόσθετα, ο Coward (2011) προκαλεί το μοντέλο του Johns, υποστηρίζοντας πως είναι πολύ περίπλοκο αφού οι φοιτητές πρέπει να έχουν συνειδητή ικανότητα να αναγνωρίζουν τι γνωρίζουν ήδη, και ασυνείδητη ικανότητα να αναγνωρίζουν τι δεν γνωρίζουν. Τεκμηρίωση αυτής της αντίληψης παρέχεται από τους Benner (1984) και Carper (1978), οι οποίοι συμφωνούν πως ένα άτομο δεν είναι πάντα ικανό να κατανοήσει τι γνωρίζει και τι δεν γνωρίζει μέχρι την εξέταση και εφαρμογή προηγούμενων εμπειριών. Ο Johns (2004, σελ. 20) αναφέρει πως αυτή είναι η προετοιμασία έτσι ώστε το άτομο να είναι 'στην καλύτερη θέση για να ανακαλέσει' και να μην δει τον αναστοχασμό μόνο ως γνωστική δραστηριότητα, αλλά ως περισσότερο στοχαστική δραστηριότητα. Συνεπώς, ο χρόνος, ο χώρος, το κατάλληλο περιβάλλον, και οι ικανοί

τητες που ένας προπτυχιακός φοιτητής δεν έχει αποκτήσει ακόμη, απαιτούνται γι'αυτήν την εστίαση.

Το κυκλικό μοντέλο του Graham Gibbs (1988) αποτελεί επίσης πλαίσιο αναστοχασμού που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Το κυκλικό μοντέλο του Gibbs είναι βασισμένο στη δουλειά του Kolb (1984), και εξηγά πώς οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν χρησιμοποιώντας τις εμπειρίες τους. Ο Kolb (1984) ανέπτυξε τον 'Κύκλο Μάθησης με Εμπειρία', ο οποίος αποτελείται από τέσσερις τύπους μαθησιακών δεξιοτήτων: τις συγκεκριμένες εμπειρίες για την εμπλοκή του σπουδαστή σε νέες μαθησιακές καταστάσεις, την παρατηρήση όπου ο φοιτητής χρησιμοποιεί δεξιότητες για να ανακαλέσει από διαφορετικές προοπτικές τις εμπειρίες του, τη διαμόρφωση αφηρημένων εννοιών και γενικεύσεων όπου ο φοιτητής αναπτύσσει έννοιες που σχετίζονται με τις εμπειρίες του και τις ενοποιεί σε λογικές θεωρίες, και τον ενεργό πειραματισμό όπου ο φοιτητής εφαρμόζει τις θεωρίες έτσι ώστε να επιλύσει προβλήματα και να λάβει αποφάσεις. Ο Gibbs, (1988) από την άλλη μεριά, ανέπτυξε ένα κύκλο με έξι σημεία: την περιγραφή του συμβάντος, τα συναισθήματα, την αξιολόγηση, την ανάλυση, το συμπέρασμα, και το σχέδιο δράσης, μέσα από τα οποία ένα άτομο βασίζεται στον πλούτο των εμπειριών του για να αυξήσει τις γνώσεις του. Ο Gibbs (1988) τόνισε τη σημασία της περιγραφής τόσο των γεγονότων όσο και των συναισθημάτων για την επίτευξη του αναστοχασμού σε μια εμπειρία, και την ανάπτυξη σχεδίου δράσης. Σύμφωνα με τον Bulman (2008), το κυκλικό μοντέλο του Gibbs χρησιμοποιήθηκε στο τέλος της δεκαετίας του '80, όταν η πρακτική του αναστοχασμού άρχισε να ενσωματώνεται στην Οξφόρδη. Η δουλειά του Gibbs ήταν πολύ σημαντική για τους εκπαιδευτικούς αφού όλοι ήταν αρχάριοι με τον αναστοχασμό. Παρόλο που πολλά άτομα υποστηρίζουν αυτό το μοντέλο κυρίως λόγω της απλότητάς του, ο Bulman (2008) αναφέρει πως οι ερωτήσεις στον κύκλο είναι αρκετά γενικευμένες, προσθέτωντας κάποιες λεπτομέρειες σε κάθε στάδιο του κύκλου. Συνεπώς, μπορεί να θεωρηθεί πως αυτό το πλαίσιο είναι αρκετά χρήσιμο για τους προπτυχιακούς φοιτητές, αφού είναι αρχάριοι με τον αναστοχασμό και το υπόβαθρο που προσφέρεται από τον Bulman (2008) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός γι' αυτούς.

### **Εργαλεία Διδασκαλίας και Μάθησης για τον Αναστοχασμό**

Κάποιοι εκπαιδευτικοί έχουν δει τη διαδικασία του αναστοχασμού ως μέθοδο μάθησης, η οποία, μπορεί να διδαχθεί με ποικίλα εργαλεία όπως, ημερολόγια (Heath, 1998; Orem, 1997), εργασίες κλινικών περιστατικών (Κοτζαμπασάκη, 2010), ενεργές μαθησιακές ομάδες (Williamson, 1997), τεχνικές ανάλυσης κριτικών συμβάντων (Hunt, 1996), αυτοβιογραφικές ιστορίες (Brookfield, 1995), και σκιαγράφηση (Willis, 1999).

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία στη νοσηλευτική εκπαίδευση αποτελεί το ημερολόγιο μάθησης,

στο οποίο ένα άτομο έχει την ευκαιρία όχι μόνο να καταγράψει κάποια γεγονότα αλλά και τις αντιδράσεις του σε αυτά (Heath, 1998; Orem, 1997). Η κράτηση ημερολογίου μπορεί να αποτελέσει μέσο για τους φοιτητές για να αναγνωρίσουν, να περιγράψουν, και να ανακαλέσουν εμπειρίες τους που αφορούν την κλινική τους πρακτική (Bennett και Kingham, 1993). Οι Forneris και Peden-McAlpine (2006) υποστηρίζουν πως το ημερολόγιο μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τους φοιτητές που είναι αρχάριοι στον αναστοχασμό, βοηθώντας τους στην ανάπτυξη ικανοτήτων όπως, σύνθεση, κριτική σκέψη, ανάλυση, και αξιολόγηση. Περαιτέρω, η Κοτζαμπασάκη (2010) υποστηρίζει πως η χρήση ημερολογίου μάθησης προάγει την αυτοενημέρωση, την κατανόηση σε διαπροσωπικό επίπεδο, τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, λήψης αποφάσεων, αυτοαποτελεσματικότητας, και αυτογνωσίας.

Παρόλα αυτά, υπάρχει κριτική στη βιβλιογραφία σχετικά με τα μειονεκτήματα του ημερολογίου ως μαθησιακό εργαλείο. Όπως ο Mackintosh (1998) τονίζει, κάποιοι φοιτητές μπορεί να μην είναι ικανοί να ανακαλέσουν γεγονότα ή να μην θέλουν να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα που θα διαβάσει κάποιος άλλος. Ως συνεπακόλουθο, είναι πιθανό οι φοιτητές να μην συμπεριλαμβάνουν κάποια κακή πρακτική, ειδικά όταν το ημερολόγιο θα αξιολογηθεί από τους εκπαιδευτές τους. Με αυτή την έννοια, η αποτελεσματικότητα του ημερολογίου ως εργαλείο αναστοχασμού μειώνεται. Σύμφωνα με τον Bright (1996), προαπαιτούμενη δεξιότητα για να γράψει κάποιος με στόχο τον αναστοχασμό, είναι η ανάγκη των φοιτητών να είναι αντανάκλαστικοί στη σκέψη τους, εμπλέκοντας πολλή αυτο-ανακάλυψη στην πρακτική τους. Η περιγραφή μιας εμπειρίας στο ημερολόγιο χωρίς τη χρήση αναστοχασμού, πιθανόν να οφείλεται σε έλλειψη ικανοτήτων γραφής και έκφρασης, ή ανικανότητας να αντιμετωπιστεί μια υπόθεση (Heath, 1998; Orem, 1997).

Ένα άλλο χρήσιμο εργαλείο για τη διδασκαλία του αναστοχασμού αποτελούν οι τεχνικές ανάλυσης κριτικών συμβάντων, όπου οι φοιτητές ενθαρρύνονται να εντοπίσουν ένα κριτικό περιστατικό που αισθάνθηκαν ιδιαίτερα θετικά ή αρνητικά από την κλινική τους πρακτική. Μέσα από μία ομαδική συζήτηση αναστοχασμού, οι φοιτητές έχουν την ευκαιρία να αναγνωρίσουν υποθέσεις και θέματα κλειδιά για τη νοσηλευτική. Παρόλο που υπάρχει η καθοδήγηση από τον εκπαιδευτή, ούτε οι φοιτητές αλλά ούτε και ο εκπαιδευτής μπορούν να προβλέψουν τα αποτελέσματα (Hunt, 1996). Οι Smith και Russell (1991), αναγνώρισαν ως την κύρια αξία της μεθόδου, τη διαπροσωπική ανάπτυξη των φοιτητών και τον αναστοχασμό στη φιλοσοφία της ολιστικής εκπαίδευσης. Ακόμη, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον φαίνεται να αυξάνεται η θέληση των φοιτητών να μοιράζονται εμπειρίες και σκέψεις και να μειώνεται το άγχος που μπορεί να εμφανιστεί στην ομαδική συζήτηση (Haddock, 1997). Τόσο η ανάλυση κριτικών γεγονότων όσο και τα ημερολόγια μάθησης έχουν σκοπό

την προαγωγή της διαδικασίας του αναστοχασμού και της μάθησης στον κλινικό χώρο (Κοτζαμπασάκη, 2010).

### Επίλογος

Η ενσωμάτωση του αναστοχασμού στο πρόγραμμα της νοσηλευτικής, σχεδόν δύο δεκαετίες πριν, προκάλεσε μεγάλη συζήτηση σχετικά με τα πλαίσια του αναστοχασμού, τις δραστηριότητες αναστοχασμού, και την εφαρμογή του στον κλινικό χώρο έτσι ώστε να αυξηθεί η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των φοιτητών και νοσηλευτών, με τελικό αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Μπορεί να παρατηρηθεί πως υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία στον τομέα της νοσηλευτικής και της υγείας που υποστηρίζει τη σημαντικότητα και την αποτελεσματικότητα του αναστοχασμού στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ανάλυσης και αιτιολόγησης στον κλινικό χώρο. Ο αναστοχασμός προσφέρει την ευκαιρία να εξεταστούν υποθέσεις, συναισθήματα, σκέψεις, πιστεύω, αξίες έτσι ώστε ένα άτομο να κατανοήσει τον τρόπο που αντιδρά σε μια δεδομένη κατάσταση ή συμβάν. Επίσης, ωθεί την επίτευξη της μάθησης, η οποία σε συνδυασμό με την επιστημονική γνώση θα οδηγήσουν στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής. Συνεπώς, ο αναστοχασμός φαίνεται να είναι μια θετική κατεύθυνση για τη νοσηλευτική εκπαίδευση και πρακτική.

### Βιβλιογραφικές παραπομπές Αγγλική

- Bennett, J., and Kingham, M. (1993). Learning diaries. Nurse Education: A Reflective Approach, Edward Arnold, London: 144-156.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park, CA: Addison - Wesley.
- Bolton, G. (2005). Reflective Practice - Writing and Professional Development (2nd edn.). Sage, London.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. (1985). Reflection: Turning Learning into Experience. Paul Chapman Publishing, London.
- Bright, B. (1996). Reflecting on 'Reflective Practice'. Studies in the Education of Adults, 28(2), 192-184.
- Brookfield, S. (1995). Becoming a Critically Reflective Teacher. Jossey - Bass: San Francisco.
- Zulman, C. (2008). An Introduction to Reflection. In Bulman, C. & Schutz, S. Reflective Practice in Nursing (4th edn.). Blackwell Publishing.
- Carper, B. (1978). Fundamental Ways of Knowing in Nursing. Advances in Nursing Science, 1(1), 13-23.
- Clarke, B., James, C. & Kelly, J. (1996). Reflective Practice: Reviewing the Issues and Refocusing the Debate. International Journal of Nursing Studies, 33(20), 181 -189.
- Cottrell, S. (2005). Critical Thinking Skills: Developing Effective Analysis and Argument. Palgrave Macmillan, New York.
- Coward, M. (2011). Does the Use of Reflective Models Restrict Critical Thinking and Therefore Learning in Nurse Education? What Have we Done? Nurse Education Today, 31, 883-886.
- Dewey, J. (1933). How we Think. Boston: Heath.
- Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Unpublished Study, University of California, Berkeley.
- English, I. (1993). Intuition as a Function of the Expert Nurse: A Critique of Benner's Novice to Expert Model. Journal of Advanced Nursing, 18, 387-393.
- Fornieris, S.G. & Peden, C.J. (2006). Contextual Learning: A Reflective Learning Intervention for Nursing Education. International Journal of Nursing Education Scholarship, 3(1), Article 17.
- Freire, P. (1972). Pedagogy of the Oppressed. Herder and Herder, New York.
- Ganzer, C. A. & Zauserer, C. (2013). Structured Learning and Self-Reflection: Strategies to Decrease Anxiety in the Psychiatric Mental Health Clinical Nursing Experience. Nursing Education Perspectives, 34, 244-247.
- Gibbs, G. (1988). Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods. Further Education Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.
- Glen, S. (1998). The Key to Quality Nursing Care: Towards a Model of Personal and Professional Development. Nursing Ethics, 5(2), 95-102.
- Goodman, J. (1984). Reflection and Teacher Education: A Case Study and Theoretical Analysis. Interchange, 15(3), 9-26.
- Gordon, J. (2003). Fostering Students' Personal and Professional Development in Medicine: A New Framework for PPD. Medical Education, 37, 341-349.
- Grant, A., Kinnersley, P., Metcalf, E., Pill, R. & Houston, H. (2006). Students' Views of Reflective Learning Techniques: An Efficacy Study at a UK Medical School. Medical Education, 40, 379-388.
- Haddock, J. (1997). Reflection in Groups: Contextual and Theoretical Considerations Within Nurse Education and Practice. Nurse Education Today, 17(5), 381-385.
- Heath, H. (1998). Keeping a Reflective Practice Diary: A Practical Guide. Nurse Education Today, 18(7), 592-598.
- Hsiang-Chu, P. (2015). The Effect of a Self-Reflection and Insight Program on the Nursing Competence of Nursing Students: A Longitudinal Study. Journal of Professional Nursing, 31(5), 424-431.
- Hunt, C. (1996). Function, Fascination, and Facilitation of Reflective Practice in Continuing Professional Education. In Diversity and Development: Futures in the Education of Adults. Proceedings of the 26th Annual Conference, Leeds, England. Standing Conference on University Teaching and Research in the Education of Adults.
- Jasper, M. (2006). Professional Development, Reflection, and Decision Making. Blackwell Publishing, Oxford.
- Jay, J. & Johnson, K.L. (2002). Capturing Complexity: A Typology of Reflective Practice for Teacher Education. Teaching and Teacher Education, 18, 73-85.
- Jindal - Snape, D. & Holmes, E.A. (2009). A Longitudinal Study Exploring Perspectives of Participants Regarding Reflective Practice During their Transition from Higher Education to Professional Practice. Reflective Practice, 10(2), 219-232.
- Johns, C. (1995). Framing Learning Through Reflection Within Carper's Fundamental Ways of Knowing in Nursing. Journal of Advanced Nursing, 22, 226-234.



- Johns, C. (2004). *Becoming a Reflective Practitioner* (2nd edn.). Blackwell Publishing, Oxford.
- Kember, D., Jones, A., Loke, A., McKay, J., Sinclair, K., Tse, H., Webb, C., Wong, F., Wong, M. & Yeung, E. (1999). Determining the Level of Reflective Thinking from Students' Written Journals Using a Coding Scheme Based on the Work of Mezirow. *International Journal of Lifelong Education*, 1, 18-30.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning as the Science of Learning and Development*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Kuo, C.L., Turton, M., Cheng, S.F. & Lee-Hsieh, J. (2011). Using Clinical Caring Journaling: Nursing Student and Instructor Experiences. *The Journal of Nursing Research*, 19, 141-149.
- Levett-Jones, T. & Lathlean, J. (2008). Belongingness: A Prerequisite for Nursing Students' Clinical Learning. *Nurse Education in Practice*, 8, 103-111.
- Mackintosh, C. (1998). Reflection: A Flawed Strategy for the Nursing Profession. *Nurse Education Today*, 18(7), 553-557.
- O'Donovan, M. (2007). Implementing Reflection: Insights from Pre-Registration Mental Health Students. *Nurse Education Today*, 27(6), 610-616.
- O'Regan, H. & Fawcett, T. (2006). Learning to Nurse: Reflections on Bathing a Patient. *Nursing Standard*, 40(46), 60-64.
- Orem, R. (1997). Journal Writing as a Form of Professional Development. In *Proceedings of the 16th Annual Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. East Lansing: Michigan State University.
- Purkis, M.E. (1994). Entering the Field: Intrusions of the Social and its Exclusion from Studies of Nursing Practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 615-622.
- Rolfe, G., Freshwater, D. & Jasper, M. (2001). *Critical Reflection for Nursing and the Helping Professions, a User's Guide*. Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Samaie, G. & Farahani, H.A. (2011). Self-Comparison as a Moderator of the Relationship Between Rumination, Self-Reflection and Stress. *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, 30, 978-982.
- Schon, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass Inc., California.
- Sharp, P. & Maddison, C. (2008). An Exploration of the Student and Mentor Journey Into Reflective Practice. In Bulman, C. & Schutz, S. (2008). *Reflective Practice in Nursing* (4th edn.). Blackwell Publishing.
- Smith, A. & Russel, J. (1991). Using Critical Learning Incidents in Nurse Education. *Nurse Education Today*, 11, 284-291.
- Sobral, D.T. (2001). Medical Students' Reflection in Learning in Relation to Approaches to Study and Academic Achievement. *Medical Teacher*, 23(5), 508-513.
- Thompson, J.L. (1990). Hermeneutic Inquiry. In Moody, E. *Advancing Nursing Science Through Research*.
- Willis, P. (1999). Looking for What it's Really Like: Phenomenology in Reflective Practice. *Studies in Continuing Education*, 21(1), 91-112.
- Williamson, A. (1997). Reflection in Adult Learning with Particular Reference to Learning-in-Action. *Australian Journal of Adult and Community Education*, 37(2), 93-99.
- Ελληνική**  
 ΠΑΣΥΝΜ (2012). Ο Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος.  
 Κοτζαμπασάκη, Σ. (2010). Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και Άλλες Επιστήμες Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

# Διεπιστημονική προσέγγιση: Αναπόδραστη μετάβαση στη φροντίδα

## Interdisciplinary approach: The imperative transition of care

Χριστοφή Παρασκευή  
RN, APN/ACNP, CCN, CCCN  
BSc, MSc/MN, (c) PhD  
ΜΕΘ Α', Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

### Περίληψη

Οι σύγχρονες προκλήσεις της υγείας με τη γήρανση του πληθυσμού και την επικράτηση χρόνιων νοσημάτων/συνδρόμων, απαιτούν εντατικές προσπάθειες για συνεργατική δράση σε όλο το φάσμα της φροντίδας. Η διεπιστημονική προσέγγιση που χαρακτηρίζεται από ισοτιμία και αμοιβαία συμπλήρωση σε γνώσεις και δεξιότητες, κοινούς στόχους και συντονισμένη προσπάθεια, αποτελεί το κλειδί για αποτελεσματική φροντίδα, ενδυναμώνοντας ταυτόχρονα τα μέλη με συνεχή ανατροφοδότηση. Διεθνώς, αποδίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας, εφόσον συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και της έκβασης των ασθενών, της πρόσβασης, της αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, της επικοινωνίας, της ορθολογιστικής χρήσης των πόρων, της ικανοποίησης ασθενών και παρόχων υγείας και στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Οι νοσηλευτές αναγνωρίζοντας το όφελος της, συνεργάζονται άριστα με τους άλλους κλάδους, για αυτό και συζητούνται ως πρότυπα. Για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας χρειάζονται υπευθυνότητα, συντονισμός, επικοινωνία, πνεύμα συνεργασίας, αυτονομία και αμοιβαία σεβασμός και καλλιέργεια του διεπιστημονικού περιβάλλοντος. Οι σοβινιστικές συμπεριφορές και ο κατακερματισμός της εξειδικευμένης γνώσης έχουν καταδειχθεί ως οι βασικοί της ανασταλτικοί παράγοντες. Ο ακρογωνιαίος λίθος στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των διεπιστημονικών ομάδων συνίσταται στην αλλαγή νοοτροπίας και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, όπου η προσέγγιση θα αφορά στην αφομοίωση των εννοιών της ισοτιμίας, της αμοιβαιότητας και της συνεργασίας.

