

# Εφαρμογή Εκπαιδευτικού Προγράμματος για τη βελτίωση των Γνώσεων και των Στάσεων των Νοσηλευτών και τη μείωση των Παραλείψεων στη Φροντίδα Ασθενών με Άνοια

Application of a nursing training program to improve the level of knowledge and attitudes and to reduce care omissions in dementia patients.

**Authors:** Ευριπίδου Μ<sup>1.</sup>, Χαραλάμπους Α.<sup>2.</sup>, Μερκούρης Α.<sup>3.</sup>, Παπασταύρου Ε<sup>4.</sup>

1. RN, BSc, MSc, PhD Νοσηλευτικός Λειτουργός Παθολογική Κλινική Γ.Ν Λεμεσού, Κύπρος
2. RN, BSc, MSc, PhD Καθηγητής Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ, Κύπρος
3. RN, BSc, MSc, PhD Αναπληρωτής Καθηγητής Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ, Κύπρος
4. RN, BSc, MSc, PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ, Κύπρος

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με άνοια καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό νοσοκομειακών κλινών, ωστόσο η φροντίδα τους αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση μεταξύ των νοσηλευτών.

**Σκοπός:** Να διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια και να εντοπιστούν οι συμπεριφορές φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς με άνοια, στην Κύπρο. Τα συλλεγμένα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για την αναπροσαρμογή νοσηλευτικού εκπαιδευτικού προγράμματος, το οποίο στόχευε στη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων.

**Μεθοδολογία:** Έχει χρησιμοποιηθεί μικτή μεθοδολογία η οποία ακολούθησε 3 στάδια: α) περιγραφική μελέτη για την αξιολόγηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με άνοια, (N=416, RR=88,5%), β) μελέτη παρατήρησης για την αξιολόγηση της φροντίδας 13 ασθενών με άνοια εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος ώστε να εντοπιστούν οι συμπεριφορές φροντίδας και τυχόν παραλείψεις (διάρκεια 91 ώρες), γ) μελέτη τυχαιοποιημένης παρέμβασης με μία προ-μέτρηση και δύο μετά-μετρήσεις σε δύο ομάδες νοσηλευτών (N=68) τυχαία ταξινομημένες σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου, μέσω εκπαιδευτικού προγράμματος, με κύριο στόχο τον εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών και δευτερεύοντα στόχο την πιθανή βελτίωση των στάσεων τους σε σχέση με ασθενείς με νοητική έκπτωση.

**Αποτελέσματα:** Στο περιγραφικό στάδιο εντοπίστηκε χαμηλό επίπεδο γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών με (M=12.80/21, p=0,00), ενώ οι στάσεις ήταν μέτριες προς θετικές (M=99.06/140, p=0,00). Αναφορικά με την έρευνα παρατήρησης αναγνωρίστηκαν τέσσερις θεματικές ενότητες: 1) ανικανοποίητες βασικές ανάγκες, 2) σεβασμός της αξιοπρέπειας, 3) ελλιπής επικοινωνία λεκτικής ή μη και 4) ανεπαρκείς τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας. Στο τελευταίο στάδιο αμέσως μετά την παρέμβαση οι γνώσεις είχαν αυξηθεί κατά 3 μονάδες (M=15.3/21, p=0,00) και οι στάσεις κατά 11 μονάδες (M=110.72/140, p=0,00). Κατά την τελευταία μέτρηση, 3 μήνες μετά την παρέμβαση, οι γνώσεις είχαν αυξηθεί περεταίρω κατά 1 μονάδα (M=16.25/21, p=0,00) και οι στάσεις είχαν παραμείνει θετικές (M=110.47/140, p=0,00).

**Συμπεράσματα:** Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και οι αρνητικές στάσεις υποδηλώνουν την άμεση ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την προαγωγή τους και την ενίσχυση της ηθικής φροντίδας μεταξύ των Κυπρίων νοσηλευτών. Η μη ικανοποίηση αρκετών βασικών αναγκών των ασθενών με άνοια εγείρει αρκετούς ηθικούς προβληματισμούς. Η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος δείχνει την ανάγκη για πιο ευρεία εφαρμογή του, προκειμένου να επιτευχθεί ποιοτικότερη φροντίδα στους ασθενείς αυτούς.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Άνοια, νοσηλευτές, εκπαιδευτικό πρόγραμμα, γνώσεις, παραλείψεις

## Abstract

**Introduction:** Patients with dementia occupy a significant percentage of hospital beds however, their care constitutes a modern challenge among nurses.

**Aim:** To investigate nurse's level of knowledge and attitudes and to identify the care behaviors towards patients with dementia. The collected data were used to adapt a nursing educational program, which aimed to improve knowledge and attitudes.

**Methodology:** This is a mixed-method study that followed 3 stages: a) a descriptive study to evaluate nurse's level of knowledge and attitudes concerning the care of patients with dementia, (N=416, RR=88.5%), b) an observational study of the care among 13 patients with dementia within the hospital environment, to identify care behaviors and any omissions (duration 91 hours), c) randomized intervention study with one premeasurement and two post measurements in two groups of nurses (N =68 ) randomly assigned to an intervention group (training program) and a control group, to advance the level of knowledge and attitudes towards dementia care.

**Results:** In the descriptive stage, a low level of knowledge was identified among nurses (M=12.80/21, p=0.00), while attitudes were moderate to positive (M=99.06/140, p=0, 00). Based on the observational study, four themes were identified: 1) unmet fundamental needs, 2) respect for dignity, 3) deficient verbal or nonverbal communication, and 4) inadequate nursing care techniques. Regarding the last stage of the study during the second measurement (immediately after the intervention), knowledge had increased by 3 units (M=15.3/21, p=0.00) and attitudes by 11 units (M=110.72/140, p=0.00). Three months post-intervention, knowledge had further increased by 1 unit (M=16.25/21, p=0.00) and attitudes remained positive (M=110.47/140, p=0 .00).

**Conclusions:** The low level of knowledge and non-favourable attitudes indicate the immediate need to create an educational program to promote and strengthen ethical care among Cypriot nurses. Failure to meet many basic needs of dementia patients raises several ethical concerns. The effectiveness of the training program demonstrates the need for its wider application, in order to achieve better quality of care for those patients.

**Keywords:** *Dementia, nurses, educational program, knowledge, omissions*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άνοια αποτελεί ένα σύνδρομο προοδευτικής φύσης, το οποίο επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, τον υπολογισμό, την ικανότητα μάθησης, τη γλώσσα, τη συμπεριφορά και την κρίση (WHO, 2017). Ο αριθμός των πασχόντων ανέρχεται στα 47,5 εκατομμύρια παγκοσμίως και διαγιγνώσκονται 7.7 εκατομμύρια νέα περιστατικά ανά έτος (WHO, 2017), ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να ανέλθει στα 135,46 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (Dementia Action Alliance, 2012). Σύμφωνα με αδρούς υπολογισμούς το κόστος της άνοιας ανέρχεται στα 604 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αντιστοιχεί στο 1% του παγκόσμιου ακαθόριστου εγχώριου προϊόντος (Alzheimer Association, 2019). Τα 2/3 των νοσομεικτών κλινών καταλαμβάνονται από άτομα άνω των 65 ετών (Rambukwella et al., 2023), με περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν νοητική έκπτωση (Fogg et al., 2018).

Οι ευάλωτοι πληθυσμοί όπως οι ασθενείς με άνοια, κινδυνεύουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους, από λάθη, παραλείψεις και πιθανή παραμέληση, σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με άλλες ομάδες ασθενών, κυρίως λόγω των προβλημάτων αντίληψης, λόγου, καθώς και φτωχικής επικοινωνίας και μη διεκδίκησης ποιοτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Evripidou et al., 2018) έδειξε ότι οι νοσηλεύτές/τριες κατείχαν βασικές γνώσεις για την άνοια, αλλά υστερούσαν σημαντικά (Barett et al., 1997; Robnsson et al., 2014) ιδιαίτερα στους τομείς της επιδημιολογίας, της διάγνωσης και της διαχείρισης των συμπεριφορικών προβλημάτων (Josefsson et al., 2008; Galvin et al., 2010; Marx et al., 2014) καθώς επίσης στις τεχνικές επικοινωνίας (Josefsson et al., 2008; Galvin et al., 2010; Marx et al., 2014). Όσο αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών προς την φροντίδα ασθενών με άνοια, στις περισσότερες μελέτες (Marx et al., 2014; Robnsson et al., 2014) βρέθηκαν αρνητικές και συσχετίζονται με τα συμπτώματα και την πρόοδο της ασθένειας. Επίσης, είχαν εντοπιστεί χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης (Bryans et al., 2003; Elvish et al., 2014), ανασφάλεια και εκνευρισμός κατά την επαφή των νοσηλευτών με τα άτομα με άνοια, λόγω των ανεπιθύμητων συμπεριφορικών διαταραχών (Marx et al., 2014). Τα στοιχεία αυτά συνδράμουν στον σχηματισμό της υπόθεσης ότι ενδεχομένως οι ασθενείς με άνοια να περιθωριοποιούνται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο, χασοκό και περίπλοκο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Προκειμένου να επιτευχθεί η προαγωγή της ποιότητας φροντίδας και η μείωση των παραλείψεων ειδικά σε ευάλωτους ασθενείς, απαιτείται η εκπαιδευτική κατάρτιση και η απόκτηση ενός ψηλού επιπέδου γνώσεων, καθώς επίσης και η υιοθέτηση θετικής στάσης, συνεισφέροντας στην αναβάθμιση της ηθικής και δεοντολογίας των νοσηλευτών. Για να επιτευχθεί αυτή η επιμόρφωση ο ΠΟΥ, (2017) συστήνει την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχεται προς τα άτομα με άνοια. Τα αποτελέσματα των διαθέσιμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνονται να είχαν αρκετά καλό αντίκτυπο ως προς την θετικοποίηση των στάσεων, την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης και τον εμπλουτισμό των γνώσεων των νοσηλευτών για την φροντίδα της άνοιας (Galvin et al., 2010; Palmer et al., 2013; McCaffrey et al., 2013; Elvish et al., 2014; Kang et al., 2016). Επιπλέον, οι τεχνικές διαχείρισης των συμπεριφορικών και άλλων προβλημάτων των ασθενών είχαν σημειώσει εμφανή βελτίωση (McCaffrey et al., 2013; Palmer

et al 2013; Surr et al., 2015), ενώ παράλληλα αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την φροντίδα ασθενών με άνοια (Surr et al., 2015), αφού εμπλουτίστηκε ο νοσηλευτικός ρόλος και οι νοσηλεύτές/τριες ήταν σε θέση να αντιληφθούν την σημασία της διάδρασης με τους ασθενείς (Einang et al., 2011). Παρόλα αυτά κανένα από τα διαθέσιμα προγράμματα δεν προσαρμόστηκε στις ειδικές ανάγκες του εκάστοτε δείγματος. Η καινοτομία της παρούσας μελέτης έγκειται στη διαμόρφωση της εκπαιδευτικής ύλης βάση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί κατά την έρευνα παρατήρησης, προκειμένου να καλύψει τις συγκεκριμένες μαθησιακές ανάγκες, όπως έχουν εντοπιστεί σε πραγματικές συνθήκες κλινικού χώρου.

## ΣΚΟΠΟΣ

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

## ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη ακολούθησε έναν μεικτό σχεδιασμό συνδυάζοντας ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα η μελέτη αποτελείται από τρία στάδια. Όλα τα στάδια είναι αλληλένδετα καθώς τα αποτελέσματα κάθε σταδίου χρησιμοποιήθηκαν για τον σχεδιασμό και την διεξαγωγή του επόμενου σταδίου, ενώ όλα τα ευρήματα χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Στάδιο 1: Το πρώτο στάδιο άρχισε με τη διερεύνηση της παγκόσμιας επιστημονικής βιβλιογραφίας με στόχο να μελετηθεί η ερευνητική μεθοδολογία επί του θέματος καθώς και τα αποτελέσματα των ερευνών. Πάνω σε αυτό στηρίχθηκε η περιγραφική μελέτη, με στόχο την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών, για τη φροντίδα των ασθενών με άνοια, που εργάζονται σε παθολογικά, ορθοπαιδικά και χειρουργικά τμήματα, με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων. Αυτό το στάδιο εντόπισε τις γνωστικές ελλείψεις των νοσηλευτών, προκειμένου να διαμορφωθεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Στάδιο 2: Σε αυτό το στάδιο, εφαρμόστηκε μια μελέτη παρατήρησης για την παρατήρηση των συμπεριφορών φροντίδας των νοσηλευτών έναντι των νοσηλευόμενων ασθενών με άνοια. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν έδειξαν προβληματικές περιοχές που δεν εντοπίστηκαν κατά το πρώτο στάδιο. Τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για εμπλουτισμό του εκπαιδευτικού περιεχόμενου και την εστίαση στις εντοπισμένες γνωστικές ανάγκες των νοσηλευτών.

Στάδιο 3: Μελέτη τυχαιοποιημένης παρέμβασης. Αυτό το στάδιο περιλάμβανε την εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης για κλινικούς νοσηλεύτές/τριες χωρισμένους τυχαία σε δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου), στοχεύοντας στη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων τους για τη φροντίδα της άνοιας. Αφού διερευνήθηκε και πάλι η βιβλιογραφία για τα διαθέσιμα δοκιμασμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, επιλέχθηκε το «Getting to Know Me» (Elvish et al., 2014) καθώς είναι ένα πρόγραμμα με αποδεκτή εγκυρότητα και αξιοπιστία,

έχει εφαρμοστεί και σε άλλες μελέτες και χρησιμοποιείται από εθνικούς φορείς σε άλλες χώρες (Elvish et al., 2018). Μετά τον τερματισμό του δεύτερου σταδίου της παρούσας μελέτης, εντοπίσαμε αρκετά ζητήματα μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά με τις παραλείψεις νοσηλευτικής φροντίδας και την ηθική της φροντίδας, έτσι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, με τη συνεργασία των συγγραφέων του «Getting to Know Me» προσαρμόστηκε στις ανάγκες του δείγματος, για παράδειγμα προσθέτοντας δύο διαλέξεις σχετικά με την ηθική διάσταση της φροντίδας ασθενών με άνοια. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος έγιναν τρεις μετρήσεις με την χρήση δύο ερωτηματολογίων που εξέταζαν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών. Τα χρονικά διαστήματα για τις μετρήσεις αποφασίστηκαν σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες παρέμβασης που απευθύνονταν σε νοσηλεύτριες (Elvish et al., 2014, 2018; Surr et al., 2015).

## ΔΕΙΓΜΑ, ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### Στάδιο 1-Περιγραφική μελέτη

Για το περιγραφικό στάδιο έγινε δειγματοληψία ευκολίας. Όλοι οι εγγεγραμμένοι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε παθολογικά, χειρουργικά και ορθοπεδικά τμήματα, από όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, προσκαλέστηκαν για να συμμε- ριληφθούν στο πρώτο στάδιο, καθώς σύμφωνα με διεθνή έκθεση (Alzheimer Disease International., 2015) αυτά τα τμήματα φιλοξενούν συχνότερα ασθενείς με άνοια. Η ανάλυση ισχύος για το t-test χρησιμοποιώντας μικρό μέγεθος επίδρασης (τύπος επίδρασης Cohen's d) 0,15 και ισχύ 0,8 έδειξε ότι το απαιτούμε- νο μέγεθος δείγματος ήταν 351. Η δειγματοληψία περιλάμβανε πέντε νοσοκομεία, 18 τμήματα και 470 νοσηλεύτριες. Πιο συγκεκριμένα πέντε τμήματα ήταν ορθοπεδικά, έξι χειρουργικά και 7 παθολογικά.