Christofi Paraskevi  
RN, APN/ACNP, CCN, CCCN  
BSc, MSc/MN, (c) PhD  
ICU A', Limassol General Hospital

### Abstract

The current healthcare issues, endorsing an aging population and the prevalence of chronic diseases / syndromes, mandate collaborative action in the entire spectrum of care. The interdisciplinary approach, characterized by equivalence and mutual complementing in knowledge and skills, shared goals and coordinated efforts, is the key to effective care, while empowers members by a continuous feedback. Health communities in an international level emphasize the need for development of interdisciplinary approach, as it contributes towards the improvement of quality of care and patients' outcomes, access in care, utilization of human resources, communication, rational use of resources, patients' satisfaction and health providers and as well as to the reduction of morbidity and mortality. Nurses recognize the benefit, exhibit excellence in cooperation with other health disciplines and so they are discussed as role models. Accountability, coordination, communication, partnership, autonomy, mutual respect and cultivation of interdisciplinary environment are the basic elements for the efficient functioning of the team. The chauvinistic attitudes and the fragmentation of expertise are indicated as the major of restraining factors. The cornerstone of efficient functioning of interdisciplinary teams consists in changing attitudes and culture of health professionals. Such an approach will address the integration of the concepts of equivalence, mutuality and cooperation.

### Εισαγωγή

Ο διαπρεπής Warren Bennis υποστήριξε ότι κανένας δεν είναι τόσο έξυπνος από μόνος του όσο όλοι μαζί, τονίζοντας ότι στον σύγχρονο κόσμο μας όπου η τεχνολογική και πολιτική πολυπλοκότητα αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς, η μεμονωμένη ατομική δράση καθίσταται ολοένα και πιο ανεπαρκής (Brosnan & Hickey, 2012).

Τα μεταβαλλόμενα δεδομένα και οι σύγχρονες προκλήσεις στον τομέα της υγείας απαιτούν από τους παρόχους υγείας αφενός ευελιξία και προσαρμοστικότητα, απόκτηση, επέκταση κι επικαιροποίηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων και αφετέρου εντατικές προσπάθειες για συλλογική, συνεργατική δράση. Δια μέσου της συνεργατικής αλληλεπίδρασης και διά-δρασης αναδύεται ένα μείγμα από επαγγελματικές κουλτούρες και προσεγγίσεις που επιτυγχάνονται με ισότιμο καταμερισμό γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα του ασθενούς (Bridges et al., 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, η επιτυχής ομαδική εργασία καθίσταται αναπόδραστη σε όλες τις πτυχές της φροντίδας υγείας σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών, από τα περιβάλλοντα της οξείας φροντίδας, μέχρι τη συλλογική

δράση στην πρωτοβάθμια ή στα περιβάλλοντα φροντίδας χρόνιων παθήσεων (Ojupeliyawa et al., 2009). Το γεγονός αυτό, εν μέρει, εξυπακούει υιοθέτηση νέων δεξιοτήτων και προσεγγίσεων από τους επαγγελματίες υγείας τόσο ως προς την παροχή της φροντίδας, όσο και στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Εκ παραλλήλου, υποδηλώνει δυναμικές αλλαγές και στον εργασιακό χώρο σε ζητήματα κατάρτισης και μετάβασης της νοοτροπίας, φαινόμενα που αξιώνουν πρωτίστως υιοθέτηση και προσαρμογή προ της υλοποίησής τους (Allen et al., 2006).

### Ορισμοί της Συνεργατικής Προσέγγισης στη Φροντίδα

Οι επικρατούσες σύγχρονες περιγραφές για τη συνεργασία και τις δραστηριότητες των ομάδων των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στο ευρύ φάσμα ορισμών και χαρακτηρισμών της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αναφέρονται ως η διεπιστημονική και η πολυεπιστημονική προσέγγιση (Jessup, 2007). Παρότι αφορούν σε διαφορετικούς τύπους ομάδων με σαφείς διακρίσεις και διαφορετικές εσωτερικές διαδικασίες, εντούτοις συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ή αλληλοκαλυπτικά, παραπέμποντας σε ταυτοσημία, γεγονός που δεν αντα

ποκρίνεται στην πραγματικότητα (Nancarrow et al., 2013).

Η πολυεπιστημονική ομάδα αξιοποιεί τις δεξιότητες και την εμπειρία των ατόμων από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, με κάθε επιστημονικό κλάδο να προσεγγίζει τον ασθενή ανεξάρτητα, από τη δική του οπτική γωνία. Η εν λόγω προσέγγιση συνήθως περιλαμβάνει ξεχωριστές ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες για τον ασθενή και τακτικές συναντήσεις της ομάδας στην απουσία του, προς συζήτηση των αποσπασματικών ευρημάτων, αποσκοπώντας στον καθορισμό μελλοντικών κατευθύνσεων στη φροντίδα (Jessup, 2007).

Η διεπιστημονική ομάδα απαρτίζεται από παρόχους υπηρεσιών υγείας, όπου η πλειονότητά της αφορά σε επαγγελματίες υγείας (Nancarrow et al., 2013). Η προσέγγισή της περιγράφεται από την Enderby (2002) ως μια δυναμική διεργασία με τη συμμετοχή δύο ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας, όπου τα μέλη της χαρακτηρίζονται από ισοτιμία και αμοιβαία συμπλήρωση σε γνωστικό υπόβαθρο και δεξιότητες, κοινούς ξεκάθαρους στόχους για την υγεία και συντονισμένη προσπάθεια για τη βέλτιστη αξιολόγηση, τον σχεδιασμό πλάνου και την εκτίμηση στη φροντίδα των ασθενών (Nancarrow et al., 2013).

Στην περίπτωση της διεπιστημονικής προσέγγισης, η διαδικασία λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένου και του καθορισμού στόχων αφορούν σε κοινή κατανόηση και ολιστική προσέγγιση των μελών της ομάδας σε όλες τις πτυχές της φροντίδας. Τα μέλη ως άτομα από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως και ο ίδιος ο ασθενής, ενδυναμώνονται κι ενθαρρύνονται να θέτουν ερωτήματα μεταξύ τους προς διερεύνηση εναλλακτικών διαδρομών, προσδοκώντας στο βέλτιστο αποτέλεσμα στη φροντίδα υγείας (Jessup, 2007).

### **Διεπιστημονική Έναντι Πολυεπιστημονικής Προσέγγισης**

Αναντίρρητα, η προσέγγιση μέσω των πολυεπιστημονικών ομάδων παρέχει σαφώς περισσότερη γνώση και εμπειρία από ότι η μεμονωμένη ατομική δράση των επαγγελματιών υγείας. Εντούτοις, η ποικιλομορφία τόσο των απόψεων, όσο και των ικανοτήτων και δεξιοτήτων της διεπιστημονικής ομάδας με κοινό όραμα και στόχους καθίσταται υπέρτερη της πολυεπιστημονικής, ως προς την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς (Orchard, 2005).

Πέραν της προφανούς, απότοκης της ασθενοκεντρικής προσέγγισης υπεροχής της διεπιστημονικής ομάδας έναντι της αντίστοιχης πολυεπιστημονικής ως προς τη βέλτιστη φροντίδα, η διεπιστημονική ομάδα παρέχει ταυτόχρονα στα μέλη της την προσδοκώμενη ενίσχυση κι ενδυνάμωση μέσα από συνεχή ανατροφοδότηση και αναθεώρηση γνώσεων και δεξιοτήτων, επεκτείνοντας το φάσμα της δράστη ριότητάς τους (Bridges et al., 2011). Τοιουτοτρόπως, επιτυγχάνονται αξιολογήσεις και παρεμβάσεις που παραδοσιακά διενεργούνταν από μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας άμεσα, με ασφάλεια και τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, απο

φεύγοντας τα δυσμενή συνεπακόλουθα στη φροντίδα με επιμήκυνση της καθυστέρησης, αχρείαση και μη ορθολογιστική χρήση των διαθέσιμων πόρων και ανθρώπινου δυναμικού (Jessup, 2007).

### **Γιατί Μετάβαση στη Διεπιστημονική Προσέγγιση;**

Η διεθνής βιβλιογραφία παραθέτει μια σειρά από λόγους που αξιώνουν άμεση ωρίμανση της κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας, για υιοθέτηση διεπιστημονικής ομαδικής προσέγγισης στη φροντίδα. Η γήρανση του πληθυσμού και τα επικρατούντα χρόνια νοσήματα/ σύνδρομα περιάγουν σύνθετες, πολύπλοκες και δυνητικά ετερογενείς ανάγκες που χρήζουν πολυδιάστατης κι εμπειριστατωμένης διαχείρισης σε πλαίσιο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας (Rathod et al., 2010).

Προκειμένου οι ανάγκες του ατόμου να αντιμετωπιστούν λυσιτελώς απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, που να καλύπτουν σφαιρικά τις ανάγκες του ατόμου απότοκες της νόσου του, τις οργανικές, τις ψυχικές, τις κοινωνικές και τις πνευματικές (Hall & Weaver, 2001). Συνακολούθως, η συνεχιζόμενη αλλαγή που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας στην ανάγκη των ατόμων για φροντίδα ωθεί σε αυξανόμενο αριθμό εξειδικεύσεων και ειδικοτήτων τόσο σε θέματα εκπαίδευσης, όσο και πρακτικής, καθώς και σε ανάδυση νέων ενισχυμένων ρόλων (Olupeliyawa et al., 2009).

Κατ' επέκταση κι επί του πρακτέου, αναδύεται πιο έντονη ανάγκη για αποτελεσματική συνεργατική προσφορά, εφόσον την ειρηνική ολιστική φροντίδα του ατόμου που χρήζει πολυδιάστατης εξειδικευμένης γνώσης, δεν δύναται να την αντιμετωπίσει λυσιτελώς, η μεμονωμένη ατομική δράση ενός και μόνο επαγγελματία υγείας, αλλά μια ομάδα ανθρώπων με ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και ικανοτήτων με κοινό όραμα και στόχους (Hall & Weaver, 2001).

### **Η Διεπιστημονική Προσέγγιση στην Ποιότητα της Φροντίδας**

Οι χώρες με τα ανεπτυγμένα και αποδοτικά συστήματα υγείας αποδίδουν ιδιαίτερη έμφαση στην προώθηση και ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας κι εκπαίδευσης, μέσω εφαρμοσμένων πολιτικών, πρωτοκόλλων και διαδικασιών φροντίδας. Το σύνολο των ειρημένων ενεργειών αποσκοπεί στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας ως θεμελιώδη προϋπόθεση για την προσδοκώμενη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας (Nolte, 2005).

Γνώμονα στην εν λόγω μετάβαση της φροντίδας αποτελεί η ολοένα κι ευρύτερη αποδοχή και τεκμηρίωση ότι η διεπιστημονική συνεργασία συμβάλλει στη βελτίωση όλου του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένου της φροντίδας και της έκβασης των ασθενών, της πρόσβασης στις υπηρεσίες, της αξιοποίησης των παρόχων υγείας και της επικοινωνίας μεταξύ τους, της ορθολογιστικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων, της ικανοποίησης αμφοτέρων

των ασθενών και των παρόχων υγείας (Nolte, 2005), καθώς και της μείωσης της νοσηρότητας και της θνητότητας με την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και μείωση των σφαλμάτων από τους επαγγελματίες υγείας (Allen et al., 2006).

### **Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Στη Διεπιστημονική Ομάδα**

Βασικό ανασταλτικό παράγοντα στην αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία διαφαίνεται ότι αποτελεί η σχέση εξουσίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα. Παραδοσιακά, οι σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών διέπονται από συγκρούσεις απότοκες της άνισης κατανομής λήψης αποφάσεων σε ζωτικής σημασίας θέματα, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα την ποιότητα της φροντίδας και την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Έτερες πηγές συγκρούσεων ενδέχεται να αποτελούν η άγνοια και η δυσπιστία στην επιστημονικότητα των άλλων κλάδων, η κακή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας, οι σοβινιστικές συμπεριφορές, καθώς και η ένδεια εμπιστοσύνης σε άλλους κλάδους (Orchard, 2005).

Όπως καταδεικνύεται από τα υφιστάμενα ερευνητικά δεδομένα, οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας έχουν πλήρη επίγνωση τους οφέλους της διεπιστημονικής προσέγγισης κι επί τούτου συνεργάζονται άριστα με τους άλλους επιστημονικούς κλάδους στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, για τη βέλτιστη τεκμηριωμένη φροντίδα. Δεδομένης της υπεροχής τους στη συνέχεια της φροντίδας και τις πληροφορίες κι εμπειρίες απότοκες αυτής, κατέχουν αίρια θέση στην πρόληψη, στην έγκαιρη αναγνώριση, καθώς και στην ανάπτυξη της εκπαίδευσης, της αντιμετώπισης και των στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Lee et al., 2012).

Οι μελέτες αναφορικά με τις βασικές συνιστώσες που διέπουν τη διεπιστημονική συνεργασία καθορίζουν τους νοσηλευτές ως κύρια μέλη της ομάδας φροντίδας, κυρίως λόγω της υπεροχής τους στη συνέχεια της φροντίδας. Επιπρόσθετα, συζητούνται ως πρότυπα επαγγελματιών στη διεπιστημονική συνεργασία, γεγονός που αποδίδεται αφενός την ανθρωποκεντρική τους εκπαίδευση και αφετέρου το συνεργατικό πνεύμα που τους προσιδιάζει (Mahdizadeh et al., 2015).

### **Χαρακτηριστικά Αποτελεσματικής Διεπιστημονικής Προσέγγισης**

Προκειμένου να υλοποιηθούν στο βέλτιστο βαθμό οι κοινοί στόχοι της αγαστής συνεργατικής πρακτικής, η λειτουργία της ομάδας θα πρέπει να διέπεται από ένα κράμα δυνατοτήτων και υποχρεώσεων των μελών, που περιλαμβάνει στοιχεία όπως ανάληψη ευθύνης, υπευθυνότητα, συντονισμό, επικοινωνία, πνεύμα συνεργασίας, αυτοπεποίθηση έκαστου επαγγελματία υγείας, αυτονομίας, καθώς και αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό (Bridges et al., 2011).

Η μελέτη των Nancarrow et al. (2013) συγκέντρωσε και διερεύνησε τα θεμελιώδη διακριτικά γνωρίσματα που θα πρέπει να επιδεικνύει μια «καλή» διεπιστημονική ομάδα, προκειμένου να διασφαλίσει την επιθυμητή αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία. Όπως διαφαίνεται, η υψηλού επιπέδου διεπιστημονική προσέγγιση της ομάδας προσιδιάζεται από μια πλειάδα χαρακτηριστικών, στα οποία οφείλει να εντυφύσει προκειμένου να αντιμετωπίσει με επάρκεια τις σύνθετες ανάγκες των ανθρώπων στα θέματα της υγείας.

Πρώτιστο μέλημα της ομάδας, όπως αναφέρουν οι ερευνητές, αποτελεί ο προσδιορισμός ενός δραστήριου, δημοκρατικού και υποστηρικτικού ηγέτη με σαφή προσανατολισμό και ικανότητα καλού ακροατή, ο οποίος θα ασκεί συντονιστικό, εποπτικό και συμβουλευτικό ρόλο, ενισχύοντας και ενθαρρύνοντας την προσωπική ανάπτυξη των μελών ευθυγραμμίζοντας την με την ευρύτερη κατεύθυνση - προσανατολισμό της ομάδας.

Εξέχουσα θέση στα χαρακτηριστικά κατέχει η καλή, χωρίς μονόδρομους επικοινωνία και δεκτικότητα, όπου οι απόψεις των μελών της αντιμετωπίζονται και εισακούονται ισότιμα, ανεξάρτητα με την ιδιότητά τους. Επί τούτου, απαιτείται αφενός σε προσωπικό επίπεδο η ανάπτυξη και η καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τα μέλη της ομάδας. Αφετέρου, σε επίπεδο ομάδας, βασική συνιστώσα αποτελεί η εξεύρεση κι εφαρμογή μηχανισμών και στρατηγικών προώθησης επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας, για συνεργατική λήψη αποφάσεων και αποτελεσματική ομαδική εργασία.