Τα κριτήρια ένταξης για το στάδιο 1 ήταν:

- Εγγεγραμμένος νοσηλεύτης σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία περί νοσηλευτικής και μαιευτικής που εργάζεται σε παθολογικό, χειρουργικό ή ορθοπεδικό τμήμα.
- Εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα.
- Προϋπάρχουσα εργασιακή εμπειρία ως νοσηλεύτης τουλάχιστον 6 μήνες πριν από τη μελέτη.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων από τη διεθνή βιβλιογραφία. Κάθε ερωτηματολόγιο περιλάμβανε:

1. Δημογραφικά στοιχεία.
2. Για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων χρησιμοποιήθηκε το Εργαλείο Αξιολόγησης Γνώσεων Άνοιξης Έκδοση 2 (DKAT) (Toye et al., 2014). Είναι ένα αξιόπιστο όργανο (Cronbach's alpha= 0,79 Toye et al., 2014) και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες μελέτες (Toye et al., 2014, Robinson et al., 2014). Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, τη γνώμη των ειδικών και μια πιλοτική μελέτη (Toye et al., 2014). Η εγκυρότητα έχει υποστηριχθεί από τις υψηλότερες βαθμολογίες που υποδεικνύονται από τους επαγγελματίες σε σύγκριση με τις βαθμολογίες των μη επαγγελματιών φροντιστών. Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις Ναι/Όχι/Δεν γνωρίζω σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, τη συμπτωματολογία και τη διαχείριση της

νόσου. Η υψηλότερη βαθμολογία είναι δείκτης υψηλότερου επιπέδου γνώσης.

3. Σχετικά με την αξιολόγηση των στάσεων, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Κλίμακα στάσεων για την άνοια (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010), το οποίο έχει βασιστεί στο μοντέλο στάσης του Breckler (1984). Το εργαλείο έδειξε αποδεκτή αξιοπιστία (Cronbach's alpha 0,83-0,85) και εγκυρότητα ( $r=0,96$ , O'Connor & McFadden, 2010), σε σχέση με παρόμοια εργαλεία (Scerri & Scerri, 2012). Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε άλλες μελέτες (O'Connor & McFadden, 2010; Scerri & Scerri, 2012; Kimzey et al., 2016). Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις επταβάθμιας κλίμακας Likert με πιθανές βαθμολογίες 20-140 και η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει πιο θετική στάση.

Και τα δύο εργαλεία μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ, (2020). Η διαδικασία συλλογής δεδομένων της περιγραφικής μελέτης έγινε από μέλος της ερευνητικής ομάδας (M.E). Διένειμε τα ερωτηματολόγια στους τρεις προεπιλεγμένους θαλάμους και ενημέρωσε τους νοση- λευτές/τριες για τη μελέτη, τον εθελοντικό χαρακτήρα της και το χρονοδιάγραμμα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ο προ- ἴσταμένος του κάθε θαλάμου ήταν υπεύθυνος για τη συλλογή τους. Επιπλέον, η ερευνήτρια έκανε συχνές επισκέψεις στους θαλάμους για υπενθύμιση. Η διαδικασία διήρκεσε από τον Φεβρουάριο του 2019 έως τον Μάιο του 2019, συμπεριλαμβανο- μένης της πιλοτικής μελέτης. Δεν έχουν καταγραφεί αλλαγές μετά την πιλοτική μελέτη. Διεξήχθησαν περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιώντας το SPSS 16.0 και Microsoft Excel 2007. Τα ελλιπή δεδομένα ( $n=13$ ) διαγράφηκαν και δεν συμπεριλήφθηκαν στη διαδικασία ανάλυσης, καθώς το μέγεθος του δείγματος ήταν αρκετά μεγάλο και αυτά τα δεδομένα δεν μπορούσαν να προκαλέσουν μεροληψία στην εκτίμηση των παραμέτρων (Kang, 2013).

### Στάδιο 2-Μελέτη παρατήρησης

Το δεύτερο στάδιο αποτελείται από μια μελέτη παρατήρησης, με στόχο τη διερεύνηση των συμπεριφορών φροντίδας, τις νοσηλευτικές παραλείψεις και την διάθεση των ασθενών με άνοια, ώστε να εμπλουτιστούν τα ευρήματα του προηγούμενου σταδίου και να βελτιωθεί το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος. Η στρατηγική δειγματοληψίας σε όλες τις μελέτες παρατήρησης είναι η σκόπιμη (Creswell, 2011). Παρατηρήθηκε η φροντίδα 13 ασθενών με άνοια σε δύο παθολογικά και ένα ορθοπεδικό τμήμα ενός δημόσιου νοσηλευτηρίου. Η συλλογή δεδομένων τερματίστηκε μόλις είχε επιτευχθεί ο κορεσμός των δεδομένων. Μια παρατηρήτρια η οποία ήταν και νοσηλεύτρια, κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, είχε συλλέξει τα δεδομένα για τη μελέτη παρατήρησης, μέσω περιγραφικών σημειώσεων πεδίου. Παρέμεινε μέσα στο δωμάτιο των ασθενών και κα- τάγραφε σε σημειώσεις πεδίου όλα όσα παρατηρούσε κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενούς (Newbury, 2001), π.χ., περιβάλλον, συμπεριφορές, διαδικασίες ή ενέργειες (Bernard, 2011). Οι σημειώσεις πεδίου δεν περιλάμβαναν κανένα χαρακτηριστικό των ασθενών ή των νοσηλευτών για να διατηρηθεί η ανωνυμία. Μέσα στο δωμάτιο υπήρχαν άλλοι ασθενείς και συγγενείς τους, αλλά δεν επιτρεπόταν στην παρα- τηρήτρια να αναπτύξει οποιαδήποτε διαπροσωπική επικοινωνία με νοσηλεύτριες, ασθενείς ή συγγενείς ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε επίσης μια κλίμακα προσώπου για την εκτίμηση της δι-

άθεσης των ασθενών. Η κλίμακα προσώπου που αναπτύχθηκε από τους Lorish & Maisiak, (1986) απεικονίζει 20 διαφορετικές διαθέσεις με φθίνουσα σειρά (1-η πιο χαρούμενη διάθεση και 20-η πιο λυπημένη). Η παρατηρήτρια κατέγραφε κάθε αλλαγή διάθεσης για κάθε ασθενή σύμφωνα με τις απεικονίσεις της κλίμακας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από κάθε επαφή νοση-λευτή-ασθενούς. Αυτή ήταν μια προσπάθεια να καταγραφεί πώς ένας ασθενής βιώνει τη διαδικασία φροντίδας. Η διάρκεια της παρατήρησης για κάθε ασθενή διήρκεσε μία ημέρα και συνολικά η διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκεσε 91 ώρες, τον Ιούνιο του 2019. Δεν χρησιμοποιήθηκε ηχητική ή οπτική εγγραφή για τη συλλογή δεδομένων.