Η ισοτιμία μεταξύ των μελών της ομάδας δημιουργείται σαφώς και από τις παρεχόμενες ίσες ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση που οδηγούν σε προσωπική και ομαδική εξέλιξη. Τα πασιφανή οφέλη μιας τέτοιας εξέλιξης αφορούν σε παροχή κινήτρων εργασιακής υποκίνησης που οδηγεί σε περαιτέρω ανάπτυξη και κινητοποίηση των επαγγελματιών- μελών της ομάδας, με γνώμονα τη βελτιστοποίηση των υπηρεσιών φροντίδας.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, βασική προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία της ομάδας αποτελούν οι διαθέσιμοι πόροι, οι διαδικασίες και οργανωτικές δομές. Η ανάπτυξη και υλοποίηση συνεργατικών διαδικασιών και πρωτοκόλλων, διαφαίνεται ότι δεν επιφέρουν πρόσθετη επιβάρυνση στη συνήθη ροή εργασίας και συνεπώς ενισχύουν τη συμμόρφωση τόσο στη συλλογική δράση, όσο και στην αφομοίωση της Τεκμηριωμένης Πρακτικής στον κλινικό χώρο. Ωσαύτως, ο συντονισμός και η επίλυση πρακτικών θεμάτων όπως οι συχνές συναντήσεις της ομάδας, η ίση κατανομή του φόρτου εργασίας, καθώς και οι κατάλληλες εγκαταστάσεις και υποδομές διευκολύνουν το έργο της ομάδας, αποφεύγοντας παρεξηγήσεις και αναπόφευκτα συγκρούσεις από την ένδειά τους.

Έτερη αιτία πρόκλησης συγκρούσεων με συνεπακόλουθη την αναποτελεσματική φροντίδα, είναι η απουσία διακριτών ρόλων, γεγονός που αναπόδραστα οδηγεί

γεί στην ανάγκη για εκ των προτέρων κατανόηση, διασαφήνιση των ρόλων και αμοιβαίο σεβασμό τους από όλα τα μέλη της ομάδας, ως βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση των συλλογικών ενεργειών. Η επιτυχής έκβαση της λειτουργίας της ομάδας είναι συνυφασμένη με την κατάλληλη σύνθεση δεξιοτήτων και τη βέλτιστη αξιοποίηση της πολυμορφίας των γνώσεων κι εμπειριών, με επαρκή στελέχωση σε αριθμό, ιδιότητες και ειδικότητες.

Αναπόσπαστο στοιχείο της διεπιστημονικής συνεργασίας αποτελεί και η καλλιέργεια διεπιστημονικού περιβάλλοντος, επενδύοντας σε κουλτούρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού στη συνεισφορά έκαστου μέλους. Η ενδυνάμωση της συναίνεσης και της αμοιβαίας συμβολής των επαγγελματιών στη φροντίδα, ξεφεύγει πλέον από τα παραδοσιακά ιατροκεντρικά πλαίσια φροντίδας, που στόχο αποτελούσε μόνο η θεραπεία (Nancarrow et al., 2013).

### **Αναδιамόρφωση της κουλτούρας**

Η καλλιέργεια του διεπιστημονικού περιβάλλοντος δύναται να επιτευχθεί μέσω της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης ανάμεσα στους επιστήμονες υγείας, η οποία παρέχει τη δυνατότητα μεταβίβασης και διάδρασης γνώσεων και δεξιοτήτων, επιτρέποντας την καλύτερη κατανόηση, την απόκτηση κοινών αξιών και σεβασμού για το ρόλο έκαστου επαγγελματία υγείας (Craddock et al., 2006).

Οι προσπάθειες αναδιамόρφωσης της κουλτούρας, σύμφωνα με τους ερευνητές, θα ήταν αποτελεσματικότερη αν οι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονταν στη διεπιστημονική προσέγγιση από την προπτυχιακή περίοδο. Η εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας στη συνεργασία μέσα από την οποία αξιοποιούνται γνώσεις και δεξιότητες των μελών της ομάδας, θα επιφέρει άμεσα την προσδοκώμενη αλλαγή στην κουλτούρα για αμοιβαίο σεβασμό και πνεύμα αλληλοεξάρτησης, άμεσα με την ένταξή τους στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας (Bridges et al., 2011).

Το κλειδί στην επιτυχή διεπιστημονική εκπαίδευση ώστε να καταστεί εποικοδομητική και να επιφέρει την αναμενόμενη έκβαση, αποτελεί η πολυεπίπεδη αποδοχή της διεπιστημονικότητας από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Τα μέλη του διδακτικού προσωπικού από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, με συν-διδασκαλία των φοιτητών σε πολλαπλά περιβάλλοντα ή σε ερευνητικά προγράμματα ενδέχεται να αποτελούν τη βάση στη θετική προβολή της ομαδικής εργασίας και των τελεσφόρων διεπιστημονικών σχέσεων. Η μοντελοποίηση της διεπιστημονικής προσέγγισης εν δυνάμει, ευνοεί την αναμόρφωση της κουλτούρας για συλλογική ισότιμη δράση των επαγγελματιών υγείας (Allen et al., 2006).

### **Συμπεράσματα - Εισηγήσεις**

Τα δεδομένα στον τομέα της υγείας μεταβάλλονται με ταχύτατους ρυθμούς, ιδιαίτερα με τη γήρανση του

πληθυσμού και τα επικρατούντα σύνθετα χρόνια νοσήματα/σύνδρομα. Η ατομική αποσπασματική δράση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και το πολυεπιστημονικό μοντέλο προσέγγισης δεν είναι επαρκή όπλα για την αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

Διαφαίνεται ότι διεπιστημονική προσέγγιση στη φροντίδα με αλληλοεξαρτώμενη συνεργασία, ανοικτή επικοινωνία, αμοιβαίο σεβασμό και κοινή λήψη αποφάσεων επιφέρει προστιθέμενη αξία στα συστήματα υγείας. Οι σοβινιστικές συμπεριφορές και ο κατακερματισμός της εξειδικευμένης γνώσης έχουν καταδειχθεί ως οι βασικοί ανασταλτικοί παράγοντες για αποτελεσματική διεπιστημονική φροντίδα, εξού και η προσπάθεια μετάβασης στη φροντίδα.

Παρότι η ισοτιμία και η συνεργασία σε πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας αποτελούν παγκόσμια πρακτική, στη χώρα μας βρισκόμαστε επί του παρόντος στα αρχικά στάδια υιοθέτησής της. Εν δυνάμει, η πολύχρονη εμπειρία και πραγματογνωμοσύνη, καθώς και ο όγκος των δεδομένων της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, θα αποτελέσουν τον προσδοκώμενο οδηγό για τη βέλτιστη υλοποίηση της διεπιστημονικής πρακτικής στα κυπριακά δρώμενα της υγείας.

Ο ακρογωνιαίος λίθος στη μετάβαση στη φροντίδα συνίσταται στην αλλαγή νοοτροπίας και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, αρχίζοντας την προσπάθεια από τα αρχικά στάδια εκπαίδευσης, όπου η προσέγγιση θα αφορά στην εκμάθηση των εννοιών της ισοτιμίας, της αμοιβαιότητας και της συνεργασίας.

### **Βιβλιογραφικές παραπομπές**

- Allen DD, Penn MA, Nora LM. (2006). Interdisciplinary Healthcare Education: Fact or Fiction? *Am J Pharm Educ.* 70(2): 39.
- Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS et al. (2011). Inter-professional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online.* 16:10.
- Brosnan CA & Hickey JV. (2012). Evaluation of Health Care Quality in Advanced Practice Nursing. Springer Publishing Company. LCC.
- Craddock D, O'Halloran C, Borthwick A, McPherson K. (2006). Interprofessional education in health and social care: fashion or informed practice? *Learn Health Soc Care.* 5: 220-42.
- Enderby P. (2002). Teamworking in community rehabilitation. *J Clin Nurs.* 11(3): 409-11.
- Gardner, D. (2005). "Ten Lessons in Collaboration". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 10 (1), Manuscript 1.
- Hall P & Weaver L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ.* 35(9): 867-75.
- Jessup RL. (2007). Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Australian Health Review* 31 (3).
- Lee CS, Greenberg BH, Laramee AS et al. (2012). HFSA and AAHFN joint position statement: Advocating for a full scope of nursing practice and leadership in heart failure. *Heart Lung.* 41(6): 531-3.

- Mahdizadeh M, Heydari A, Moonaghi HK. (2015). Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science* 7 (6).
- Nancarrow SA, Booth A, Ariss S et al. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 11(19).
- Nolte Judith. (2005). *Advancing Primary Health Care. Guide to Interdisciplinary Team Roles and Responsibilities*, [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/health/docs/inter\\_team.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/health/docs/inter_team.pdf) (accessed 10/10/15).
- Olupeliyawa AM, Hughes C, Balasooriya CD. (2009). A review of the literature on teamwork competencies in health care practice and training: Implications for undergraduate medical education. *South East Asian Journal of Medical Education* 3 (2).
- Orchard CA, Curran V, Kabene S. (2005). Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online* [serial online];10:11.
- Rathod RH, Farias M, Friedman KG et al. (2010). A Novel Approach to Gathering and Acting on Relevant Clinical Information: SCAMPs. *Congenit Heart Dis.* 5(4): 343-353.

# Διερεύνηση αποτελεσματικότητας της γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας ως Θεραπευτική μέθοδος για τη διαχείριση της ψύχωσης

## Exploration of the effectiveness of the cognitive behavioural psychotherapy as a therapeutic intervention in psychosis

Χατζηγιωάννου Άννα

MSc, BSc, RN, RMN  
Ψυχοθεραπεύτρια (ΨΕΠΑ)  
Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας  
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Αλεξάνδρου Γιώργος

MSc, BSc, RN, RMN  
Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας  
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Γεωργίου Νικολέττα,

MSc, BSc, RN, RMN  
Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας  
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Hatzioannou Anna

MSc, BSc, RN, RMN  
Psychotherapist Mental Health  
Nurse

Alexandrou Giorgos

MSc, BSc, RN, RMN Mental  
Health Nurse

Georgiou Nicoletta

MSc, BSc, RN, RMN Mental  
Health Nurse

### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Στο πέρασμα των χρόνων έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη ανάπτυξη αποτελεσματικών ψυχο- κοινωνικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για την διαχείριση της ψύχωσης, εκτός από την ψυχοφαρμακοθεραπεία. Η Γνωστική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με εύρος κλινικών εφαρμογών, για μείωση ή αυτό-έλεγχο από τον ίδιο τον πάσχοντα, αναφορικά με την ψυχοπαθολογία που βιώνει. Συγκεκριμένα, έχει φανεί πως αυτή η θεραπευτική μέθοδος προσφέρει θεραπευτικά πλεονεκτήματα για νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης και της ψύχωσης. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της Γνωστικής Συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας σε σχέση με την ψύχωση.

**Υλικό και Μέθοδος:** Έχει πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline και Google Scholar με λέξεις κλειδιά όπως cognitive behaviour therapy, schizophrenia, psychosis, effectiveness με όλους τους πιθανούς ανασυνδυασμούς. Στην ανασκόπηση για την αποσαφήνιση του θέματος έχουν συμπεριληφθεί κλινικές μελέτες μετα-ανάλυσεις και κλινικές περιπτώσεις οι οποίες ήταν δημοσιευμένες στην Αγγλική ή Ελληνική γλώσσα και με χρονικό περιθώριο δημοσίευσης τα τελευταία 12 έτη. **Αποτελέσματα:** Η Γνωστική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία έχει αξιολογηθεί μέσα από ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και μετα-ανάλυσης ως μέθοδος παρέμβασης στην ψύχωση. Συγκεκριμένα, αποτελεί συμπληρωματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για πάσχοντες με ψύχωση, και την παρέμβαση επιλογής για άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου κατά την προνοσορική περίοδο της ψύχωσης. **Λέξεις-κλειδιά:** cognitive behaviour therapy, schizophrenia, psychosis, effectiveness

### Abstract

**Introduction:** In recent years there has been significant progress in developing effective psychosocial and psychotherapeutic interventions for the management of psychosis, sixth from psychotherapy. Cognitive Behavioral Therapy is a psychotherapeutic approach with a range of clinical applications, reducing or self-control by the patient himself, regarding the psychopathology experienced. It has been shown that this therapeutic method provides therapeutic benefits for neuro-psychiatric disorders including psychosis

**Aim:** The aim of this study is to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy over psychosis. **Materials-Methods:** The method used for this study was literature review which has been performed in PubMed databases, Medline and Google Scholar with key words such as cognitive behavior therapy, schizophrenia, psychosis, effectiveness in all possible recombinations. In the review to clarify the matter have included clinical studies and metaanalyses of clinical cases were published in English or Greek language and time Post margin for the 12 years past. **Results:** The Cognitive behavioral therapy is an adjuvant therapy in subjects with psychosis, and the intervention of choice in subjects who are at high risk for psychosis. Furthermore, it is very important to apply this therapy at individual or group level, and for this therapy to be given as an option in the treatment plan of people with psychosis. **Key-words:** cognitive behavior therapy, schizophrenia, psychosis, effectiveness.

### Εισαγωγή

Η ψύχωση (ΨΣ) αποτελεί εκφυλιστική υποτροπιάζουσα νευροψυχιατρική νόσος, η οποία περιγράφεται με φτωχή θεραπευτική έκβαση και μείωση της ποιότητας ζωής περίπου για το 50% των πασχόντων (Bhugra, 2006). Η έναρξη της ΨΣ ως επί το πλείστον παρουσιάζεται κατά την νεαρή ενηλικίωση, και η αναπηρία ως αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας της νόσου πιθανόν να διαρκέσει εφ' όρου ζωής. Περαιτέρω, η ΨΣ βιώνεται με αγωνία, ψυχικό πόνο και μείωση ποιότητας ζωής τόσο για τους πάσχοντες, όσο και για την οικογένεια ή άλλα σημαντικά πρόσωπα που φροντίζουν τους πάσχοντες (Gumley et al., 2003; Os & Karur, 2009. Επιπλέον, το 80% των πασχόντων είναι άνεργοι και ο κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας φτάνει μέχρι το 3%-5% (Palmer et al., 2005; Tarrrier et al., 2006).

Οι ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου και της ΨΣ χαρακτηρίζονται από χρόνια υποτροπιάζουσα

πορεία και αποτελούν την 1η αιτία αναπηρίας στην Ευρώπη (WHO, 2012). Περαιτέρω, τα νοσήματα με χρόνια πορεία αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες για επιβάρυνση του συστήματος υγείας (Harris M., 2008). Συγκεκριμένα, ως χρόνια νόσος ορίζεται κάθε διαταραχή η οποία ακολουθεί μια μακρόχρονη ή με συχνά επεισόδια υποτροπής «πορεία», και για την διαχείριση της προτείνονται συνδυασμός φαρμακοθεραπείας (ΨΘ), ψυχοκοινωνικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (DOHSC, 2007). Σύμφωνα με τα άνωθεν συμφοραζόμενα, τόσο το οικονομικό κόστος όσο και οι επιπλοκές που προκύπτουν ως συνέχεια της νόσου οδηγούν στην ανάγκη για ανάπτυξη περαιτέρω θεραπευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την διαχείριση και κατ' επέκταση την ανακούφιση των πιο πάνω βιωμάτων, καθώς επίσης την μείωση του συνολικού κόστους φροντίδας.

Ως εκ τούτου, η ΨΘ έχει τεκμηριωθεί πως κατέχει σημαντικό ρόλο, στην διαχείριση της ΨΣ. Συγκεκριμένα,

αποτελεί τη πιο ευρέως προτεινόμενη θεραπευτική μέθοδο από τους επαγγελματίες υγείας (Janssen et al., 2006). Όμως, παρ' όλη την αποτελεσματικότητα της ΨΘ περίπου το 30%-40% των πασχόντων από ΨΣ, αναπτύσσουν χρόνια και δυνητικά συμπτώματα (Cannon & Jones, 1996). Επιπλέον, ποσοστό 74% των πασχόντων από ΨΣ, διακόπτουν την ΨΘ τόσο εξωνοσοκομειακά όσο και εν-δονοσοκομειακά (Stroup et al., 2005). Σύμφωνα με τα πιο πάνω δεδομένα, προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω παρεμβάσεις πέραν από την ΨΘ, όπως ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με σκοπό μείωση και αυτοδιαχείριση συμπτωμάτων από τον ίδιο τον πάσχοντα.

### **Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και Ψύχωση**

Στην διεθνή βιβλιογραφία περιγράφεται αριθμός ψυχοκοινωνικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες ενδείκνυνται να είναι επικουρικές για την διαχείριση της ΨΣ. Συγκεκριμένα, γίνονται αναφορές στην οικογενειακή θεραπεία, στην θεραπεία μέσω τέχνης, στην μουσικοθεραπεία, θεραπεία βασισμένη στην κοινωνική υποστήριξη, γνωστική αποκατάσταση και τέλος γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Talwar et al., 2006; Bressi C et al., 2008; Medalia A & Choi J., 2009). Ως εκ τούτου, για σκοπούς συγγραφής του συγκεκριμένου άρθρου έχει πραγματοποιηθεί ανασκόπηση για την Γνωστική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΓΣ/Ψ).

Η ΓΣ/Ψ περιγράφεται ως μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μορφές ψυχοθεραπείας, αναφορικά με ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, διατροφικές διαταραχές (Hollon et al., 2006; Richard et al., 2016; Meuldijka et al., 2016). Από την περίοδο που πρωτοεμφανίστηκε η συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μέχρι και σήμερα παρατηρείται αυξητική τροχιά σε σχέση με την εφαρμογή της (nice.org.uk). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Beck 2005, η ΓΣ/Ψ έχει αναπτυχθεί και έχει τροποποιηθεί για την αντιμετώπιση της πλειονότητας των κλινικών διαταραχών (Beck et al., 2005)

Επιπλέον, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η ψυχοθεραπεία με υπόβαθρο το ψυχαναλυτικό μοντέλο δεν αποτελεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση επιλογής, αφού οι παρεμβάσεις συστήνεται να επικεντρώνονται περισσότερο στη διαχείριση των συμπεριφοριστικών συμπτωμάτων των πασχόντων (Brown et al 1972; Butzlaff and Hooley 1998). Επίσης, όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω, παρά την αποτελεσματικότητα της ΨΘ σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα παραμένουν επίμονα ή σποραδικά. Ως εκ τούτου, έχουν αναπτυχθεί μοντέλα τα οποία αναφέρονται στην ευπάθεια στο στρές όχι μόνο για την ανάπτυξη της διαταραχής αλλά και την συντήρηση αυτής (Butzlaff & Hooley 1998).

Το Εθνικό Ινστιτούτο για τις βέλτιστες πρακτικές (NICE) αναφέρει ξεκάθαρα στις κατευθυντήριες γραμμές ότι, η ΓΣ/Ψ θα πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πάσχοντες από ΨΣ ως θεραπευτική επιλογή (nice.org.uk). Τώρα, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της ΓΣ/Ψ θεραπείας σε σχέση με την ΨΣ περιγράφεται μέσα από μελέτες περίπτωσης, μετα-αναλύσεις, τυχαιοποιημένες

ελεγχόμενες μελέτες και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. (Wykes et al., 2008; Sensky et al., 2000; Zimmermann et al., 2005).

Αρχικά, η ΓΣ/Ψ είχε εφαρμοστεί ως παρέμβαση θεραπείας σε κυβερνητικές υπηρεσίες υγείας όπως το Ηνωμένο Βασίλειο για τις διαταραχές διάθεσης. Ως εκ τούτου, ορισμένες από τις τεχνικές της μεθόδου εφαρμόστηκαν για τη διαχείριση της ΨΣ (Beck, 1952). Η ΓΣ/Ψ αρχικά προσαρμόστηκε ως συμπληρωματική θεραπεία για την υπολειμματική συμπτωματολογία της ΨΣ, με βάση τις αρχές που αναπτύχθηκαν για το άγχος και την κατάθλιψη (Beck, 1952). Παράλληλα, με βάση την βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί πλέον ως παρέμβαση επιλογής για διαχείριση ΨΣ με συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές που έχουν αναπτυχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη (Torreya et al., 2004; www.guideline.gov)

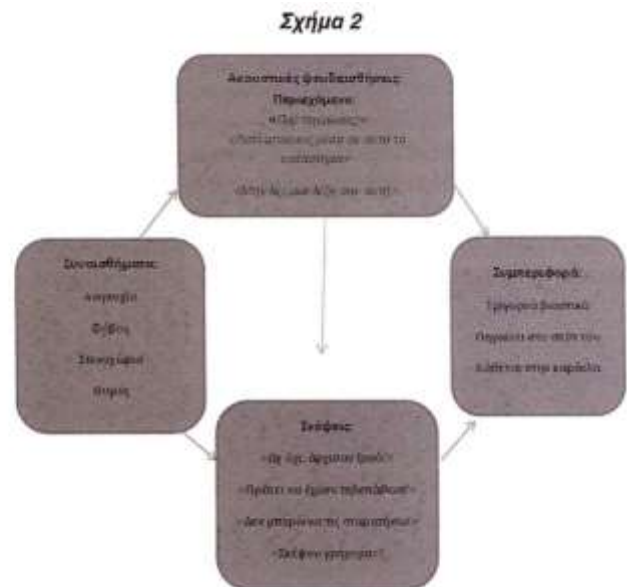
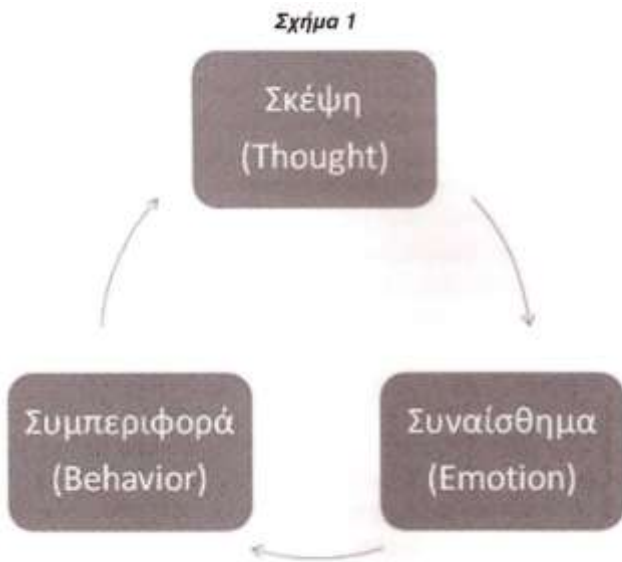
### **Το μοντέλο της Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας**

Η ΓΣ/Ψ έχει επινοηθεί στις αρχές της δεκαετίας του 1960 από τον Beck, με σκοπό την αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, αναφορικά με τη καταθλιπτική διαταραχή (Beck, 1970). Αποτελεί μια μορφή ψυχοθεραπείας βασισμένη στον «συνεργατικό εμπειρισμό» θεραπευτή και θεραπευόμενου όπου μαζί, οδηγούνται στον εντοπισμό και επίλυση προβλημάτων του θεραπευομένου. Σε βάθος ετών μεγάλοι θεωρητικοί έχουν αναπτύξει διάφορες μορφές θεραπείας όπως ορθολογιστική ή λογικο-θυμική θεραπεία (Ellis, 1962), γνωστική-συμπεριφορική τροποποίηση (Meichenbaum, 1977) και τη πολυδιάστατη θεραπεία. Ως εκ τούτου, όλες οι μορφές στηρίζονται στην εξέταση του τρόπου με τον οποίο ο θεραπευόμενος αναγνωρίζει πιθανών «διεργασιακά λάθη» που τον οδηγούν στα ανάλογα συναισθήματα (Beck, 1970).

Περαιτέρω, το μοντέλο βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο, ότι δηλαδή η δυσπροσαρμοστική σκέψη συμβάλλει στη διατήρηση της συναισθηματικής δυσφορίας με αποτέλεσμα την ανάλογη με το συναίσθημα συμπεριφορά (Beck, 1970; Ellis, 1962), (βλέπε Σχήμα 1). Ειδικότερα, σύμφωνα με το μοντέλο του Beck, οι δυσπροσαρμοστικές σκέψεις είναι αποτέλεσμα πυρηνικών, και ενδιάμεσων πεποιθήσεων ή σχημάτων για τον κόσμο, τον εαυτό, το μέλλον και έχουν ως αποτέλεσμα αυτόματες σκέψεις, ή εικόνες έναντι συγκεκριμένων ερεθισμάτων (Beck, 1970). Επιπλέον, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο δομεί τον εαυτό του και τον κόσμο μέσα του. Κατ' επέκταση, οι σκέψεις και τα συναισθήματα είναι αποτέλεσμα προηγούμενων εμπειριών, κοινωνικών επιδράσεων και πυρηνικών πεποιθήσεων (Irvin et al., 1999).

Ένα παράδειγμα το οποίο θα μπορούσε να αποσαφηνίσει πιο ξεκάθαρα την σχέση Σκέψη-Συναίσθημα-Συμπεριφορά είναι το πιο κάτω: Ένας Χ πάσχοντας ο οποίος βιώνει ακουστικές ψευδαισθήσεις (βλέπε σχήμα





2) και σκέφτεται ότι οι φωνές είναι «απειλητικές» προς αυτόν τότε τα συναισθήματα του είναι φόβος και αγωνία και πιθανόν να κλειστεί στο σπίτι του (Συμπεριφορά). Εν αντιθέσει εάν, ο Χ πάσχοντας προσπαθούσε να αξιολογήσει την σκέψη του και σκεφτόταν πως αποτέλεσμα της διαταραχής είναι το άκουσμα φωνών με ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο, πιθανόν το συναίσθημα του να ήταν πιο ανακουφιστικό και ίσως να έβγαине για μια βόλτα (Συμπεριφορά).

Εξ' ορισμού, η συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει γνωστικές και συμπεριφορικές θεραπευτικές μεθόδους. Σύμφωνα με το πιο πάνω παράδειγμα, στόχο της παρέμβασης αυτής αποτελεί ο εντοπισμός των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, σε κάποιες φάσεις της θεραπείας γίνεται εστιασμός σε συμπεριφορικές τεχνικές και άλλοτε σε γνωστικές (Hawton et al., 1989). Συνολικά, χρησιμοποιούνται οι πιο πάνω μέθοδοι με σκοπό την αλλαγή της σκέψης, της συμπεριφοράς, και των συναισθηματικών αντιδράσεων.

Η ΓΣΨ σύμφωνα με την Beck J., (1995) στηρίζεται σε θεμελιώδεις αρχές όπως :

- (1) Συνεχές εξελισσόμενος τρόπος κατανόησης τόσο του πάσχοντα όσο και των προβλημάτων που βιώνει με γνωστικούς όρους
- (2) Θεραπευτική συμμαχία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου
- (3) Συνεργατική μέθοδος μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου
- (4) Επικέντρωση στους στόχους και τα προβλήματα του θεραπευόμενου
- (5) Έμφαση στο παρόν πρόβλημα σύμφωνα με τον θεραπευόμενο
- (6) Ενδυνάμωση του θεραπευόμενου με σκοπό την αυτοδιαχείριση συμπτωμάτων με στόχο την πρόληψη υποτροπών
- (7) Δομημένες και χρονικά περιορισμένες συνεδρίες
- (8) Αναγνώριση και αξιολόγηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων

(Σημείωση: Το σχήμα αποτελεί την βιωμένη εμπειρία ακουστικών ψευδαισθήσεων με γνωσιακούς-συμπεριφορικούς όρους από την μελέτη περίπτωσης των J. Carden & A. Jones, 2009).

(9) Εφαρμογή τεχνικών με σκοπό τη τροποποίηση της σκέψης, διάθεσης και συμπεριφοράς (Beck J., 1995)

### Το μοντέλο της Γνωστικής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας στην Ψύχωση

Το μοντέλο της ΓΣ/Ψ υποστηρίζει συγκεκριμένους γνωστικούς παράγοντες που συνδυάζουν στην διατήρηση των θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ως παράγοντας διατήρησης της προηγούμενης εμπειρίας ψυχωτικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την βιοψυχοκοινωνική ευπάθεια του πάσχοντα που πιθανόν να έχει πυροδοτηθεί από τα γεγονότα ζωής. Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται πως σημαντικοί παράγοντες είναι οι συναισθηματικές μεταβολές, η χαμηλή αυτοε-κτίμηση και το ανεπιθύμητο κοινωνικό περιβάλλον. Τώρα, όσον αφορά την ανάπτυξη των συμπτωμάτων υποστηρίζονται παράγοντες όπως γνωστικές δυσλειτουργίες και η ελλειμματική επεξεργασία εμπειριών οι οποίες πιθανόν να οδηγήσουν σε άτυπες ψυχωτικές εμπειρίες (Garety et al., 2001). Επιπρόσθετα, το άγχος και η κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της ΨΣ πιθανόν να αποτελούν παράγοντες για μετέπειτα συντήρηση της συμπτωματολογίας (Broome et al., 2005; Morrison 2001).

Ακόμη, στόχος της ΓΣ/Ψ σε σχέση με την ΨΣ είναι η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, ο προσδιορισμός των ψυχωτικών εμπειριών και τέλος η γνωσιακή αναδόμηση με σκοπό τον έλεγχο και την μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Morrison et al., 2004). Με την τροποποίηση των γνωστικών δυσλειτουργικών σκέψεων σε άτομα με ΨΣ πιθανόν να μειωθεί η συχνότητα, η ένταση, και η διάρκεια της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (Morrison et al., 2004). Αξίζει να σημειωθεί, πώς η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης εξαρτάται από διάφορες μεταβλητές όπως τα χαρακτηριστικά του ασθενή, από

την φάση της νόσου, και τέλος το είδος των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Rigor et al., 2008).

### **Υλικό και Μέθοδος**

Για την συγγραφή του παρών άρθρου, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πηγή εντοπισμού των επιστημονικών άρθρων τα οποία ενσωματώθηκαν στην παρούσα εργασία αποτέλεσαν οι βάσεις δεδομένων PubMed, Medline, Google Scholar. Κατά την ανασκόπηση του θέματος είχε τεθεί χρονικός περιορισμός δημοσίευσης άρθρων των τελευταίων 12 χρόνων. Συγκεκριμένα στην βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 10 επιστημονικά άρθρα που αποτελούσαν κλινικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και μελέτες περίπτωσης.

### **Αποτελέσματα**

Στην Αγγλία είχε πραγματοποιηθεί μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη η οποία το 2004 είχε σκοπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της ΓΣ/Ψ ως προς την πρόληψη υποτροπών για πρόκληση ΨΘ. Στην μελέτη συμμετείχαν 58 ασθενείς όπου ανήκαν σε ομάδες υψηλού κίνδυνου για εμφάνιση επεισοδίου ψύχωσης. Οι συμμετέχοντες είχαν διαχωριστεί σε δύο ομάδες και αξιολογήθηκαν αναφορικά με την συμπτωματολογία τους σύμφωνα με την κλίμακα Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), του ερωτηματολογίου General Health Questionnaire, και του εργαλείου Global Assessment of Functioning. Επιπλέον, το DSM - IV αποτέλεσε το διαγνωστικό εργαλείο για την ΨΣ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ΓΣ/Ψ μείωσε σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης ΨΣ σύμφωνα με την κλίμακα PANSS αλλά και βελτίωσε σημαντικά την εμφάνιση θετικών συμπτωμάτων σε ΨΣ κατά την 12μηνη παρακολούθηση των υπό μελέτη ασθενών. Επίσης, είχε σημειωθεί σημαντική μείωση της πιθανότητας συντα- γογράφησης αντιψυχωτικής αγωγής σε άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια για ψυχωτική διαταραχή σύμφωνα με το DSM - IV (Morrison et al., 2004).

Στην μελέτη των Granholm et al. (2005) στην οποία χρησιμοποιήθηκε η ίδια μεθοδολογία με την παραπάνω έρευνα, είχε ως σκοπό να συγκριθεί η ΨΘ που χορη- γείται στους πάσχοντες με ένα συνδυασμό θεραπειών προσθέτοντας έτσι την ΓΣ/Ψ. Η έρευνα αφορούσε μεσήλικες και ηλικιωμένους εξωνοσοκομειακούς πάσχοντες με ΨΣ. Ο τελικός αριθμός του δείγματος αφορούσε 76 πάσχοντες. Τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Independent Living Skills Survey, το UCSD Performance - Based Skills Assessment, η κλίμακα PANSS, Hamilton και Beck. Βάσει αυτών των εργαλείων αξιολόγησης δόθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα: οι ασθενείς που λάμβαναν συνδυασμό θεραπειών παρουσίασαν βέλτιστα αποτελέσματα ως προς την κοινωνική λειτουργικότητα κατά την υλοποίηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων σε σχέση με τα άτομα που λάμβαναν αποκλειστικά ΨΘ. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι πάσχοντες που λάμβαναν συνδυασμό θεραπειών παρο-

ούσαν βέλτιστα επίσης αποτελέσματα όσον αφορά την εναισθησία νόσου.

Ακόμη μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Barrowclough et al. (2006), με απώτερο σκοπό να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της ομαδικής ΓΣ/Ψ σε άτομα με ΨΣ. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 113 άτομα τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Συγκεκριμένα, τα 57 άτομα ανήκαν στην ομάδα που λάμβανε ομαδική ΓΣ/Ψ και οι υπόλοιποι 56 στην ομάδα που λάμβανε αποκλειστικά ΨΘ. Για την αξιολόγηση των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε το διαγνωστικό εργαλείο DSM - IV και η κλίμακα PANSS για την αξιολόγηση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Σε αυτήν την μελέτη φάνηκε πώς δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά την λειτουργικότητα των ασθενών κατά την υποτροπή της νόσου αλλά φάνηκε ότι η ομαδική θεραπεία (συνδυασμός ΓΣ/Ψ με συνηθισμένη θεραπεία) είχε μειώσει το αίσθημα της απελπισίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης που βίωναν τα άτομα με ΨΣ.

Επίσης, σε μια μετανάλυση 26 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών που διεξήχθη από τους Mc Gurk και συν (2007), κύριος σκοπός ήταν να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της γνωστικής αναδόμησης για την βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών, των ψυχωτικών συμπτωμάτων και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας στη ΨΣ. Στο σύνολο των 26 μελετών συμπεριλήφθηκαν 1151 πάσχοντες οι οποίοι αξιολογήθηκαν με βάση το νευροφυσιολογικό τεστ MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia). Τα αποτελέσματα παρουσίασαν, ότι η γνωστική αναδόμηση συσχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις σχετικά με τις δύο παραμέτρους: γνωστικές λειτουργίες, ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Ωστόσο, καταγράφηκε ελάχιστη βελτίωση όσον αφορά την διαχείριση των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Μια άλλη τυχαιοποιημένη μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2007 διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε ομαδικό επίπεδο για την διαχείριση των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Το δείγμα αποτέλεσαν 20 άτομα τα οποία βίωναν ακουστικές ψευδαισθήσεις. Συγκεκριμένα, οι 10 από αυτούς τυχαιο- ποιήθηκαν και λάμβαναν την θεραπεία ως συνήθως, δηλαδή ΨΘ και οι υπόλοιποι συμμετείχαν σε 8 συνεδρίες όπου λάμβαναν ομαδική ΓΣ/Ψ σε συνδυασμό με ΨΘ. Οι εκτιμήσεις της αποτελεσματικότητας έγιναν αναφορικά με το μέτρο ελέγχου των φωνών, την ισχύ των φωνών, τα συμπτώματα δυσφορίας και το άγχος. Για τις μετρήσεις της ψυχοσυμπτωματολογίας, τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση χρησιμοποιήθηκαν οι πιο κάτω κλίμακες: Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ/BAVQ- R), Auditory Hallucinations Rating Scale (PSYRATS), Beck Depression Inventory (Beck, 1961), Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS). Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενδιαφέρον όσον αφορά την διαχείριση των ακουστικών ψευδαισθήσεων από τους πάσχοντες. Συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα που

λάμβανε ομαδική ΓΣ/Ψ, είχαν σημειώσει μείωση της συχνότητας των ακουστικών ψευδαισθήσεων καθώς επίσης και των πεποιθήσεων για την ισχύ των φωνών. Επιπρόσθετα, είχε φανεί πως τα άτομα που συμμετείχαν στις δομημένες ομαδικές συνεδρίες είχαν θεραπευτικό όφελος αναφορικά με τα ψυχωτικά τους βιώματα. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως η αναγνώριση από τους συμμετέχοντες ότι τα βιώματα τους είναι κοινά και με άλλους πάσχοντες ήταν ίσως τα πιο ευεργετικά αποτελέσματα. (McLeod T et al., 2007)

Επιπλέον, σε μια ακόμα τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της ΓΣ/Ψ σε σχέση με μια υποστηρικτική θεραπεία για ανθεκτικές στην φαρμακοθεραπεία ακουστικές ψευδαισθήσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν 65 άτομα, όπου είχαν διαχωριστεί σε 2 ομάδες. Συγκεκριμένα, οι 32 αποτέλεσαν την ομάδα που λάμβανε ΓΣ/Ψ και οι υπόλοιποι ανήκαν στην ομάδα που λάμβανε υποστηρικτική θεραπεία σε συν-δισμό με ΨΘ και για τις δύο ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα υποστήριξης περιελάμβανε συναντήσεις 12 εβδομάδων όπου συγκεκριμένα λάμβαναν συναισθηματική υποστήριξη και συμβουλευτική για τη μη ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και για προβλήματα που σχετίζονταν με θέματα όπως βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων. Τα άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα που λάμβανε ΓΣ/Ψ φάνηκε πως μειώθηκε η αγωνία και ένταση αναφορικά με τις ακουστικές ψευδαισθήσεις (όπως είχαν αξιολογηθεί από τις κλίμακες «BAVQ-R» και «PSYRATS»). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η ΓΣ/Ψ είχε επικεντρωθεί στην γνωστική αναδόμηση (τροποποίηση πεποιθήσεων) σχετικά με τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Επιπρόσθετα, η μελέτη ανέδειξε πως η γενική και συνολική ψυχωτική συμπτωματολογία σύμφωνα με την κλίμακα «PANSS» είχε μειωθεί. Γεγονός, που πιθανόν να οφείλεται στις γνωσιακές συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούσαν οι πάσχοντες για τη διαχείριση των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Αξίζει να σημειωθεί, πως και για τις δύο αυτές παρεμβάσεις τα ποσοστά εγκατάλειψης ήταν ελάχιστα, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι παρεμβάσεις αυτές, ήταν αποδοτικές θεραπευτικά από τους συμμετέχοντες. Τέλος, φάνηκε πως και οι δύο αυτές παρεμβάσεις οδήγησαν σε ελπιδοφόρα αποτελέσματα σχετικά με την ανθεκτική συμπτωματολογία (Penn D et al., 2009)

Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου διερευνήθηκε από τους Carden J & Jones A (2009) σε μια μελέτη περίπτωσης. Συγκεκριμένα, ο πάσχοντας παρουσίαζε ιστορικό καθημερινών ακουστικών ψευδαισθήσεων και αρνητικών πεποιθήσεων προ 12ετών. Πριν και κατά την παρέμβαση λάμβανε κλοζαπίνη 425 mg. Περαιτέρω, οι φωνές περιγράφηκαν ως ελέγχου και συγκεκριμένα της σκέψης. Η παρέμβαση ήταν ατομική και ο συμμετέχοντας πραγματοποιούσε ασκήσεις στο σπίτι, μια μέθοδος η οποία περιγράφεται στις βασικές αρχές της ΓΣ/Ψ. Μετά την παρέμβαση, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, και οι παραληρητικές ιδέες αξιολογήθηκαν με την κλίμακα αξιολόγησης ψυχωτικών συμπτωμάτων

«PSYRATS». Συγκεκριμένα, περιγράφηκε θετική τροποποίηση σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Επίσης, είχαν μειωθεί οι παραληρητικές ιδέες και η ψυχοπαθολογία του γενικότερα.