Ακολουθήθηκε μια επαγωγική διαδικασία ανάλυσης περιεχομένου (Glaser & Strauss, 1967), οπότε όταν δεν εμφανίζονταν πλέον νέοι κώδικες ή θέματα, η συλλογή δεδομένων θεωρούνταν ολοκληρωμένη. Δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας (Μ.Ε., Ε.Π.) έχουν διαβάσει πολλές φορές τις σημειώσεις πεδίου, έχουν εντοπίσει και συνοψίσει τις εννοιολογικές ενότητες, τους κώδικες και κατηγοριοποίησαν τα θέματα που αναδύθηκαν από τα δεδομένα. Οι σημειώσεις πεδίου κατηγοριοποιήθηκαν εννοιολογικά και ακολουθήθηκε θεματική ανάλυση ανά άξονα ενδιαφέροντος, με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Συνολικά εντοπίστηκαν 26 κωδικοί και ταξινομήθηκαν σε 15 κατηγορίες, οι οποίες με τη σειρά τους ταξινομήθηκαν σε τέσσερα θέματα. Δεν χρησιμοποιήθηκε κάποιο λογισμικό κατά την ανάλυση δεδομένων του δεύτερου σταδίου. Πριν από την κύρια μελέτη διεξήχθη μια πιλοτική μελέτη, η οποία διήρκεσε μία εβδομάδα και έγινε για την εξοικείωση της παρατηρήτριας με το περιβάλλον και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων (Cohen, 2007). Δεν έχουν καταγραφεί αλλαγές από την πιλοτική μελέτη.

Τα ερωτηματολόγια και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τελικού σταδίου ενημερώθηκαν από τα ευρήματα των προηγούμενων σταδίων. Τα ευρήματα αυτά εισήχθησαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις νοσηλευτικές παραλείψεις, τις συμπεριφορές φροντίδας, την ηθική της φροντίδας και τις τεχνικές επικοινωνίας, καθώς σύμφωνα με τη μελέτη παρατήρησης αυτοί ήταν οι τομείς που στερούνται οι νοσηλεύτριες κατά τη νοσηλευτική πρακτική. Οι συμπεριφορές που δεν συμμορφώνονται με τις ηθικές κατευθυντήριες γραμμές που παρατηρήθηκαν στο δεύτερο στάδιο θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν από το χαμηλό επίπεδο γνώσης και τις μη θετικές στάσεις που περιεγράφηκαν στο πρώτο στάδιο.

### Στάδιο 3-Μελέτη παρέμβασης

Σε αυτό το στάδιο, πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης μεταξύ 68 κλινικών νοσηλευτών που προσφέρθηκαν εθελοντικά να συμμετάσχουν. Τα κριτήρια ένταξης ήταν τα ίδια με την περιγραφική μελέτη. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν οι νοσηλεύτριες/τριες να μην έχουν λάβει μέρος στο περιγραφικό στάδιο της μελέτης, καθώς αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως παρέμβαση. Η εκτίμηση του δείγματος βασίστηκε στην ανάλυση ισχύος (n=58) και στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με το μέγεθος του δείγματος για εκπαιδευτικά προγράμματα (Elvish et al., 2014, 2018; Surr et al., 2015). Ο λόγος της απόκλισης από το αρχικό υπολογισμένο δείγμα είναι το αυξημένο ενδιαφέρον που έδειξαν οι νοσηλεύτριες/τριες για το πρόγραμμα, η ενίσχυση των αποτελεσμάτων και σε περίπτωση ελλιπών δεδομένων. Μετά την ανακοίνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοση-

λευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ), οι νοσηλεύτριες/τριες δήλωσαν το ενδιαφέρον τους μέσω τηλεφώνου ή email και ενημερώθηκαν ότι θα χωριστούν τυχαία σε ομάδα ελέγχου ή ομάδα παρέμβασης. Η τυχαίοποίηση έγινε μέσω Excel και επιλέχθηκαν οι 33 μεγαλύτεροι αριθμοί για την ομάδα παρέμβασης. Το πρόγραμμα παρασχέθηκε και στην ομάδα ελέγχου, 3 μήνες μετά τη λήξη της μελέτης. Έγινε μία μέτρηση στην ομάδα ελέγχου (πριν από την εκπαίδευση) για σκοπούς σύγκρισης με την πρώτη μέτρηση της ομάδας παρέμβασης.

Σε αυτό το στάδιο, τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση των ίδιων εργαλείων με την περιγραφική μελέτη. Και τα δύο εργαλεία δόθηκαν τρεις φορές (την ημέρα της παρέμβασης λίγο πριν την έναρξη του προγράμματος-T1, αμέσως μετά τον τερματισμό του προγράμματος-T2 και 3 μήνες μετά την υλοποίηση του προγράμματος-T3). Στην πρώτη και δεύτερη μέτρηση τα δύο εργαλεία διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες πρόσωπο με πρόσωπο. Στην τρίτη μέτρηση οι συμμετέχοντες επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια στους ερευνητές, μέσω email. Η συλλογή δεδομένων για το στάδιο 3 ξεκίνησε τον Μάιο του 2020 έως τον Αύγουστο του 2020. Τα ερωτηματολόγια των τριών μετρήσεων αντιστοιχίστηκαν σε ζεύγη για κάθε συμμετέχοντα και στη συνέχεια έχουν συγκριθεί και αναλυθεί, μέσω περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης.

### Ηθικά ζητήματα

Η έγκριση δεοντολογίας λήφθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (ΕΕΒΚ:2018.02.01), το Υπουργείο Υγείας και την Επιτροπή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων σύμφωνα με τον Εθνικό Νόμο. Επιπλέον, ο υπεύθυνος νοσηλευτών κάθε θαλάμου που συμμετείχε στη μελέτη παρείχε τη γραπτή συγκατάθεσή τους για συμμετοχή. Η πρώτη σελίδα των ερωτηματολογίων παρείχε όλες τις σχετικές πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη (στόχος της μελέτης, εθελοντική συμμετοχή, προστασία προσωπικών δεδομένων, στοιχεία επικοινωνίας του κύριου ερευνητή). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως συγκατάθεση συμμετοχής. Όλα τα ερωτηματολόγια παρέμειναν μέσα στο γραφείο του προϊστάμενου σφραγισμένα σε φακέλους, για να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον, διασφαλίστηκε η ανωνυμία καθώς τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρώθηκαν με τυχαία σειρά από το δείγμα, σε διαφορετικές βάρδιες.

Σε ό,τι αφορά τη μελέτη παρατήρησης, ο παρατηρητής ενημερώθηκε από τον υπεύθυνο κάθε τμήματος σε ποια αίθουσα φιλοξενούνται ασθενείς με άνοια. Στη συνέχεια, ο παρατηρητής ενημέρωσε τους συγγενείς για το σκοπό και τη φύση της έρευνας, έλαβε ενυπόγραφη συγκατάθεση εκ μέρους του ασθενούς για να συμμετάσχει στην έρευνα. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν επίσης, αλλά λόγω της γνωστικής εξασθένησης της νόσου θα μπορούσε να αμφισβητηθεί η συγκατάθεσή τους, επομένως η συγκατάθεση των συγγενών κρίνεται απαραίτητη. Γενικές πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη δόθηκαν σε όλους τους νοσηλεύτριες/τριες και πριν από την έναρξη κάθε παρατήρησης ο υπεύθυνος νοσηλευτής για το δωμάτιο του ασθενούς, που επρόκειτο να παρακολουθηθεί, ενημερωνόταν για τη φύση και το σκοπό της μελέτης.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Αποτελέσματα Σταδίου 1-Περιγραφικής μελέτης

Κατά τη διάρκεια της περιγραφικής μελέτης κλήθηκαν να συμ-

μετάσχουν 470 νοσηλεύτριες και 416 έλαβαν μέρος και πληρούσαν τα κριτήρια (178 άνδρες και 238 γυναίκες). Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 88,5%. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κυμαίνονταν σε ηλικία από 22 έως 60 ετών (SD=1,83) και η μέση ηλικία ήταν M=35,5. Οι περισσότεροι από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες, ήταν γυναίκες (n=238), εργαζόνταν ως εγγεγραμμένες Νοσηλεύτριες και είχαν εργασιακή εμπειρία άνω των 10 ετών. Όλοι/ες οι νοσηλεύτριες/τριες ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στη μελέτη. Η υψηλότερη βαθμολογία που βρέθηκε για το ερωτηματολόγιο γνώσεων είναι 21/21. Ο μέσος όρος στην παρούσα μελέτη ήταν 12,80 (ή 60%) που έδειξε χαμηλό έως μέτριο επίπεδο γνώσεων. Η μέγιστη τιμή του ερωτηματολογίου στάσεων είναι 140 και ο μέσος όρος σε αυτή τη μελέτη ήταν 99,06 (ή 70%), γεγονός που έδειξε μια μέτρια έως θετική στάση απέναντι στα άτομα με άνοια από τους νοσηλεύτριες. Ανιχνεύθηκε ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ). Αυτό το γεγονός δείχνει ότι εάν αυξηθεί η γνώση, θα αυξηθούν ελαφρώς και οι θετικές στάσεις. Ο Πίνακας 1 δείχνει τα αποτελέσματα του πρώτου σταδίου.