Σε μια άλλη πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση, μετά από συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Hutton & Taylor (2011) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ΓΣ/Ψ ως εκπαιδευτική παρέμβαση για άτομα κατά την προνοσορή περίοδο ΨΣ, και ως μέθοδος πρόληψης σε άτομα υψηλού κινδύνου που δεν λάμβαναν αντιψυχωτική θεραπεία. Στην μετα-ανάλυση αυτή δεν συμπεριλήφθηκαν άρθρα που δεν πληρούσαν κριτήρια εγκυρότητας όπως τυχαία κατανομή σε ομάδες και ελλείπει στοιχεία του δείγματος. Μετά από συστηματική ανασκόπηση στην βιβλιογραφία είχαν εντοπιστεί 1924 έρευνες συναφή με το θέμα του τίτλου. Στην συνέχεια και αφού είχαν αναγνωστεί τα άρθρα απορρίφθηκαν μελέτες οι οποίες δεν ήταν συναφή με το σκοπό της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης και τελικά χρησιμοποιήθηκαν 6 έρευνες για μετα-ανάλυση. Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά για την εφαρμογή της μεθόδου κατά την προνοσορή περίοδο. Συγκεκριμένα, είχε φανεί πως ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξης ΨΣ είχε μειωθεί περισσότερο από 50% για τους ασθενείς που λάμβαναν ΓΣ/Ψ για χρονικό διάστημα 6 μηνών. Από την άλλη δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές που αφορούσαν την λειτουργικότητα ή συμπτωμάτων που σχετίζονταν με την απελπισία, ή την ποιότητα ζωής. Τέλος, η ΓΣ/Ψ είχε συσχετιστεί με μείωση του κινδύνου για πυροδότηση ΨΣ σε 6,12 και 18-24 μήνες παρακολούθησης καθώς επίσης και την μείωση των συμπτωμάτων σε 12 μήνες.

Εν αντιθέσει, σε μια άλλη πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση 30 κλινικών δοκιμών είχε διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε σχέση με την αρνητική συμπτωματολογία της ΨΣ. Τα άρθρα είχαν δημοσιευθεί από το 1993-2013 και το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν 2312. Συγκεκριμένα είχε φανεί πως η παρέμβαση της ΓΣ/Ψ αναφορικά με τα αρνητικά συμπτώματα της ΨΣ δεν ήταν και τόσο αποτελεσματική. Εν αντιθέσει, οι συμμετέχοντες ανέφεραν επιδείνωση των συμπτωμάτων αυτών (Velthorst et al., 2015).

### Συζήτηση

Η ΓΣ/Ψ αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο η οποία έχει τεκμηριωθεί εκτενώς στην διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της. Περαιτέρω, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει φανεί πως, η ΓΣ/Ψ και η ΨΘ είναι οι δύο πιο αποτελεσματικές μέθοδοι διαχείρισης της συμπτωματολογίας ως αποτέλεσμα της ΨΣ. Σύμφωνα με τα πιο πάνω δεδομένα η ΓΣ/Ψ φαίνεται να αποτελεί μια επιπλέον θεραπευτική μέθοδο σε σχέση με τους καθιερωμένους τρόπους διαχείρισης της ΨΣ, δηλαδή την λήψη ΨΘ η οποία παρουσιάζει κλινική χρησιμότητα στην διαχείριση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Τα πιο πάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από άλλα δημοσιευμένα

ερευνητικά δεδομένα, τα οποία χρησιμοποίησαν συγκεκριμένες κλίμακες για να αξιολογήσουν την ψυχωτική συμπτωματολογία πριν και μετά την παρέμβαση (Pilling S et al., 2002; Dickerson FB, 2004; Sensky T. et al., 2005). Επιπρόσθετα, έχει περιγραφεί στην βιβλιογραφία η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ΓΣ/Ψ ως παρέμβαση για την ΨΣ (Dunn 2002, Morrison et al. 2004; Haddock et al. 1999). Ως εκ τούτου, υπάρχουν ενδείξεις όπου η παρέμβαση παρουσιάζει κλινική σημαντικότητα, συγκεκριμένα σε ανθεκτικά θετικά συμπτώματα και στην μη επιδείνωση της συμπτωματολογίας όπως αυτοκτο- νικότητα (Tarrrier et al., 2006; Carden J & Jones A, 2009; McLeod T et al., 2007). Πέραν τούτου, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης σε σχέση με την ΨΣ δεν θα μπορούσε να αποτελεί καθολική παρέμβαση επιλογής για την διαχείριση της ΨΣ, αφού η ΓΣ/Ψ αναφέρεται σε μια εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση της οποίας η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από διάφορες μεταβλητές όπως προσδοκίες του θεραπευόμενου, τον θεραπευτή (γνώσεις, κλινική εμπειρία, ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες) και τέλος της ψυχοθεραπευτικής σχέσης (Beck, 1995). Επίσης, στην ΓΣ/Ψ πυρηνικής σημασίας σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αποτελούν οι στόχοι του θεραπευόμενου (Repper & Brooker 1998). Αυτό ίσως αποτελεί ακόμα μια παράμετρο, η οποία θα ήταν σημαντικό να ληφθεί υπόψη σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της ΓΣ/Ψ έχει φανεί πως κατέχει η φάση που βρίσκεται ο πάσχοντας σε σχέση με τη νόσο. Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν παρουσιάσει την μέθοδο ως παρέμβαση επιλογής κατά την προνοσορή περίοδο (Hutton & Taylor 2011; Morrison, 2004). Εν κατακλείδι, πέραν της αποτελεσματικότητας της μεθόδου που περιγράφεται στην βιβλιογραφία αναφορικά με την διαχείριση αριθμού ψυχικών διαταραχών, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στην Κύπρο η συγκεκριμένη μέθοδος δεν έχει ακόμη θεσπιστεί νομικά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

### Συμπεράσματα

Η εφαρμογή της μεθόδου σε ασθενείς από ΨΣ κατέχει σημαντική παράμετρο για την διαχείριση και ανακούφιση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία η περαιτέρω αποσαφήνιση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου μεταξύ αρνητικών και θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες παραμέτρους. Προτείνεται, περαιτέρω διερεύνηση του θέματος αναφορικά με τις απόψεις και τις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την ΓΣ/Ψ, καθώς επίσης, διερεύνηση της εφαρμογής της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης στο κλινικό χώρο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι πιο πάνω εισηγήσεις πιθανόν να αποτελέσουν έναυσμα για ερευνητικές εργασίες στον κλινικό χώρο της Κύπρου, αφού στο σημείο που γνωρίζουμε, μέχρι σήμερα δεν έχει μελετηθεί το θέμα σε ερευνητικό επίπεδο.

### Βιβλιογραφικές παραπομπές

- Bhugra D. (2006), «The global prevalence of schizophrenia». *PLoS Medicine*, 2 (5): 372-373 Gumley A.I., O'Grady M., McNay L., Reilly J., Power K.G., Norrie J (2003), "Early Intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy". *Psychological Medicine*, 33: 419-31 Os J., Kapur S. (2009), "Schizophrenia". *Lancet*, 374: 635- 45
- Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. (2005), "The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination". *Arch Gen Psychiatry*, 62: 247-253 Tarrrier N., Haddock G., Lewis S., Drake R., Gregg L. (2006), "Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT". *Schizophr Res*, 83: 15-27
- Janssen B., Gaebel W., Haerter M., Komaharadi F., Lindel B., Weinmann S. (2006), "Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders". *Original Investigation Psychopharmacology*, 187: 229-236 Cannon & Jones. (1996)
- Lieberman J.A., Stroup S., McEvoy P.J., Swartz S.M., Rosenheck A.R., Perkin O.D., Keefe S.E.R., Davis M.D., Davis E.C., Lebowitz D.B., Severe J., John K. (2005), "Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia". *Investigators N Engl J Med*, 353: 1209- 1223
- Talwar N., Crawford J.M., Maratos A., Nur U., McDermott O., Procter S. (2006), "Music therapy for in-patients with schizophrenia. Exploratory randomised controlled trial". *The British Journal of Psychiatry*, 189(5): 405-409
- Bressi C., Manenti S., Frongia P., Porcellana M., Invernizzi G. (2008), "Systemic Family Therapy in Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial of Effectiveness". *Psychother Psychosom*, 77: 43-49
- Medalia A., Choi J. (2009), "Cognitive remediation in schizophrenia". *Neuropsychology Rev*, 19(3): 353-364
- Farmer, R.F. Chapman, A., Washington L. (2016), "Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action" (2nd ed.). DC, US: American Psychological Association Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action (2nd ed.)
- Meuldijka D., Carliera I.M., Vlieta T., Veena R., Wolterbeekb A.M., Hemerta F.G., Zitmana. (2016), "The clinical effectiveness of concise cognitive behavioral therapy with or without pharmacotherapy for depressive and anxiety disorders; a pragmatic randomized controlled equivalence trial in clinical practice". *Contemporary Clinical Trials*, 47:131-138 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations>
- Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. (2005), "Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective". *Basic Books*
- Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972), "Influence of family life on course of schizophrenic disorders-replication". *Br J Psychiatry*, 121: 241-258
- Butzlaff R.L., Hooley J.M. (1998), "Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis". *Arch Gen Psychiatry*, 5: 547-552

- Wykes R.T., Steel C., Everitt B., Tarrier N. (2008), "Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological". *Schizophr Bull*, 34 (3): 523-537
- Sensky T. (2005), 'The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: what can we learn from the meta-analyses'. *Psychother Psychosom.*, 74: 131-135 Zimmermann G., Favrodt J., Trieub V.H., Pominib V. (2005), 'The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis'. *Research Unit in Cognitive-behavioral Therapy*
- Beck A.T. (1952), "Successful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt". *Psychiatry*, 15: 205-212 Torreya E.F., Barcia B.M., Webster M.J., Bartko J.J., Meador-Woodruff J.H., Knable B.M. (2004), "Neurochemical markers for schizophrenia, bipolar disorder, and major depression in postmortem brains". <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47863&search=schizophrenia>
- Aaron T. Beck (1970) *Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy*. *Behavior Therapy*. 2(184-200) Ellis. (1962), "Reason and emotion in psychotherapy". New York: Lyle Stuart Meichenbaum. (1977), "Cognitive-behavior modification: An integrative approach". New York Phenom Press Irvin, Jennifer E.; Bowers, Clint A.; Dunn, Michael E.; Wang, Morgan C. (1995) Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. 67(4)563-570 Beck S.J. (1995), «Εισαγωγή στη Γνωστική Θεραπεία». Εκδόσεις Πατάκη - Αθήνα Garety P.A., Kuipers E., Fowler D., Freeman D., Bebbington P. (2001), "A cognitive model of the positive symptoms of psychosis". *Psychol Med*, 31:189-19
- Broome M.R., Wooley J.B., Tabraham P., et al. (2005), "What causes the onset of psychosis?". *Schizophr Res.*, 79: 23-34
- Morrison A.P. (2001), "The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions". *Behav Cogn Psychother*, 29: 257-276
- Morrison A.P., Renton J., Dunn H., et al. (2004), "Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach". Brunner-Routledge, Hove
- Granholm E., McQuaid J.R., McClure F.S., Auslander L.A., Perivoliotis D., Pedrelli P., Patterson T., Jeste D.V. (2005), "A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia". *Am J Psychiatry*, 162: 520-9
- Barrowclough, C., Haddock G., Lobban F., Jones S., Siddler R., Roberts C., Gregg L. (2006), "Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia Randomised controlled trial". *The British Journal of Psychiatry*, 189: (6)527- 532
- Susan R. McGurk R.S., Elizabeth W. Twamley W.E., Sitzer I.D., McHugo J.G., Mueser T.K. (2007), "A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia".
- World Health Organization (2004). The global burden of disease: update. Part 3: disease incidence, prevalence and disability, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)
- Department of Health: Self care: a national view, (2007) <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090120141703/dh.gov.uk/en/healthcare/selfcare/index.htm>
- Steven D. Hollon, Michael O. Stewart, and Daniel Strunk (2006). Enduring Effects for Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Annual Review of Psychology* 57: (285-315)

# ***EFN Report on EU Health Professionals' Perceptions of Preparedness for Ebola and Infectious Diseases of High Consequences (IDHC): We are not prepared, unless we are all prepared!***

Paul De Raeve, *EFN Secretary General*

Silvia Gomez, *EFN Policy Advisor*

Andreas Xyrichis, *King's College London*

---

## **Executive Summary**

In response to a question about the extent to which the European Union (EU) is prepared to respond to Ebola, the special advisor to the United Nations on Ebola, Dr Paul Farmer, noted that 'we cannot be prepared anywhere if we are not prepared everywhere', such is the nature of pandemics<sup>1</sup>. The European Federation of Nurses'Associations (EFN) has therefore developed an online questionnaire on infectious diseases of high consequences (IDHC) and Ebola to explore the perceived level of preparedness among the frontline healthcare workforce across the EU. The results of this questionnaire are presented and analysed in this report.

The data were collected through the networks of the members of EFN, reaching out to National Nurses'Associations from 34 Member States. A total of 1800 responses, from 23 Member States were secured from nurses, healthcare assistants, physicians and social workers. The data analysed was facilitated by Survey Monkey®, Excel and SPSS.

The overall objective of the report is to identify the frontline workforce's needs for capacity building in the EU in relation to pandemic preparedness and management. Furthermore, this report aims at raising awareness for targeted capacity building at EU and Member State level, especially at a time when Ebola gets under control in Africa. It is imperative to identify gaps in the daily practice of health professionals in EU Member States on preparedness in order to identify ways for improvement. We cannot ignore that health professionals have been infected in Member States because they volunteered for the caring process with insufficient safety measures to protect them. The study results will therefore identify necessary action to be taken, to address any shortcomings and increase the preparedness of nurses caring for patients with IDHC and Ebola.

The data analysis revealed that from the perspective of the frontline staff who responded to the questionnaire, there are currently varying degrees of preparedness for Ebola and IDHC among countries in Europe. While certain areas of preparedness appear well within countries' reach, others still require substantial investment to improve. It is significant, that health professionals report a lack of policies to protect them from working overtime and from stigma. It is especially worrying that 58% of those respondents who have cared for a patient with Ebola noted being stigmatised.

Interventions to increase the level of preparedness for Ebola are straightforward and inexpensive, yet these require still more attention. It was surprising to find in the data that health professionals do not feel they are being consulted enough on the equipment and protocols they are to use, and are not adequately briefed from their organisation, for example about the conclusions of risk assessment exercises. These difficulties persist regardless of the settings in which staff work.

Staff views are a critical resource in assessing the preparedness of different countries at the level of everyday practice, there were patients are cared for and staff risk exposure to dangerous IDHC. It is vital that policy-makers pay attention to the voices and messages of frontline staff, represented in this report, as it is they who ultimately act as the guardians against the threat of IDHC and Ebola in the EU and Europe. DG SANTE and ECDC should therefore take the results serious and support the health workforce, particularly the nurses, in more practical actions to be better prepared for the next potential outbreak.

Therefore it is of utmost importance that the EU provides funds that can be used to support the capacity building of the health workforce, including the provision of education and training, while stigmatisation needs special attention when health professionals care for patients with Ebola. To handle stigmatisation in a systematic way, its causes and consequences need to be researched thoroughly. Designing a proposal for effective crisis management and investing in capacity building by drawing conclusions from past experiences will move policy-makers and politicians forward in strengthening health systems.

It is equally important that Ebola reference centres are identified and that the public and health professionals have a clear understanding how the network operates. Overall, awareness-raising initiatives are imperative in improving preparedness for IDHC and Ebola; nurses have first-hand knowledge and experience of the reality of caring for patients with IDHC and Ebola, can give valuable contributions and consequently need to be involved in the decision-making, selection of material, development of protocols, as well as the design of policies and procedures which are "fit for practice". Finally, in order to ensure better preparedness and redesign an EU preparedness strategy based on a stakeholder engagement approach, investments in health systems, in quality and in safety will need to be made to counter the cuts in the healthcare sector since 2009.

---

<sup>1</sup> Farmer P (2015) Failure to collide: Ebola and Modern Medicine. Kapuscinski Development Lectures, <http://kapuscinskilectures.eu/lectures/failure-to-collide-ebola-and-modern-medicine/>

## Background

Infectious diseases of high consequences (IDHC) can pose a real threat to the life of healthcare professionals, especially nurses, if they are not adequately equipped with education, training and protective equipment. The result of this can be seen in the case of Ebola, often described as a caregivers' disease. The Ebola outbreak in West Africa, since March 2014, has led to thousands of deaths. As of 27 May 2015 there have been 15015 laboratory-confirmed cases and 11157 total deaths<sup>2</sup>. Ebola is not only a challenge for Africa but also a great concern of the European Union (EU). Although the outbreak is getting under control due to joint efforts to fight Ebola, it is crucial to continue to learn from our mistakes as complacency is dangerous and can lead to more unnecessary deaths.