**Πίνακας 1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με άνοια; (n=416)**

|  | Mean  | Std. Dev | Pearson Correlation | Sig. (2-tailed) |
|--|-------|----------|---------------------|-----------------|
| Γνώσεις (0-21)<br>N=416                                      | 12.80 | 3.62     | .37**               | .00             |
| Στάσεις (0-140)<br>N=416                                     | 99.06 | 15.30    | .37**               | .00             |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). |       |          |                     |                 |

Οι ερωτήσεις με τις υψηλότερες σωστές βαθμολογίες για το ερωτηματολόγιο γνώσεων ήταν οι ερωτήσεις 1 (86,5%) και 13 (81,3%). Η ερώτηση 1 διερευνούσε εάν οι Νοσηλεύτριες/τριες, γνώριζαν, ότι η άνοια εμφανίζεται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο. Η ερώτηση 13 εξετάζει εάν οι Νοσηλεύτριες/τριες, γνώριζαν ότι τα άτομα με άνοια, μπορεί να εκδηλώσουν συμπεριφορές που δεν είχαν προηγουμένως παρουσιάσει και η υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει ότι το γνώριζαν. Η ερώτηση με τη χαμηλότερη βαθμολογία είναι η ερώτηση 12 (88% απάντησε λανθασμένα), η οποία διερευνά εάν οι ξαφνικές εκδηλώσεις σύγχυσης είναι χαρακτηριστικό της άνοιας και δείχνει ότι οι περισσότεροι Νοσηλεύτριες/τριες, δεν απάντησαν σωστά. Η επόμενη ερώτηση με χαμηλή βαθμολογία είναι η ερώτηση 18 (60%) και δείχνει ότι οι νοσηλεύτριες/τριες θεωρούν ότι «είναι σημαντικό να διορθωθεί ένα άτομο με άνοια όταν είναι σε σύγχυση», ενώ η σωστή απάντηση είναι ότι δεν είναι σημαντικό.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο των στάσεων, οι ερωτήσεις στις οποίες οι νοσηλεύτριες/τριες σημείωσαν τις περισσότερες θετικές απαντήσεις είναι οι ερωτήσεις 7 (88,5%), 11 (88,2%) και 19 (87%). Το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι συμφωνούν με αυτές τις ερωτήσεις, δείχνει ότι διατηρούν θετική στάση απέναντι στα εξεταζόμενα στοιχεία αυτών των ερωτήσεων. Για παράδειγμα, η πλειοψηφία συμφωνεί ότι κάθε άτομο με άνοια έχει διαφορετικές ανάγκες (ερώτηση 7), ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει ότι η γνώση του παρελθόντος του ασθενούς με άνοια είναι σημαντική (ερώτηση 11). Επιπλέον, 9 στους 10 συμμετέχοντες, συμφώνησαν ότι μπορούμε να

κάνουμε πολλά για να βελτιώσουμε τη ζωή αυτών των ατόμων (ερώτηση 19). Οι ερωτήσεις που οι νοσηλεύτριες/τριες σημείωσαν «συμφωνώ» αλλά υποδηλώνουν την ύπαρξη αρνητικής στάσης είναι οι ερωτήσεις 8 (44,7%), 4 (37,2%) και 16 (33,3%). Στην ερώτηση 8, ένα ποσοστό 45% συμφώνησε ότι δεν είναι πολύ εξοικειωμένο με την άνοια. Περίπου 4 στους 10 Νοσηλεύτριες/τριες δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση όταν περιβάλλονται από άτομα με αναπηρία (ερώτηση 4), ενώ το ίδιο ποσοστό συμφωνεί ότι αισθάνεται άσχημα επειδή δεν ξέρουν πώς να βοηθήσουν ένα άτομο με άνοια (ερώτηση 16).

## Αποτελέσματα Στάδιο 2-Μελέτη Παρατήρησης

Συνολικά παρατηρήθηκαν 13 ασθενείς με διαγνωσμένη μορφή άνοιας, 8 γυναίκες και 5 άνδρες. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από το 80-87 έτη, ενώ όλοι είχαν διάγνωση άνοιας τελικού σταδίου. Δεν σημειώθηκε άρνηση ή απόσυρση από κάποιον συμμετέχοντα ή συγγενή του κατά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Ακολούθησε η θεματική ανάλυση, όπου αναδύθηκαν 4 θεματικές ενότητες και εντοπίστηκαν νοσηλευτικές παραλείψεις στους ακόλουθους τομείς: 1) ανικανοποίητες βασικές ανάγκες των ασθενών 2) σεβασμός της αξιοπρέπειας βάση του ορισμού των Gallagher et al., (2008), 3) επικοινωνία και 4) τεχνικές νοσηλευτικής φροντίδας.

### 1 α) Ανικανοποίητες Βασικές ανάγκες ασθενών

Αυτή η θεματική περιλαμβάνει όλες τις ζωτικές ανάγκες των ασθενών (οξυγόνο, φαγητό, ανάπαυση, ξεκούραση, ψυχολογικές ανάγκες). Αρχίζοντας από την αναπνοή, εντοπίστηκαν τρεις περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρειαζόταν οξυγόνο, αλλά η ρινική μάσκα ήταν στο μαξιλάρι ή στο πάτωμα, για περίπου μία ώρα. Όσον αφορά τη σίτιση, οι ασθενείς που έτρωγαν ζεστό φαγητό ήταν εκείνοι που είχαν στο πλάι τους οικογενειακό φροντιστή. Σε δύο περιπτώσεις οι νοσηλεύτριες/τριες ενθάρρυναν τον ασθενή να φάει μόνος του και όταν ο ασθενής ήταν κουρασμένος συνέχισαν αυτοί να τον ταΐζουν, ενώ μιλούσαν μαζί του. Σε πολλές περιπτώσεις στα κομοδίνα των ασθενών υπήρχαν βάζα με νερό, αλλά χωρίς ποτήρι. Σχετικά με την ασφάλεια και την ανάπαυση σε δύο περιπτώσεις οι ασθενείς κρύωναν από το ανοιχτό παράθυρο του δωματίου και σε τρεις άλλες περιπτώσεις ο ήλιος ήταν στα μάτια των ασθενών. Κάποια παραδείγματα ήταν:

“... στο πάτωμα υπάρχει μια ανοιχτή ρινική μάσκα οξυγόνου στα 2L” (ασθενής 5, γυναίκα 86 ετών).

“Στα κομοδίνα του ασθενούς υπάρχει ένα βάζο με νερό (δεν έχει ποτήρι)” (ασθενής 7, άνδρας 84 ετών).