Overall, the EU and its Member States have contributed over 1.1 billion Euros<sup>3</sup> to the fight against Ebola. Nevertheless, equipment and training for the health professionals involved in managing people with Ebola is not consistent and in some cases lacking<sup>4</sup>. This exists despite the fact that according to the EU policy strategies<sup>5</sup>, healthcare professionals are required to be equipped with the right material and to have received adequate and appropriate training; this requirement was confirmed by the Health Council on the 1st December 2014<sup>6</sup>.

IDHC such as Ebola impact significantly on the work of nurses. Every day, nurses who are involved in the treatment (mainly caring) of a patient with Ebola, work in the knowledge that they and their families are at risk of infection which could be life threatening or fatal, especially if denied access to proper equipment and training. For this reason, it is of utmost importance that Ebola coordinators and employers take the working conditions of nurses seriously when their facility accepts a potential or confirmed patient with Ebola virus disease.

The importance of this can be illustrated by the case of Spain, where a health professional was infected while taking care of an Ebola patient<sup>7</sup>. In reaction to this, and in order to evaluate the situation and share experiences, the Spanish General Nursing Council and the International Council of Nurses organised a World Summit on 'Nursing & Ebola' in Madrid<sup>8</sup> in October 2014. The Spanish General Council of Nursing<sup>9</sup> examined this case and found that the hospital concerned had inadequately developed protocols and risk techniques set up; while the health professionals were not educated on the correct handling of equipment in a case of

Ebola. Of particular concern is that the nurses were neither consulted on the choice of personal protective equipment (PPE), nor the practicalities and suitability of the care environment to be used. Some Ebola Coordinators confirmed they spoke with epidemiologists, but never with the nurses working in the field. Policies cannot be fit for practice without consulting the frontline workers. These examples demonstrate how easily the virus can be contracted among nurses or other healthcare workers if they are not equipped appropriately with adequate measures. This includes education, PPE and safe working conditions.

The Spanish summit also highlighted that 'stigmatisation' is a great concern for nurses when caring for patients with Ebola. They report as a result of their role, rejection by family and friends in fear of contamination<sup>10</sup>, leading to isolation and a diminished quality of life<sup>11</sup>. However, there are ways that stigmatisation can be addressed, such as through adequate education and prevention<sup>12</sup>. The summit therefore concluded, that it is vital to provide biological, psychological and social support to nursing staff involved in such cases.

Given the learning that is developing within Europe on Ebola it is becoming increasingly clear that sufficient and appropriate resources are available and that capacity (to have an appropriate number of professionals available), as well as the needed protection measures are important factors that will contribute to the safety of staff and patients<sup>13</sup>. This is especially important for nurses, considering that anecdotal evidence from EFN members indicate that the majority of caring activities for a patient with Ebola are carried out by them.

Hence, action at EU level is essential. Broader EU legislative frameworks are already in place, which protect the health and safety of healthcare workers such as from risks related to exposure of biological agents at work and from sharp injuries (2000/54/EC<sup>14</sup>, 2010/32/EU<sup>15</sup>). Additionally, the ECDC has set up a tutorial on Personal and Protective Equipment (PPE). In its Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020, the Council confirms that there is a need to improve the implementation of occupational safety and health legislation; to prevent risks to health and safety at work; and to address the challenges posed by an ageing workforce and longer working careers<sup>16</sup>. Neverthe-

2 <http://www.cdc.gov/vhf/ebolayoutbreaks/2014-west-africa/index.html>

3 EU Commission (2014) The European Union's response to Ebola emergency.

4 Spanish General Council of Nurses (2014) Report on the Actions for Care of Ebola Virus Disease Patients in Spain.

5 Council of the EU (2014) Council Conclusion on the Ebola Crisis in West Africa.

6 <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?!=EN&f=ST%2015979%202014%20INIT>

7 ECDC (2014) Outbreak of Ebola virus disease in West Africa.

8 Consejo General de Enfermería (2014) Madrid declaration.

9 Spanish General Council of Nurses (2014) Report on the Actions for Care of Ebola Virus Disease Patients in Spain.

10 EFN (2014) Fieldworkers safety at high risk due to cuts in health sector. EFN

11 Kinsman (2012) A time of fear

12 Global Life (2014) Addressing Ebola-related Stigma: Lessons Learned from HIV/AIDS

13 Boozary AS, Farmer PE, Jha AK. (2014) The Ebola Outbreak, Fragile Health Systems, and Quality as a Cure. JAMA 312(18):1859-1860. doi:10.1001/jama.2014.14387

14 Directive 2000/54/EC on the protection of workers from risks related to exposure to biological agents at work.

15 Directive 2010/32/EC on implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU.

16 Council of the European Union (2015) EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020: Adapting to new challenges. Retrieved from: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?!=EN&f=ST%206535%202015%20INIT>

less, it is important that the existing EU legislation is being implemented correctly and that action is being taken by the Commission in making sure Member States comply with EU legislation that protects the frontline workforce.

In line with the ECDC, data is crucial to better understand and address the needs of the frontline staff possibly dealing with an IDHC. Hence, the data collected from the EFN questionnaire aim to inform the ECDC's future support in training and capacity development and will furthermore provide the basis for a standard training for the protection of care workers. The ECDC needs to move closer to the frontline workforce to provide practical support where it is highly needed. Academic insights are crucial, but not at the expense of those caring daily for Ebola (IDHC) patients. The Commission, especially DG Sante, should recognise this responsibility.

Recently, in response to a question about the extent to which the EU is prepared to respond to Ebola, the special advisor to the United Nations on Ebola Dr Paul Farmer, argued that we cannot be prepared anywhere if we are not prepared everywhere, such is the nature of pandemics<sup>17</sup>. The European Federation of Nurses' Associations' (EFN)<sup>18</sup> mapping of the level of preparedness in European countries for a possible outbreak of IDHC, aims at raising awareness on the importance of the correct implementation of existing EU legislation and further EU action supporting capacity building and appropriate training and equipment. Nurses need to feel supported and empowered, since they are the backbone of bedside care. They need to be included in the decision-making process in order to address the existing gaps in preparedness for a future possible outbreak of such diseases.

## Method

### Survey Objectives and Questionnaire design

The questionnaire aims to provide a first step in mapping the implementation of the new EU coordination mechanism for Ebola patients' evacuation and to understand the impact from a nursing perspective with regard to health and safety of healthcare workers. The mapping makes it possible to identify the actions needed for future capacity building for the health professionals working at the bedside.

Therefore, the questionnaire addresses issues pertinent to frontline clinical healthcare workers such as risk assessment, prevention and protection, information and awareness raising, and education and training. It also considers whether the correct equipment and facilities are available to nurses. An important part of the questionnaire takes into account also whether nurses are being consulted on the choice of equipment and if the psychological aspects of being in touch with IDHC, such as stigma, are considered. The questions were formulated with the aim of understanding whether the

facilities in the Member States are taking specific preventable measures and are sufficiently prepared for a possible patient with an IDHC. The questionnaire provides a clear view of the state of play in the European countries.

The questionnaire was comprised of 20 questions and was available in 21 languages, including Bulgarian, Croatian, Czech, Danish, Dutch, English, Finnish, French, German, Greek, Hungarian, Icelandic, Italian, Lithuanian, Polish, Portuguese, Romanian, Serbian, Slovak, Slovenian and Spanish. It consisted of three different parts. In the first part, personal data from the participant was collected. The second part aimed at gathering information about whether the respondent had previous experience with IDHC and/ or Ebola. And finally, the third part addressed the issues of education and equipment. Questionnaire items were formed out of a combination of Yes/No questions and Likert type scales ranging from Strongly Disagree to Strongly Agree; and based on the ECDC toolkit and the clauses of Directive 2010/32/EU<sup>19</sup> on the prevention of blood-borne infections and injuries for health workers. The English version of the questionnaire can be found in the Appendix.

## Dissemination of the Online Questionnaire

The target group of the questionnaire were health professionals working in hospitals, community care, and elderly care homes across Europe. The questionnaire was distributed among EFN members and published on the EFN website. The EFN members disseminated the questionnaire among their local networks, in order to reach the frontline staff. Furthermore, members promoted the existence of the survey through social media.

The questionnaire was hosted on the online platform 'Survey Monkey'. The questionnaire was open and accessible through the EFN website from 1st February until 31st March 2015. Reminders were sent on a regular basis to the members, especially to members from countries with a low response rate, in order to encourage them to promote the questionnaire among their network.

## Survey Limitations

Centred translation was applied in order to maintain loyalty to the original scale items. Therefore, it was taken into consideration that the use of different languages might have led to distinct interpretations of questions. To counter this limitation, the EFN members contributed to translating the questionnaire, in order to achieve conceptual and semantic equivalence. In addition, where possible, back translation was considered<sup>20</sup>.

This report represents the perceptions of 1800 health professionals who responded to our call. Given that there are millions of health professionals employed in the EU, this

17 Farmer P (2015) Failure to collide: Ebola and Modern Medicine. Kapuscinski Development Lectures, <http://kapuscinskilectures.eu/lectures/failure-to-collide-ebola-and-modern-medicine/>

18 [http://www.efnweb.be/?page\\_id=766](http://www.efnweb.be/?page_id=766)

19 Directive 2010/32/EC on implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU.

20 Brislin R (1970) Back translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1: 185-216



report is not meant to be representative of everyone's views. However, it does give an indication of the current state of play from the views of the frontline workforce across countries and settings.

### **Ethical Considerations**

The participants of the questionnaire were informed that their answers would provide the basis for getting a clearer view on the capacity building needed in their country and that the results would be available online. Their responses were anonymous and the information given, treated confidentially.

### **Statistical Analysis**

To ease presentation of findings the results of the analysis are summarised below while the tables are shown separately in the Appendix.

### **Profile of Respondents**

The questionnaire reached health professionals from 23 countries in Europe and secured 1800 responses (see Appendix, Table 1). Most of the respondents (1246; 69%) worked in a hospital, with a further 133 working in an Ebola Reference Hospital. In addition, 421 (23.4%) of respondents worked in an elderly care home or in the community (see Table 2). Respondents who were hospital based, represented a mixture of settings, from intensive and emergency care, to internal medicine and specialist infection control units. This shows that the questionnaire did not just reach infection prevention and control professionals, but actually had a wider representation of frontline staff across settings (see Table 3). Most of respondents were nurses (96%), but there was also some representation from healthcare assistants, physicians and social workers. Most of the nurse respondents were general care nurses (931, 51%), which reflects the profile of the workforce in general (see Table 4).

### **Question by Question analysis**

The responses to the questionnaire were all exported into the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 21.0; the database was split to those responses from within the hospital sector (n=1379) and those from elderly homes and community care sector (n=421) because the two were likely to represent heterogeneous views and experiences about Ebola preparedness. Below, is a question-by-question analysis of responses from the hospital sector.

#### **Q1 & 2:1 took care of confirmed patients with Ebola virus/IDHC.**

Out of the 1379 respondents, 3% (n=41) had participated in the care of a patient with Ebola. Moreover, data also show that 387 respondents (28%) had previous care experiences in IDHC. In the sections to follow, where appropriate, we compare responses between these two subgroups (Ebola n=41; IDHC n=387) on the hypothesis that the perceived level of preparedness will differ accordingly.

The 41 respondents who had experience of caring for a patient with Ebola were from: Germany (32%), Belgium (12%), Hungary (10%), Spain (10%), Greece (2%) and the UK (7%) (see Table 5). The data show that almost a third of the questioned healthcare professionals have had past experience caring for a patient with Ebola or IDHC. This shows the importance of adequate measures to ensure the workers' safety at work and the need for the identification of actions needed for capacity building. These numbers are especially significant, since 69% of the respondents indicated that they are working in a regular hospital and only 7.4% in an Ebola Reference Hospital (see Table 2). This means that there is the need to not only equip and prepare specialised hospitals but also 'regular' ones accordingly.

#### **Q3. All necessary personal protective equipment is available in my unit**

Question 3 relates to the availability of Personal Protective Equipment (PPE), including body, foot, hand, respiratory and eye protection in the unit, in line with the ECDC toolkit. The question is measured on a Likert scale, ranging from strongly disagree to strongly agree, with only 4 levels (Swanborn, 2003; Joreskog, 2003).

The median response showed that respondents agreed with the statement that all necessary PPE was available. In particular, 38.5% of respondents agreed with the statement and 279 respondents (20%) strongly agreed. However, almost half of the respondents (41%) were in disagreement with the statement (see Table 6). This question shows that there is still a lack of appropriate equipment for health professionals caring for (potential) patients with Ebola. Adequate equipment is key when caring for patients with Ebola or IDHC, since direct contact has to be avoided by all means, due to the high risk of infection of these diseases. Furthermore, this question is key for the ECDC, as it reveals the need to build capacity on the use of its toolkit. It shows that the establishment of the toolkit alone is not enough to ensure the availability of personal protective equipment in hospitals.

The need for further investments in PPE was also raised amongst those respondents who have cared for patients with Ebola (n=41). It is concerning that a third of professionals (32%) who have had contact with a patient with Ebola reported lack of all necessary PPE (see Table 7). Therefore, the EFN strongly encourages the ECDC and the European Commission to intensify efforts, for example through capacity building sessions.

#### **Q4.1 am consulted on the choice of equipment**

Concerning Q4, being consulted on the choice of equipment that will be used in case of caring for patients with IDHC e.g. Ebola, views appear rather negative: 766 respondents disagreed (55.5%) while 613 (44.5%) were in agreement (see Table 8). This implies that overall, engaging staff in decision-making processes needs improvement. It is within this context that European Public Procurements are crucial, as the departments purchasing material and equipment will

need to recognise the voice of the users, mainly the nurses as they deploy these materials most in their daily practice. Furthermore, frontline workers know best which equipment work in reality and can give valuable advice regarding its selection.

When we analyse Q4 for the other two samples, past care experience in IDHC (387 respondents) and care for patients with Ebola (41 respondents) results show that 47% and 44% disagree, respectively, on being consulted on the choice of equipment (see Tables 9 and 10). Although these numbers are slightly lower, it remains concerning that professionals providing care for patients with Ebola or other IDHC are not consulted on the equipment they will use in the course of their employment. It is especially surprising because nurses who have already cared for patients with IDHC or Ebola have first-hand experience with the equipment and know what has proven to be practical in every day use; and which material have proven to be most secure.

#### **Q5. Isolation rooms with negative pressure are available**

Question 5, on the availability of isolation rooms with negative pressure (>12 air changes per hour) for patients with suspected or confirmed IDHC, e.g. Ebola, Tuberculosis, etc., 397 respondents confirmed the availability of these rooms in the units where they work (33%). However, 814 (67%) answered that these are not available (see Table 11). The results shown in Table 11 might seem reasonable considering that non-specialist hospitals are included in this analysis. Hospitals that are not specialised in dealing with patients with Ebola or IDHC might be unlikely to have an isolation room suitable for these needs.

When analysing in more detail the different subsets of respondents, those with experiences of caring for patients with IDHC or Ebola have a higher percentage of agreement with the statement (47% and 59% respectively) (see Tables 12 and 13). However, these numbers continue to remain low in these subsets; this means that 53% and 41% of people caring for patients with IDHC and Ebola, respectively, did not have an isolation room at their availability. Therefore, the coordinators of Ebola and IDHC need to reflect if these results support a need to invest more in isolation rooms with negative pressure.

The need to invest in such rooms is especially important in Ebola reference centres since professionals working in these also noted absence or lack of awareness of such rooms (27%) (see Table 14). It is of utmost importance that these specialised centres have an isolation room. Nevertheless, the results show that it is not only important for these centres to have these rooms but also to inform their personnel about their existence and use.

#### **Q6. Availability of alternative protective equipment**

On question 6, having alternative protective equipment available when protective goggles and masks do not fit appropriately, 534 respondents (39%) confirmed having an accessible alternative (see Table 15). When caring for patients

with IDHC or Ebola, these percentages increase to 46% and 54% respectively (see Table 16 and 17). However, these percentages remain low overall and need to improve. This can be done by improving procurement processes and stimulating industry partners to produce 'fit for practice' equipment and consumables by engaging the end-users in its design. Furthermore, infection control nurses play a crucial role in securing the right equipment to frontline staff and should be involved in such decision-making process. Nevertheless, the importance of having one set of right equipment available needs to be stressed. When this is the case, units can concentrate on providing alternative solutions. As it can be seen from the analysis above, to have a set of protective equipment available is not always a reality.

#### **Q7. Possibility of opt-out**

Question 7 explores the availability of an "opt-out" possibility when required to care for patients with suspected or confirmed IDHC or Ebola; the healthcare professional can decline to take care of a patient with Ebola. Overall 436 respondents (34%) state the 'opt out' exists; these respondents were mainly professionals working in infection control units or in Ebola reference centres (see Tables 18 and 19). This is an interesting result that needs further exploring as it has implications for capacity in pandemic or outbreak situations.

These percentages increase slightly within the group of respondents who have had experience with IDHC (36%) (see Table 20) and who have taken care of patients with Ebola (59%) (see Table 21). Caring for patients with Ebola can be professionally more difficult. As such, nurses are given a choice whether to care for patients with Ebola (on a voluntary basis). It is not clear from the survey if compensation or incentives exist for such voluntary work.

#### **Q8. Display of related posters or videos**

On the use of posters/videos in the care setting about how to manage suspected or confirmed cases of Ebola, only 409 respondents (32%) answered positively. This shows that in 68% of the cases there does not appear to be a sufficient awareness campaign that includes use of such material (see Table 22). This finding should be further analysed by the ECDC as it is relevant when providing basic information about the healthcare sector. Videos and posters serve as useful visual communication methods. They are functional means in teaching personnel how to manage cases of Ebola or IDHC. By being on display constantly, they make information available to everyone at any one time.

#### **Q9. Regular education on relevant protocols**

Question 9 looks at having regular education on protocols when caring for patients with IDHC or Ebola. Of the 1290 respondents to this question, 57% reported no theoretical education on protocols (see Table 23). Not surprisingly these figures improve when we look at the responses of those in the sample with past experience of IDHC or Ebola where 55% and 69% of respondents respectively indicated

to have received theoretical education (see Tables 24 and 25).

Although it was expected that the positive responses within the sample who had past experience of IDHC or Ebola would be higher, it is quite concerning that a large percentage of respondents received no theoretical education. As the data indicate, not only Ebola reference centres can have cases of Ebola. Therefore, important that health professionals receive adequate theoretical education on relevant protocols. It is not only crucial that these protocols are established, but also that the personnel is informed about them and can turn their theoretical knowledge into practice.

#### **Q10. Regular drills on donning and doffing**

On having regular drills on donning and doffing (i.e. putting on and removing personal protective equipment), numbers are less positive: 76% of respondents indicated no system for regular drills (see Table 26).

When examining the two subgroups of respondents with past experiences of IDHC or Ebola, a similar picture is seen, with 66% and 49% of respondents respectively indicating there are no regular drills (Tables 27 and 28). It is essential to increase the availability of regular drills for nurses, especially those caring for patients with Ebola. Since it is special protective equipment that has to be used in a case of IDHC or Ebola, the health professionals should have regular practice on how to use and put them on. Therefore, regular drills are essential to minimise the risk of infection.

#### **Q11. Received education and training**

Taking into account the above findings, it is important to assess the perceptions of healthcare professionals on the received education and training needed to sufficiently prepare them for a potential case of IDHC, e.g. Ebola. As can be seen from the tables, 67% of the overall respondents disagreed that the education and training they receive sufficiently prepares them for a potential case of IDHC (see Table 29). This negative score improves when looking at the two subgroups who have had prior experience with IDHC or Ebola; 55% and 33% respectively disagreed with the statement (see Tables 30 and 31).

These results show that there is still room for improvement in this area. It is important to identify the gaps in educational preparation, which can then be addressed accordingly, for example through Continuous Professional Development (CPD). Healthcare professionals taking care of patients with Ebola or other IDHC could also be assessed through competency training. For example, checklists and learning outcomes could be used to confirm that they are competent to take care of such patients and are furthermore, competent in donning and doffing of PPE. As it was stated above, it is not only important to have the necessary equipment available, but also equally crucial is that healthcare personnel is adequately educated and trained in making use of this equipment. The needed resources need to be allocated for CPD and for having appropriate replacement of staff in order to allow colleagues to follow CPD during work time.

#### **Q12. Donning and doffing**

Where donning and doffing takes place (Q12), there must be a nurse available who can assist the user in putting the PPE on and taking it off. According to the analysis, 54% of the respondents reported that this practice was not in place (see Table 32). These figures are important in that they provide a view on the working conditions and practices of nurses caring for patients with Ebola.

When focussing on those participants who have had past experience with Ebola we can see that 21 % of the respondents replied that they cared for a patient with Ebola without the necessary support in donning and doffing. Although this number is much smaller than the one above, it is still a potentially dangerous practice in terms of infection control (see Table 33).

It is not only important to have the adequate equipment available, but also to follow the correct procedure on how to put it on when dealing with a patient with IDHC or Ebola (donning and doffing). If this procedure is not being followed adequately, the risk for infection is increased and the person caring for the patient is not protected sufficiently. Hence, the responsible persons planning the numbers of staff have to take this aspect into account to have, when appropriate, a nurse available to assist the user with the PPE.

#### **Q13. Knowledge of protocols**

Question 13 asked whether every member of staff knows the protocol for 1st contact that is to follow in cases where a patient is suspected to have an IDHC, e.g. Ebola. Results show that only 33% of the respondents believed everyone knew of the procedure when a patient with suspicion of IDHC was admitted. Two thirds of the respondents (67%) answered negatively to this question (see Table 34). This number is concerning and requires further attention to understand the factors behind it. It is crucial that every health professional knows how to react to a potential case of IDHC or Ebola and do not make any mistakes. In this moment, nurses are in danger of infecting themselves if they do not follow the correct procedure. These results also indicate that awareness among the workforce should be increased; this could be through professional campaigns, with clear messages and consistent standards throughout the EU. ECDC could lead on this through utilisation of available communication channels of all professional organisations involved in outbreak or pandemic management.

#### **Q14. Professional opinion in the development of protocols**

On whether professionals' opinion is taken into account in the development of protocols for caring for patients with IDHC, e.g. Ebola, 61% of the respondents disagreed (see Table 35). This means that their opinion and views are not taken on board. This suggests that most professionals still operate within a top-down healthcare system, which is a major overall concern. When focussing on respondents with past experience of IDHC, 48% believe their opinion is taken

on board, while this percentages increases to 59% for those with experience of working with confirmed cases of Ebola (see Table 36 and 37).

Healthcare professionals, especially those who have had past experience with IDHC or Ebola, can make a valuable contribution to developing protocols. They possess first-hand experience and can point out weaknesses in the process. The fact that health professionals feel that their opinion is not being considered as relevant is worrying. Only with a bottom-up approach, existing procedures can be improved and the engagement, commitment and safety of health professionals ensured.

### **Q15. Organisational risk assessments**

Concerning Question 15, on the undertaking of regular risk assessments of possible incidents related to IDHC, e.g. Ebola by organisations, 51 % of respondents replied that they disagreed, while there were 565 respondents (49%) who agreed with the statement (see Table 38). However, when more specialised care takes place, the results show that the opportunity to perform risks assessments increases by 10% for those respondents with past experience of IDHC (59%) (see Table 39); while the percentage increases by 15% for those with past experience of Ebola (64%) (see Table 40).

Regular risk assessments are of utmost importance to identify weaknesses in the procedures and the system. Only by performing these assessments hospitals and healthcare centres can ensure that they are adequately prepared for a possible case of IDHC or Ebola. The results of such risk assessment indicate if there is a need for more/ different equipment, the level of preparedness of staff and hence the need for education and training. By performing regular risk assessments, hospitals and healthcare centres can save themselves a lot of trouble in the future. However, not only are regular risk assessments crucial, they are also mandatory for EU Member States as the EU requires countries to perform this practice<sup>21</sup>. Hence it is significant that the results of this questionnaire show that in many places EU law is neither implemented nor followed correctly. The implementation of such important legislation needs to be followed-up more closely and consequences must be put in place in cases where a Member State is in breach of this legislation. IDHC and Ebola are real threats and only by following established legislation thoroughly can it be ensured that an outbreak in the EU and Europe can be kept under control. The European Commission and social partners need to make sure EU legislation gets implemented correctly.

### **Q16. Communication of risk assessment results**

Furthermore, concerning the results of the risk assessments being communicated to staff, 66% of the respondents indicated that feedback is insufficient (see Table 41). With regard to those respondents with past experience of IDHC,

results indicate that 61% find that risk assessment results are insufficiently reported back (see Table 42). Concerning those who have cared for a patient with Ebola, 50% of the respondents find the feedback insufficient (see Table 43). This percentage is unacceptably high within this subgroup and shows that the problem of insufficient feedback about risk assessment is widespread in the sector.

From a respondents' distribution perspective, we can see some improvement between the subgroups, but overall feedback on the results of risk assessments is inadequate. It is important to inform all staff about the results of the risk assessment. First, knowing the results can make them feel safer in their work. Second, as frontline workers, they are the ones that need to put the findings into practice and for this reason they need to know which procedures work and which ones do not.

### **Q17. Number of staff per shift in the unit**

On Question 17, in the event of an Ebola case, the facility where I work takes actions to increase the number of staff per shift in the unit, 59% of the respondents disagreed and only 41% agreed (see Table 44). This suggests that most facilities are not aware what nursing of a single patient with Ebola means for staff allocation; anecdotal evidence from the experience of EFN members suggest that one IDHC patient under intensive care nursing requires a minimum of 20 staff/24h.

These percentages improve slightly when analysing the subgroup of respondents with past experience of IDHC where 51% disagreed (see Table 45), and the subgroup with past experience of Ebola where 33% disagreed (see Table 46). The results are partly reassuring given that the workforce composition follows the principle that nurses can only care for patients with Ebola for a maximum of 2 hours. However, actual experiences, e.g. with the Tychem C suit and goggles, indicate that nurses cannot spend 2 hours because of the heat stress index, even if the room is air-conditioned. In some areas, local protocols stress that health professionals should not exceed 45 minutes when caring for a patient with Ebola. Therefore, the team needs to be adjusted and the number of staff increased. Nevertheless, over a third of respondents reported inadequate staffing provision where they work and so we encourage those facilities to adjust their workforce composition to reach the best working conditions for nurses volunteering to take care of patients with Ebola. Taking these results into account and considering the above mentioned limitations, the EU and the Member States need to take adequate measures to ensure that a sufficient number of nurses are available in such facilities. Many facilities are struggling with their nursing workforce and the number of available qualified registered nurses. Often they would like to increase the staff per shift (open posts) but are not able to do so due to restrictions with financing (savings to be made). Hence, it is the responsibility of the Member State / EU Level to ensure financial support and to establish a realistic and deployable nursing workforce strategy which addresses these shortcomings.

<sup>21</sup> Directive 2010/32/EC on implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU.

### Q18. Policy to prevent overtime

Concerning the working conditions on Question 18 - in the event of an Ebola case there is a policy to prevent staff from working overtime - 73% disagreed with only 218 (27%) respondents reporting an agreement with this statement (see Table 47). When analysing the subgroup of respondents who have actually cared for a patient with Ebola, we find that the results show that 69% of the respondents disagree that there is a policy to prevent overtime (see Table 48).

These results show that in the majority of the cases there is no policy in place that prevents working overtime. The existence of such a policy is important, since dealing with a patient with IDHC or Ebola is highly stressful for staff, especially nurses as they carry out the majority of the caring activities for these patients. This question also relates with Question 17, regarding the number of staff per unit; many facilities struggle with a lack of nurses and therefore the risk of overtime is very high. Professionals need to be able to adequately treat the patient and use the protective measures that require a lot of time and concentration.

### Q19 & Q20. Stigma

Concerning stigma, there are two important questions. The first (Q19) relates to knowing of cases of stigmatisation of colleagues that have taken care of patients with Ebola. Results show that 61 respondents know of such a case (see Table 49). The second question (Q20) relates to the respondents experiencing stigma themselves, where 22 respondents confirm this to be the case (see Table 50). When looking at the subgroup of respondents who have taken care of a patient with Ebola in the past, we see that 58% of those who respond to this question report experiencing stigma (see Table 51). This is extremely high and a very worrying statistic.

Stigmatisation is a major challenge for nurses, their families and friends. People surrounding the nurse who has taken care of a patient with IDHC or Ebola tend to avoid contact. Hence, affected persons are subject to isolation and a diminished quality of life. The Ebola Summit in Spain included testimonies indicating that nurses caring for patient with Ebola are asked by their family and friends to quit their job, so as to eliminate the risk of becoming infected and 'bringing it home'. Education and prevention are crucial to combating stigmatisation. People need to be educated on the real risk of infection for a nurse dealing with a patient with IDHC or Ebola. Furthermore, it is crucial to provide psychological support to professionals caring for a patient with IDHC or Ebola. It is the role of the facilities, financially supported by their government to ensure that education and prevention is in place. The more is done to ensure the safety and health of the professionals, the less likely is that stigma will occur.

### Cluster Analysis

In addition to the descriptive data analysis leading to the interpretation of frequencies for each variable, and even cross table comparisons, a hierarchical cluster analysis vi

sualises the views and experiences from respondents in such a way that variables can be combined according to the response trends measured at a Likert scale.

The cluster analysis is based on the assignment of a set of observations into different subsets (clusters) aligning data based on similarities or differences. The basic criterion for clustering is distance in opinion, in views, in experience as expressed in the statements rated on a Likert scale from 'strongly disagree' (1) to 'strongly agree' (4). Nevertheless, nominal data (yes and no) can be used to cluster variables.

Hierarchical cluster analysis begins by separating each case into a cluster by itself. At each stage of the analysis the criterion by which cases are separated is relaxed in order to link the two most similar clusters until all of the objects are joined in a complete classification tree. The dendrogram is used to visualise the steps in a hierarchical clustering solution; this shows the clusters being combined and the values of the distance coefficients as each step merges. Connected vertical lines designate joined cases (see Table 52).

Views from respondents that are near each other should belong to the same cluster, and views that are far from each other should belong to different clusters. Through cluster analysis patterns can be identified which can lead to a higher level of interpretation, compared to frequency tables and cross tables with a descriptive analysis. This is particularly interesting as the Directive 2010/32/EU<sup>22</sup> composes of specific articles (clauses): Clause 5 on Risk Assessment, Clause 6 on Elimination, prevention and protection, Clause Art 7 on Information and awareness-raising, Clause Art 8 on Education and training, Clause Art 9 and 10 on Reporting, Response and follow up.

A first analysis deals with all items concerned and shows a clear structure. Q15 (risk assessment- RA) and Q16 (results RA) merge very quickly and as such it could be argued they measure both the same concept, and Q11 (education) joins the cluster followed by Q14 (opinion design protocol). As in the total database, the health system, the answers were quite negative. These domains are not well developed. Q17 (staff per shift) and Q18 (overtime) constitute one cluster from the start of the iterations, but do not merge together quickly. However, they merge with cluster 1, which shows that these domains, especially a protocol for overtime, needs further development. Instead, Q12 (nurse supporting donning & doffing) stays for a long time on its own, but after 18 iterations joins cluster one. In contrast, Q3 (PPE) and Q4 (selecting material) only merge after almost 20 iterations, and stay a separate cluster. The Cluster analysis show the areas where capacity building is needed at EU level.

### Inferential analysis

The questionnaire was developed primarily to assess the level of preparedness for Ebola as reported by health professionals in the European countries and in this sense,

---

22 Directive 2010/32/EC on implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU.

it did not set out to examine a specific hypothesis. However, exploratory analysis did indicate significant associations between particular statements and sample characteristics that warrant some attention.

In particular, three Ebola awareness interventions were found to significantly link with key preparedness elements at the 95% significance level (Chi-square,  $\chi^2$ ). Firstly, respondents who indicated having regular opportunity for drills were more likely (OR 7.5, 95% CI 5.7-9.7) to report being sufficiently prepared for a potential case of IDHC, compared with those that did not have this opportunity. Secondly, perceptions around availability of all PPE was associated with whether respondents were consulted or not about the choice of such equipment; respondents who indicated being consulted were more likely to also indicate that all PPE were available in their areas of work (OR 8.1, 95% CI 6.4-10.1). Thirdly, the availability of posters/videos on how to manage cases of Ebola was related with whether staff had knowledge of the protocol to follow in case of a suspected case of Ebola (OR 6.5, 95% CI 5.1-8.3).

Therefore, it is sensible to promote the use of the above three interventions as effective options to improving individual staff knowledge and sense of preparedness about caring for patients with Ebola. Having opportunity for drills, consulting staff on the choice of PPE, and providing informational posters about Ebola are all relatively inexpensive interventions that could be easily implemented in all settings across European countries, with potentially significant positive effects on improving the safety of frontline staff.

Furthermore, cross tabulation revealed a trend among the responses of the sample relating to health professionals' areas of work. As the table shows (see Table 53), the elderly and community care sectors consistently fail to achieve key Ebola preparedness statements in comparison with other settings. With the experience in Europe this would be expected since the frontline for a repatriated small number of patients will most often be specialist units. It is only when there is a widespread outbreak situation that we would see community and care of the elderly involvement.

### Country Profile

The questionnaire was designed to assess the perceived level of preparedness among the various countries by seeking responses to key questions, while taking into account available guidelines and advice on preparedness for Ebola. Exploratory factor analysis of the various statements revealed significant associations among certain statements that indicated these could be grouped to produce a measurement scale on the level of preparedness'. Following analysis of variance and reliability utilising Cronbach's Alpha, 10 items showed statistical potential and were therefore brought together in the analysis, using standardised and average values to account for missing items and give equal weight to the different questions<sup>23</sup>. This grouping achieved a satisfactory Cronbach's Alpha of 0.860. The individual items and their Alpha scores are shown in table 54. It is acknowledged that the development of this grouping is a by-product of the

survey and although its development followed standard statistical procedures an element of caution in its interpretation should be exercised.

Responses were calculated per country, which gave a unique score applicable to each. The score is not meant to be representative of an international standard as such, but is used to help inform decisions about where action is more urgently needed. Grouped together, these items can achieve a minimum score of 10 and a maximum score of 28; the median score in the sample was 17. Graph 1 shows scores for each country's perceived level of preparedness within the sample, based on the responses to the questionnaire. While no country scores particularly low, it is clear that some countries could benefit from more targeted attention in order to raise their staff's perceived level of preparedness to an EU average, and ensure the safety of their workforce (see Graph 1).

It should be noted that the respondent profile was not the same for each country and therefore cross-country comparisons should be avoided; each country's score is unique to its context. Moreover, the results may portray a more accurate picture for some countries than others, because in some cases it is derived from a limited set of responses. For example, Austria, Hungary, Malta and Romania had 5 responses or less to the questionnaire; whereas Italy, Poland, Germany and Belgium had over 150 responses each. The analysis is not meant to demonstrate the actual level of preparedness in the various countries but rather the perceived level of preparedness of the respondents to this survey. The next section explores preparedness areas in need of attention in the various countries in greater depth.

### Member States Compliance with EU Legislation

We could not disagree with the statement that 'Capacity building at EU level is essential in order to be better prepared'. This can only be achieved by mapping the gaps of compliance with existing EU legislation and reflecting in partnership about what needs to be done to address the identified challenges.

On 10 May 2010, an EU legislative framework (2010/32/EU)<sup>24</sup> was approved by the EU Institutions to prevent injuries and blood-borne infections to healthcare professionals and workers. This EU Directive establishes a framework that includes measures to address risk assessment, risk prevention, training and information, awareness raising, monitoring and response and follow-up procedures. In its Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020, the Council confirms that there is a need to improve the implementation of occupational safety and health legislation to prevent risks to health and safety at work and to address the challenges posed by an ageing workforce

23 De Vaus D (2002) *Analyzing Social Science Data*. London: SAGE

24 Directive 2010/32/EC on implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU.

and longer working careers<sup>25</sup>. It is therefore important that the existing EU legislation is being implemented correctly and that concrete action to support 'frontline staff' is taken.

The transposition of the Directive 2010/32/EU Clause 5 (Risk Assessment), Clause 6 (Elimination, Prevention and Protection), Clause 7 (Information and Awareness-raising), Clause 8 (Education & Training), Clause 9 (Reporting), Clause 10 (Response & Follow-up), Clause 11 (Implementation) into daily practice was already measured through a qualitative survey in 2013 (EFN Report<sup>26</sup>), with results presented on the 2nd December 2013 at the European Biosafety Summit, in the Polish Parliament in Warsaw. Results showed that the Directive 2010/32/EU had a positive impact in the daily practice and clinical environment of health professionals, with safe mechanisms at their disposal and available basic information at the workplace. However, respondents also identified areas that were less covered, in particular the ones concerning specific education and training, the performance of risk assessments at the workplace and surprisingly the lack of awareness campaigns. These findings do not differ from the current 2015 Ebola Preparedness Survey outcomes. Equally, findings show again that guidelines need to be better rooted into daily practices. Therefore, it is very important that nurses are engaged in protocol development and risk assessment. The 2013 EFN report stressed the actions needed for training, emphasising that "Member States should strengthen Continuous Professional Education and make use of the available European Social Funds during the period 2014-2020 with the objective of strengthening knowledge transfer and implementation (Horizon 2020)".

With regard the current 2015 EFN Ebola Questionnaire, in which we measure indirectly compliance with the Directive, the different clauses can be evaluated individually as they are mapped to particular questions (see Table 55). We have the 2013 data, which now can be set against the 2015 data, not in a comparative way, but as indications for better preparedness.