### 1) β) Ψυχολογικές ανάγκες ασθενών

Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ουδέτερη κλίμακα προσώπου πριν αρχίσει η διαδικασία φροντίδας, αλλά μετά από παρέμβαση των νοσηλευτών, η κλίμακα προσώπου άλλαξε σε αρνητική. Σε δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε θετική αλλαγή, η μία ήταν όταν μια ασθενής ζητούσε νερό και της έδωσε μια νοσηλεύτρια και η άλλη ήταν όταν η ασθενής άκουσε την φωνή της κόρης της.

“Η ασθενής παρέμεινε σε εμβρυική στάση σε όλη τη διάρκεια φροντίδας και έβγαζε μια συνεχόμενη χαμηλόφωνη φωνή «αααααα» (κλίμακα νούμερο 15, πριν την έναρξη φροντίδας ήταν κλίμακα 10). Πάρα πολύ θλιμμένο βλέμμα, φρύδια αρκετά ανασχηματισμένα και κλίση προς το μέτωπο, οι ρυτίδες του μετώπου να είναι εμφανές πλέον, το στόμα της είχε έντονη κλίση προς τα κάτω.” (ασθενής 12, γυναίκα 83 ετών).

## 2) Σεβασμός της αξιοπρέπειας

Αυτό το θέμα χωρίστηκε σε υπό-κατηγορίες καθώς περιέχει πολλά θέματα. Για την ταξινόμηση των κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός και η περιγραφή της αξιοπρέπειας από τους Gallagher et al., (2008). Κύρια σημεία αυτής της θεματικής είναι το γεγονός ότι 11 από τους 13 ασθενείς δεν τους προσφέρθηκε η βασική καθαριότητα και 8 από τους 13 ασθενείς δεν είχαν ντυθεί αξιοπρεπώς (παρέμειναν χωρίς φανέλα ή φόρεσαν χειρουργική ρόμπα). Το δικαίωμα επιλογής δόθηκε σε έναν ασθενή, ο οποίος ρωτήθηκε εάν προτιμά σάι ή γάλα για πρωινό. Δύο από τους 13 ασθενείς ενημερώθηκαν για τις εξετάσεις που ακολουθούν και τρεις από τους 13 προφέρονται με τα ονόματά τους αντί για “γιαγιά”, “παππού”, “θείος” ή “θεία”. Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα παρατηρήσεων σχετικά με την αξιοπρέπεια:

“Φορά κίτρινη χειρουργική ρόμπα, είναι σκεπασμένος με το σεντόνι και φαίνεται να κοιμάται” (ασθενής 3, άνδρας 81 ετών).

“Θεέ πάρε τα φάρμακα σου” (ασθενής 11, άνδρας 87 ετών).

## 3) Επικοινωνία

Αυτή η θεματική περιλάμβανε λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Το ζήτημα της επικοινωνίας αποτελεί πρόκληση στην φροντίδα ασθενών με άνοια. Στα περισσότερα από τα περιστατικά που παρατηρήθηκαν εντοπίστηκαν ελλείψεις επικοινωνίας.

Νοσηλεύτρια στον ασθενή: “Ας ελέγξουμε την πίεση σας” βλέποντάς την στα μάτια και χαμογελώντας” (ασθενής 2, γυναίκα 85 ετών).

“Η νοσηλεύτρια δεν μίλησε στον ασθενή, αλλά έλιωσε τα φάρμακα και τα έβαλε στο στόμα της ασθενούς μαζί με νερό, μέσω μιας σύριγγας” (ασθενής 3, γυναίκα 84 ετών).

## 4) Τεχνικές Νοσηλευτικής φροντίδας

Αυτή η θεματική αναδύεται μέσα από την παρατήρηση του τρόπου

με τον οποίο οι νοσηλεύτές/τριες προχωρούν σε οποιαδή-

ποτε νοσηλευτική φροντίδα. Για καλύτερη διασαφήνιση διαιρέσαμε αυτό το τμήμα σε έξι υπό-κατηγορίες. Αυτές οι κατηγορίες περιλάμβαναν α) νοσηλευτικές διαδικασίες, που δεν έγιναν σύμφωνα με τα πρωτόκολλα, β) διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας, γ) διαχείριση φαρμάκων, δ) νοσηλευτική τεκμηρίωση και ε) ανάθεση εργασίας. Μερικά παραδείγματα ήταν:

“Το πακέτο αλλαγής πληγών και το τραύμα ανοίχτηκαν και ακολούθησε η αλλαγή πληγής στο κρεβάτι του ασθενούς, χωρίς τη χρήση άσηπτου τεχνικής “ (ασθενής 10, άνδρας 82 ετών).

“Η νοσηλεύτρια άφησε τα φάρμακα στο κομοδίνο και έφυγε από το δωμάτιο.” (ασθενής 8, γυναίκα 80 ετών).

## Αποτελέσματα Σταδίου 3-Μελέτη παρέμβασης

Στη μελέτη παρέμβασης συμμετείχαν συνολικά 68 νοσηλεύτές/τριες, εκ των οποίων οι 34 επιλέχθηκαν τυχαία για την ομάδα παρέμβασης και οι 34 για την ομάδα ελέγχου. Ένα ερωτηματολόγιο από την ομάδα ελέγχου ήταν ελλιπές, επομένως δεν συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση. Η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 23 γυναίκες (67,6%) και 11 άνδρες, με την πλειοψηφία να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-40 (41,2%), που εργάζονται ως εγγεγραμμένοι/ες νοσηλεύτές/τριες (82,4%) για περισσότερα από 10 χρόνια (52,9%). Η ομάδα ελέγχου αποτελείται από 21 γυναίκες (63,6%) και 12 άνδρες. Οι περισσότεροι από αυτούς (48,5%) ήταν ηλικίας 31-40 ετών και εργάζονταν ως εγγεγραμμένοι νοσηλεύτές/τριες (90,9%) για σχεδόν 10 χρόνια (57,6%). Ο Πίνακας 2 δείχνει τα αποτελέσματα του εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με το επίπεδο γνώσεων και στάσεων της ομάδας παρέμβασης, κατά τη διάρκεια των τριών μετρήσεων (T1: προηγούμενη παρέμβαση, T2: μετά την παρέμβαση, T3: τρεις

Πίνακας 2. Γνώσεις και στάσεις της ομάδας παρέμβασης κατά τους τρεις χρόνους μέτρησης- Σύγκριση με ομάδα ελέγχου

| Ομάδα Παρέμβασης (n=34) |        |       |        |       |        |       |         | Ομάδα Ελέγχου (n=33) |        |      |
|-------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|---------|----------------------|--------|------|
|                         | T1     |       | T2     |       | T3     |       | F       | Sig                  | Mean   | SD   |
|                         | Mean   | SD    | Mean   | SD    | Mean   | SD    |         |                      |        |      |
| Γνώσεις (0-21)          | 11.64  | 4.66  | 15.38  | 2.10  | 16.25  | 2.32  | 1468.36 | 0.000                | 13.39  | 2.52 |
| Στάσεις (0-140)         | 105.97 | 12.75 | 110.72 | 14.07 | 110.47 | 11.45 | 5918.51 | 0.000                | 103.06 | 8.82 |

\*p<0.01

μήνες μετά την παρέμβαση) και τη μέτρηση της ομάδας ελέγχου.