In relation to Clause 4 of Dir2010/32/EU on Principles, 2 questions in the current survey are indicators of compliance: question 2 (In my facility, I am consulted on the choice of equipment that will be used in case of infectious diseases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola); and question 12 (I believe that my opinion is taken into account when developing protocols for caring for patients with infectious diseases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola). The Directive 2010/32/EU promotes that 'employers' and health professionals' representatives work together at the appropriate level to prevent risks, protect workers' health and safety, and create a safe working environment, including consultation

25 Council of the European Union (2015) EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020: Adapting to new challenges. Retrieves from: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%206535%202015%20INIT>

26 EFN (2013) EFN Report on the Implementation of Directive 2010/32/EU on the prevention of sharps injuries in the healthcare sector. Available online: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Report-on-Sharps-Injuries-DIR32-Implementation-forwebsite1.pdf>

on the choice and use of safe equipment, identifying how best to carry out training, information and awareness campaigns.

In relation to Clause 5 of Dir2010/32/EU on Risk Assessment, we have data from question 13 (My organisation undertakes regular risk assessments of the possible incidents related to infectious diseases of high consequence, e.g. Ebola) and question 14 (The results of the risk assessments are sufficiently communicated to staff) on compliance with EU legislation. As set out in the Directive, employers are required to undertake regular risk assessment of all situations and take into account technology, organisation of work, working conditions, level of qualifications, work related psycho-social factors and the influence of factors related to the working environment. This will identify how exposure could be eliminated and consider possible alternative systems. The results of the risk assessment should be shared with all those affected at the workplace. Risk assessment should be carried out by trained clinical staff with expertise in occupational health. The occupation of Reference Nurse or Link Nurse is of particular importance in certain areas of healthcare requiring additional knowledge, as is the case for example in infection control. The Link Nurse is a nurse working in the unit giving special attention to a specific topic, which can be data collection and infection control. This role can be very successful and effective when engaging colleagues in a process of change. EU Social Funds can be used to build capacity around education and training in order to support the development of personnel specifically trained in risk assessments and information (awareness).

Clause 6 of Dir2010/32/EU on Elimination, prevention and protection, is evaluated through three questions: question 1 (All necessary PPE (Personal Protective Equipment- body, foot, hand, respiratory and eye protection) is available in my unit, according to the ECDC toolkit), question 3 (Isolation rooms with negative pressure (>12 air changes per hour) for patients with suspected or confirmed infectious diseases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola, Tuberculosis, etc. are available in my facility), and question 4 (There is alternative protective equipment available, when the protective goggles and masks do not appropriately fit); these three questions measure compliance with the Directive which indicates that premises, furnishing and equipment shall be designed so as to avoid the risks associated with biological agents, to limit the spread of biological agents and to facilitate any decontamination required. The 2013 survey indicated that appropriate PPE, including gloves, masks and gowns, are available when needed. Still, although results are very positive, the availability of necessary PPE should reach 100%, as no health professionals should see her/his risk of exposure increased due to a lack of protection.

In relation to Clause 7 of Dir2010/32/EU on information and awareness-raising, question 6 (Posters/videos on how to manage suspected or confirmed cases of Ebola are sufficiently displayed in the facility where I work) is an indicator of compliance. The Directive outlines that employers shall take appropriate measures to raise awareness amongst

workers and their managers related to giving guidance on existing legislation and local policies; promoting good practices and safe systems of work to prevent contamination; and raise awareness by developing activities and promotional materials in partnership with representative trade unions and/or workers' representatives; and provide information on available support programmes. Acknowledging the existence of agencies (EU-OSHA), which provide awareness around safety at work, more efforts are needed to ensure that all workplaces have information on Ebola Preparedness. Awareness campaigns are needed to inform professionals and patients, in order to ensure the dissemination of information on the importance of workers' health and safety for European social and economic stability and growth.

In relation to Clause 8 of Dir2010/32/EU on Education and training, three questions indicate compliance: question 7 (I have regular theoretical education on protocols when caring for patients with infectious diseases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola), question 8 (I have regular drills on donning and doffing (i.e. putting on and removing personal protective equipment) and question 9 (I feel that the received education and training sufficiently prepare me for a potential case of infectious diseases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola). According to Directive 2010/32/EU, appropriate training shall be made available on policies and procedures associated with sharps injuries. Healthcare professionals shall be trained about risk assessment and controls and the proper procedure for using medical devices and disposal of equipment. Health professionals shall receive training on policies and procedures associated with prevention and management. This training shall include the correct use of devices, the use of protection mechanisms, preventive measures including standard precautions and monitoring procedures and their importance.

Clause 9 relates to Reporting, which is not addressed in this survey as the Ebola cases are most of the time known by the coordinator. Directive Clause 10 Response and Follow-up, outlines that policies and procedures shall be in place and all workers must be made aware of these policies and procedures. Questions 15 (In the event of an Ebola case, the facility where I work takes actions to increase the number of staff per shift in the unit) and 16 (In the event of an Ebola case, there is a policy to prevent the staff to work overtime) provide evidence of compliance with this clause.

On the Directive Clause 11, Implementation, the survey suggests that positive actions are being taken in most Member States, but implementation from a nursing perspective, knowing nurses are the professional group most vulnerable when caring for patients with Ebola, needs the attention of all national coordinators. The role of national coordinators for Ebola will be critical in ensuring full compliance with EU legislation. Question 5 (There is an 'opt-out' possibility when taking care of suspected or confirmed infectious diseases of high consequence (IDHC), including Ebola patients (I can refuse to take care of Ebola patients), question 11 (Every member of staff knows the protocol for 1<sup>st</sup> contact that is to follow in case of a patient

eases of high consequence (IDHC), e.g. Ebola) and question 12 (There is a nurse supporting me in donning and doffing) are seen here as indicators of compliance.

In order to analyse the data per country in more depth, and explore the areas of success as well as those that require more immediate attention and improvement, the questionnaire data were grouped, cross tabulated and colour coded (see Tables 56-57-58-59). Statements on preparedness with which respondents on average disagreed were coded in red and indicate an area that requires further attention. Statements with which respondents on average agreed were coded in green; within these, there would still be room for improvement, but the responses did not indicate these as a high risk for concern. In order to explore the representativeness of the responses within the sample, a subgroup analysis approach was followed with four tables developed to present the perceptions of: all respondents (Table 56), those with experience of IDHC (Table 57), those who cared for confirmed cases of Ebola (Table 58), and finally the perceptions of the infection control nurses (Table 59).

First, the table of all 1800 respondents (see Table 56) reveals that in general, the seven relevant clauses of the directive still require some attention in most countries. Moreover, the respondents to this survey reported varying levels of compliance with the recommendations of the ECDC specifically around: the availability of isolation rooms, alternative PPE, regular drills on donning and doffing, protection against overtime and knowledge of the protocol for first contact. There could be a reasoned argument made that not everyone would be aware of the availability of the above mentioned policies, although we would expect that those with actual experience of IDHC or Ebola would be; the next two tables explore this hypothesis in more depth.

The second table presents the views of the 469 respondents (see Table 57) who indicated having past experience of caring for patients with IDHC. The awareness of the various policies is shown to be higher among this group of respondents since on average they agreed with more of the statements. While this suggests greater overall compliance, clause 10 of the directive on 'response' and clause 5 on 'risk assessment' are still not fully implemented according to the respondents. Specifically, a policy on protecting staff from working overtime when caring for patients with IDHC is reported to be missing, which risks the wellbeing of professionals. Of greater concern is that this group of respondents overall did not agree that the results of risk assessments are sufficiently communicated to staff. Undertaking risk assessments only to later archive the results without communicating these to the professionals involved is not in line with the spirit of clause 5 of the directive. This hinders awareness among staff about the organizational responses to the risk assessment and preparedness for IDHC; and does not demonstrate adequate involvement of frontline staff.

It was expected that respondents' awareness and perceptions with respect to compliance with the relevant clauses of the directive, and with the recommendations of



would improve dramatically when focusing on those who actually had experience of caring for patients with confirmed cases of Ebola. The third table that presents the views of these 43 respondents (see Table 58), however, does not show the dramatic improvement expected. These respondents, who had actually cared for patients with Ebola, do not all feel adequately prepared especially with respect to clause 10 on response and specifically on being protected from overtime; clause 8 on education and training, specifically on having regular drills; and clause 6 on protection and specifically on the availability of alternative PPE.

Finally, the fourth table presents the responses of the 148 infection control nurses (see Table 59), whose views may carry more weight and reflect a more accurate picture around preparedness and compliance. The responses from these experts on the topic do not differ substantially from the other groups and the wider sample, revealing weaknesses in terms of preparedness and compliance. The same concerns continue to surface as expressed by the other groups around clause 5 on risk assessment, specifically on communicating the results to staff; clause 6 on protection, especially on the availability of isolation rooms; clause 8 on training, specifically having regular drills; clause 10 on response and the availability of a policy to protect staff from overtime; and clause 11 on implementation, specifically on the possibility for 'opt-out'.

The comparison of responses across the various sub-groups within the overall sample shows alignment of views on key Ebola preparedness statements and relevant clauses. Therefore, we can confidently conclude that overall this survey does not show full Member State compliance with the Directive or the ECDC policy.

Each country can utilize this analysis to help them identify areas that would benefit from further focused attention and investment. In summary, based on the responses to this survey awareness about the relevant clauses of the Directive could be strengthened in the following countries:

- Clause 4: Austria, Belgium, Cyprus, Czech Republic, Germany Greece, Iceland, Poland, Portugal, Serbia, Slovak Republic, Spain;
- Clause 5: Bulgaria, Czech Republic, Germany, Greece, Iceland, Italy, Poland, Portugal, Serbia, Slovak Republic, Spain;
- Clause 6: Austria, Belgium, Cyprus, Czech Republic, Greece, Hungary, Lithuania, Portugal, Serbia, Slovak Republic, Spain;
- Clause 7: Austria, Belgium, Bulgaria, Cyprus, Czech Republic, Finland Germany, Greece, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovak Republic, Spain;
- Clause 8: Belgium, Bulgaria, Czech Republic, Germany, Greece, Iceland, Lithuania, Poland, Portugal, Romania, Slovak Republic, Serbia, Spain;
- Clause 10: Austria, Belgium, Cyprus, Czech Republic, Germany, Greece, Italy, Lithuania, Poland, Portugal, Slovak Republic, Spain;
- Clause 11: Belgium, Cyprus, Czech Republic, Germany, Greece, Italy, Poland, Slovak Republic, Spain.

While it is acknowledged, and reminded, that the above may not portray an accurate picture of the current state of play in all countries, the concerned voices of the 1800 professionals who responded to the survey cannot be ignored. Adequate preparation is essential to prevent future outbreaks, protect the frontline workforce and safeguard EU healthcare services.

## Conclusions

There are 21 million workers active in the hospital and healthcare sector in Europe, all of whom are potentially at risk and in need of adequate preparation and protection. In this survey, 1800 health professionals from across 23 countries shared their insight about the current level of preparedness for Ebola in Europe from the perspective of frontline staff. This report provided an analysis of this rich and unique dataset, which has led to important lessons for policy makers and health professionals.

The level of preparedness for IDHC and Ebola varies across countries in Europe, with some countries appearing to be ahead of others. It is important that EU citizens, including patients and health professionals, have equitable access to safe and quality healthcare regardless of the country in which they may find themselves. The ECDC and the EU institutions can support those countries that find certain areas of preparedness challenging in order for the EU to reach a common and safe level of preparedness. It is important to note that adequate EU legislation is in place, however, it needs to be correctly transposed by the Member States and implemented in daily practice.

While further resources would likely be welcomed by many, it is capacity building that appears to be lacking and that health professionals require. Education and training on how to manage cases of IDHC and Ebola needs further support through continued professional development for all staff. Involvement of staff in decision-making also needs to improve, in terms of the necessary PPE, development of protocols and sharing of risk assessment outcomes; implementation of all three of these is currently lacking.

The EU Social Funds are available to address the challenges of the economic crisis and the development of an EU workforce for health and skill development, employment and growth. The proposals to be submitted can develop separate work packages using the key articles of the EU Directive 2010/32/EU on prevention in the hospital and healthcare sector. A good example is the urgent need for a wider availability of safety equipment so that this reaches 100% coverage, since no health professional should see her/his risk of exposure increase due to lack of protective material. Investments in times of austerity are always politically difficult but this cannot be an excuse. In order to reverse this lack of specific training, Member States should make more use of the approved European Social Funds for the period 2014-2020, with the objective of strengthening the capacity of the health workforce. Areas for this specific training must cover: a) use and disposal of PPE; b) risk assessment; c) infection prevention and control procedures; d) protocols for

managing patients with Ebola; e) drills on donning and doffing; f) staffing level and skill-mix policies. Being a compulsory requirement of Directive 2010/32/EU, more actions are needed to engage nurses, the health workforce, to appropriately manage IDHC. Engagement goes way beyond employers and managers consulting workers' representatives on the choice and use of safety devices; it must extend to identifying 'fit for practice' training, next to what information is needed to create safe working environments and using awareness-raising campaigns to make change possible.

Professionals working in the field, at the bedside, must be involved in better preparedness for IDHC. A first step to improve the situation could be the development of a reference colleague, a link nurse, being located within the team of nurses, health professionals and other workers, who can be consulted flexibly and take up a more prominent role in policy design and implementation. Nurses need to have a say on the equipment and technologies deployed, the organisation of their work, their working conditions, the composition of the levels of qualifications, the importance of work related psycho-social factors (stigma) and the influence of factors related to the difficult working environment in which 'opt out' must be an option.

The EU institutions should encourage transparency of learning following incidents leading to health professionals' exposure to Ebola both in European and Ebola care settings (e.g. affected countries). The need for timely and transparent information following analysis of incidents is crucial (e.g. breach of PPE and/or needle-stick injuries) in allowing any learning to be identified and transferred to nurses working clinically within Member States in order to help reduce risks of transmission in these settings whether hospital or community based.

Moreover, nursing representation at strategic, national and local level decision making/advisory forums is essential to ensure that decisions made can be implemented safely and effectively, and avoiding potential risks to health professionals as well as to the delivery of health services and patient safety. It is also important to encourage consistency of advice on selection and use of PPE. Several different organisations have issued guidance on the use of PPE and language terminology can vary between different guidance. There is currently guidance from WHO, ECDC, various NGO's and individual Member States. Manufacturers have also provided guidance and have been reported as using this opportunity to sell products that may vary in standards and fall between the guidance requirements, thus placing staff potentially at risk. The issuing of multiple guidance risks leading to inconsistency, confusion and potentially increased risks if staff transfer between different countries/organisations within and outside Europe.

In addition, timely planning of reactive strategies to recognise and manage potential cases of Ebola is crucial. Reactive practices, for example screening at entry ports, requires considerable planning and thought to implement in a safe and effective manner. Whilst individual Member States will make individual decisions on what reactive needs are, the

Commission should provide advice on the impact on capacity of areas where staff are drawn from, payment and hours worked in excess of contracts, as well as training and selection of staff to ensure suitability for the task required.

Finally, it is important to acknowledge that IDHC and Ebola know of no borders, boundaries or healthcare settings. It is therefore important to provide support to health professionals working across settings, not just in Ebola reference hospitals. While different healthcare settings appear to face similar challenges, the elderly and community care sectors seem particularly overlooked and suffer from substantial disinvestment.

If we are to be adequately prepared for Ebola, then we must all be prepared - across sectors, professions and countries. Our understanding and response to Ebola has so far been hindered by lack of first-hand data, from the workforce, at the level of daily practice. This report contributes to international efforts to build up an evidence base that can inform policy making in order to ensure concrete actions on preparedness for Ebola and other future IDHCs; and secure the safety and quality of healthcare provision in Europe.

## Recommendations

Based on the analyses of the 1800 responses of the professionals who took part in this survey, the EFN recommends to the EU Institutions and Health Stakeholders to:

- Support the EU health workforce to respond to the challenges of IDHC without compromising its safety and well-being, through coordinating the release of EU funds towards building capacity in the health workforce, providing further access to vital education and training that includes opportunities for regular drills on donning and doffing, and assuring the provision of adequate resources and support for a safe working environment. Explore the causes, mechanisms and consequences of stigmatisation related to the care and treatment of IDHC within Horizon 2020 and based on outcomes, take appropriate actions to tackle it.
- Continue to encourage investment in Ebola preparedness, learning from the lessons and knowledge gained so far, and enhancing monitoring and follow up initiatives. Protecting the health workforce, as well as the public, from future health threats should continue to remain a priority for all Member States individually and the European Commission collectively, ensuring that relevant protective equipment, appropriate education and training, and protocols are made available to frontline staff. Identify reference centres and make sure the public and health professionals are well aware about an existing network of Ebola centres, but ensure that information and support is provided across all healthcare settings, including centres not specialised in IDHC, community care and elderly care homes. Consult and engage with the frontline health workforce and involve them in the political decision-making processes concerning Ebola and IDHC preparedness,

is their daily lives that are directly influenced; and it is their and their families' safety that is put at risk. Encourage and support the health workforce with relevant surveillance and awareness raising initiatives; and incorporate the views of frontline staff in future refinement of relevant recommendations, toolkits and guidance.

Coordinate responses as regard Ebola preparedness, giving attention to the concerns of all relevant parties; and communicate and share information on areas of progress as well as of future developments to ensure awareness at all levels.

Work closely with local organisations and relevant parties in the development of policies that protect staff from overtime or being continuously understaffed when caring for patients with Ebola.

Commit to preventing future outbreaks from becoming epidemics by engaging the frontline health workforce in the design of policies and procedures. The Ebola crisis has shown that the EU needs to improve its capacity to prevent, protect against, detect, report and respond to public health emergencies.

- Draw lessons from this crisis and draw up a comprehensive proposal for effective crisis management in the area of health, taking up frontline needs and views.
- Analyse the impact that the economic crisis and the cuts in healthcare (decreased resources, decreased staff, overtime, etc.) have in influencing the capacity of health systems and health professionals in responding to Ebola and other IDHC outbreaks.

The Ebola outbreak has shown that the timely mobilization and disbursement of appropriate response capacities, both funding and human resources, is crucial.

For tables, graphs, appendices and further information accessible

at:  
[http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Report-MS-Preparedness-Ebola-Final-Sept.20151 .pdf](http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Report-MS-Preparedness-Ebola-Final-Sept.20151.pdf)

For further information or copies of this report please contact:

The European Federation of Nurses Associations (EFN)  
Registration Number 476.356.013  
Clos du Parnasse 11 A, 1050 Brussels, Belgium  
Tel: +32 2 512 74 19 Fax: +32 2 512 35 50  
Email: [efn@efn.be](mailto:efn@efn.be) Website: [www.efnweb.eu](http://www.efnweb.eu)