Όσον αφορά το επίπεδο γνώσης της ομάδας παρέμβασης κατά την πρώτη μέτρηση ήταν στο  $M=11,6$  (χαμηλό επίπεδο), κατά τη δεύτερη μέτρηση αυξήθηκε κατά 4 μονάδες και έφτασε στο  $M=15,3$ . Στην τελική μέτρηση, τρεις μήνες αργότερα, το επίπεδο γνώσης σημείωσε επιπλέον αύξηση κατά μία μονάδα και ανέβηκε στο  $M=16,2$  (μέτριο επίπεδο γνώσης). Η μέση βαθμολογία για την ομάδα ελέγχου ήταν  $M=13,9$ . Συγκρίνοντας το επίπεδο γνώσης της ομάδας παρέμβασης μετά την εκπαίδευση και της ομάδας ελέγχου υπάρχει διαφορά δύο βαθμών, γεγονός που δείχνει ότι η ομάδα παρέμβασης μετά την εφαρμογή της εκπαίδευσης ( $M=15,38$ ) είχε υψηλότερο επίπεδο γνώσεων από την ομάδα ελέγχου ( $M=13,39$ ). Η αρχική μέτρηση των στάσεων ήταν  $M=105,9$  (μέτρια), αμέσως μετά την παρέμβαση ήταν  $M=110,7$  (θετική) και τρεις μήνες μετά είχε αυξηθεί έως και  $M=110,4$  (θετική). Οι στάσεις παρέμειναν στο ίδιο βελτιωμένο επίπεδο τρεις μήνες μετά την εφαρμογή του προγράμματος κατάρτισης. Η μέση βαθμολογία για την ομάδα ελέγχου ήταν  $M=103,06$ . Συγκρίνοντας τις στάσεις της ομάδας παρέμβασης ( $M=110,79$ ) μετά την παρέμβαση με την ομάδα ελέγχου ( $M=103,03$ ) υπάρχει διαφορά 7 μονάδων. Όσον αφορά τις στάσεις, υπήρξε στατιστική σημαντικότητα ( $p=0.000$ ) σε δύο μετρήσεις (πριν και αμέσως μετά την παρέμβαση) και λαμβάνοντας υπόψη τη μεταβλητή της γνώσης εντοπίστηκε στατιστική σημασία και στις τρεις μετρήσεις.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

Αρκετά ενδιαφέρον φαίνεται να είναι η σύγκριση των μέσων όρων με τις υπόλοιπες περιγραφικές έρευνες στη βιβλιογραφία, από τις οποίες εντοπίστηκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο γνώσεων των Κυπρίων νοσηλευτών. Η παρούσα μελέτη παρουσίασε το χαμηλότερο σκορ στην βιβλιογραφία μέχρι σήμερα (12.8/21) ακόμη και μετά την εκπαίδευση των νοσηλευτών (15/21), σε σύγκριση με τις υπόλοιπες διεθνείς μελέτες με μέσους όρους της τάξεως 16/21 (Toye et al., 2014) και 16.5/21 (Robisson et al., 2014) χωρίς να γίνει κάποια παρέμβαση. Οι νοσηλευτές/τριες κατείχαν βασικές γνώσεις σχετικά με την φροντίδα ασθενών με άνοια, αλλά ελάχιστες γνώσεις για συγκεκριμένες τεχνικές, όπως αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, συμμετοχή ατόμων με άνοια σε δραστηριότητες και διαχείριση συμπεριφορικών χαρακτηριστικών λόγω της νόσου (Josefsson et al., 2008; Galvin et al., 2010; Marx et al., 2014). Ο χαμηλός μέσος όρος, τόσο στο περιγραφικό στάδιο, όσο και στην ομάδα παρέμβασης δείχνει τη χαμηλή θέση στην οποία βρίσκονται οι νοσηλευτές της Κύπρου σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες χώρες, αφού ακόμη και μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος ο μέσος όρος γνώσεων υστερούσε σημαντικά από τις υπόλοιπες έρευνες.

Κατά το περιγραφικό στάδιο οι στάσεις των νοσηλευτών φάνηκαν να ήταν μέτριες ( $M=99.06$ ) ενώ αμέσως μετά την παρέμβαση

ση βελτιώθηκαν σημαντικά ( $M=110.7$ ). Η αξιολογία αυτή διαφορά δείχνει την χρησιμότητα του προγράμματος, καθώς κατάφερε να επηρεάσει θετικά τις στάσεις των νοσηλευτών και να βελτιώσει τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την φροντίδα ασθενών με άνοια. Όσο αφορά τις υπόλοιπες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, οι μέσοι όροι που εντοπίστηκαν στις στάσεις ήταν 98/140 (O' Connor & Mcfadden, 2010), 103/140 (Scerri&Scerri, 2012), 110/140 (Kimzey et al., 2016). Αξιοσημείωτο όμως είναι το γεγονός ότι η μελέτη των Scerri& Scerri, (2012) απευθυνόταν σε φοιτητές νοσηλευτικής, αντί για κλινικούς νοσηλευτές/τριες. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ενώ σε άλλες χώρες όπου οι φοιτητές νοσηλευτικής δεν έχουν ακόμη τον ίδιο βαθμό τριβής με ασθενείς με άνοια όπως τους νοσηλευτές/τριες, έχουν παρόμοια στάση με τους Κυπρίους κλινικούς νοσηλευτές/τριες. Αν και οι Κύπριοι κλινικοί νοσηλευτές/τριες έδειξαν αρκετά βελτιωμένη στάση μετά την εφαρμογή του προγράμματος, στην έρευνα των Kimzey et al., (2016) είχαν σημειωθεί τα ίδια επίπεδα, χωρίς να προηγηθεί κάποια εκπαίδευση στους νοσηλευτές. Αυτή η σύγκριση υποδεικνύει την άμεση ανάγκη για ενίσχυση των στάσεων των νοσηλευτών, αφού ακόμη και μετά την εφαρμογή εκπαίδευσης οι στάσεις τους δεν φάνηκαν να υπερτερούν, αλλά να βρίσκονται ακριβώς στα ίδια επίπεδα με νοσηλευτές που δεν έτυχαν εκπαίδευσης.

Τα στοιχεία αυτά μας υποδηλώνουν την άμεση ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την προαγωγή των γνώσεων των Κυπρίων νοσηλευτών. Η ενίσχυση του υφιστάμενου προγράμματος σπουδών ή η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων απευθυνόμενα σε κλινικούς νοσηλευτές/τριες, αποτελούν λύση για την αύξηση γνώσεων και την εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης, όπου αφενός θα βελτιώνεται η ποιότητα φροντίδας και αφετέρου θα ενισχύσει το αίσθημα αυτοπεποίθησης μεταξύ των νοσηλευτών. Λαμβάνοντας υπόψη τη ραγδαία επιδημιολογική αύξηση της νόσου σε συνάρτηση με το αυξημένο ποσοστό νοσοκομειακών κλινών (<25%, Alzheimer Society, 2019), που καταλαμβάνουν ο ασθενείς με άνοια, οι νοσηλευτές χρήζουν εκπαίδευσης προκειμένου να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στο πολυδιάστατο φάσμα αναγκών αυτών των ασθενών. Εξάλλου η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην άνοια, έχει εντοπισθεί ως σημαντική ανάγκη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (2020), ο οποίος δημοσιεύει συστάσεις για την έναρξη προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Όσο αφορά τις παραλείψεις βασικής φροντίδας, υπάρχει πληθώρα αποδεικτικών στοιχείων ότι μπορούν να εξηγηθούν εν μέρει από την έλλειψη πόρων, ανθρώπινων ή υλικών καθώς και από οργανωτικούς παράγοντες (Papastavrou et al., 2014; Jones et al., 2015; Suhonen et al., 2018). Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών, αφού αν οι νοσηλευτές δεν έχουν τα απαραίτητα για να προχωρήσουν με την κατάλληλη διεργασία, την καθιστούν ανέφικτη. Η νοσηλευτική φροντίδα περικλείει μια ηθική προσέγγιση ως απάντηση στην ευαλωτότητα του ανθρώπου, προκειμένου να προωθήσει την αξιοπρέπεια του (Gastmans, 2013). Στην παρούσα μελέτη ο σεβασμός της αξιοπρέπειας των ασθενών με άνοια διέγειρε αρκετούς ηθικούς ενδοιασμούς, ιδιαίτερα κατά την νοσηλευτική φροντίδα. Η ερμηνεία της αξιοπρέπειας στην νοσηλευτική πρακτική απαιτεί την αναγνώριση της αξίας των ασθενών ως ανθρώπων και συνεπώς να αντιμετωπίζονται με σεβασμό προς αυτήν την αξία (Gallagher et al., 2008). Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει τις θετικές στάσεις με την διατήρηση αξι-

οπρέπειας των ασθενών (Gallagher et al., 2008; Crump, 2019; Gurdogan et al., 2017). Η ύπαρξη θετικών στάσεων προϋποθέτει για μια αξιοπρεπή φροντίδα, αφού ο νοσηλευτής είναι πρόθυμος και ανοιχτός στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή του. Επιπλέον, με την ύπαρξη της θετικής στάσης η επικοινωνία καθίσταται πιο εύκολη, αφού ο νοσηλευτής γνωρίζει τις όποιες επικοινωνιακές δυσκολίες του ασθενή και είναι προετοιμασμένος και γνωστικά εφοδιασμένος για την ανάπτυξη της (Avestan et al., 2019). Η στάση επηρεάζει την συμπεριφορά και την προσέγγιση φροντίδας (Baillie and Gallagher, 2012). Οι Naden et al., (2004) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που παρείχαν αξιοπρεπή φροντίδα, η στάση τους επηρεαζόταν από ηθικές αξίες όπως ο σεβασμός, η τιμιότητα και η ευθύνη, ενώ η Crump, (2019) πρόσθεσε κάποιους επιπλέον παράγοντες την εκπαίδευση, την εμπειρία, το πρόγραμμα σπουδών, τις υπηρεσίες, την υπεράσπιση, την ακρόαση, την παρουσία, τις σωματικές ανάγκες, την συναισθηματική υποστήριξη, τη συμπόνια, και τη μεταχείριση ως ανθρώπινο ον.

### Περιορισμοί της μελέτης

Για την υποστήριξη της μελέτης έχουν χρησιμοποιηθεί μελέτες δημοσιευμένες σε αγγλική ή ελληνική γλώσσα, ωστόσο έρευνες σε άλλες γλώσσες ή από διαφορετικά συναφή υπόβαθρα μπορεί να διαφέρουν ή να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα. Επίσης, η ποικιλία των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στις περιγραφικές και παρεμβατικές μελέτες και η ετερογένεια των μέτρων έκβασης μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα. Η εστίαση των μελετών βασίστηκε σε ερωτηματολόγια αυτό-ανα-φοράς, οπότε ένας πιο αντικειμενικός τρόπος συλλογής δεδομένων, πιθανόν να είχε διαφορετικά αποτελέσματα. Η διάρκεια των θετικών αποτελεσμάτων του παρεμβατικού σταδίου δεν μπορεί να εξακριβωθεί πέραν των τριών μηνών, εάν δεν επανα-ληφθεί άλλη μέτρηση.

Κατά την έρευνα παρατήρησης η έρευνα έχει διεξαχθεί μόνο σε τρία τμήματα ενός νοσοκομείου, παρόλα αυτά η νοσηλεία σε άλλα τμήματα μπορεί να διαφέρει. Η έρευνα παρατήρησης είχε διάρκεια ένα μήνα, ωστόσο δεν είναι γνωστό εάν σε αυτό το διάστημα ο αριθμός των νοσηλευτών ανά τμήμα είχε επηρεαστεί από άδειες, άδειες ασθενείας ή άδειες υπηρεσιακού σκοπού και το προσωπικό ήταν μειωμένο, οπότε το γεγονός αυτό μπορεί να επηρέασε την κανονική διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά το δεύτερο στάδιο το δείγμα αποτελείται από ασθενείς με άνοια στο τελικό στάδιο της νόσου, όμως η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με άνοια πρώιμου σταδίου μπορεί να διαφέρει. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πρέπει να ερμηνεύονται στη βάση αυτών των περιορισμών.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

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

φροντίδας. Η εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος έφερε ευεργετικά αποτελέσματα, αφού όπως φάνηκε βελτιώθηκε το επίπεδο γνώσεων και οι στάσεις των νοσηλευτών.

Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη εκπαίδευσης του υφιστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού για την άνοια, εξού και τα αποτελέσματα έχουν υποβληθεί στις Νοσηλευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. Γενικότερα, η εκπαίδευση φάνηκε να βελτιώνει τις δεξιότητες διαχείρισης, τις τεχνικές επικοινωνίας, ενώ παράλληλα βοηθά στην εξάλειψη αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν οι νοσηλευτές (Εννιρίδου et al., 2018). Εντούτοις, η εκπαίδευση δεν φάνηκε να επηρεάζει τις εδραιωμένες στάσεις των νοσηλευτών, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Η χαμηλή συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων, που βρέθηκε στη μελέτη, υπογραμμίζει τον εντοπισμό άλλων παραγόντων που μπορεί να διαμορφώνουν μια στάση, προκειμένου να γίνει η απαραίτητη αναδιαμόρφωση.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alzheimer Association. 2019. Alzheimer Disease facts and figures. Available at: <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf> (accessed 31st January 2020).
2. Alzheimer Society. Counting the cost. 2019. [https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/787/counting\\_the\\_cost.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/787/counting_the_cost.pdf). Accessed 4th February 2020.
3. Alzheimer Disease International., Dementia statistics. 2015. <https://www.alz.co.uk/research/statistics> (2015, accessed 8 April 2019)
4. Avestan Z, Pakpour V, Rahmani A, Mohammadian R, So-heili A. 2019. The Correlation between Respecting the Dignity of Cancer Patients and the Quality of Nurse-Patient Communication. *Indian J Palliat Care*,25(2),190–196. doi:10.4103/IJPC.IJPC\_46\_18
5. Baillie L., & Gallagher A. 2012. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*, 27(5), 44–49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.5.44.c9333>
6. O'Connor M, McFadden S. Development and Psychometric Validation of Dementia Attitude Scale. *Int J of Alzheimer Disease*.2010.doi: 10.4061/2010/454218.
7. Robinson A, Eccleston C, Annear M, Elliott K.E, Andrews S, Stirling C, Ashby M, Donohue C, Banks S, Toye C. &McInerney F. Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of Palliative Care*.2014;30(3):158–165.
8. Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia- a questionnaire survey. *Nurse Education Today*.2012;33(9):962-8.
9. Bernard H.R. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches. Lanham, MD: AltaMira Press.2011.
10. Creswell J, Vicki L, Plano C. Designing and conducting mixed method research. Los Angeles: SAGE Publications. 2011.

11. Galvin J.E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M. &McGillick J. "Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*.2010;24(4):372–379.
12. Josefsson K, Sonde L, Wahlin R. 2008. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*.Volume 45, Issue 3. 428-441.
13. Kimzey M, Matel-Smith B, Alfred D. The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. *Nurse Education Today*.2016;46:57-63.
14. Marx K.A, Stanley I.H, Van Haitsma K, Moody J, Alonzi D, Hansen B.R &Gittlin L.N. 2014. Knowing versus doing: Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*,40(12),26–34.
15. Barrett J.J., Haley W.E., Harrell L.E. & Powers R.E. 1997. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*,11(2),99–106.
16. Bryans M, Keady J, Turner S, Wilcock J, Downs M &Lliffe S. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*.2003;12(17):1029–1037.
17. Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Graham P, Pilling M, Gregory J, Roach P, Fossey J. & Keady J. 2014. 'Getting to know me': the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*,18(4),481–488.
18. Dementia Action Alliance. 2019. Dementia Action Alliance Annual Report 2017/18. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports> (assessed 10th January 2020)
19. Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Pilling M, Gregory J, Keady J. 2018. 'Getting to Know Me': The second phase roll-out of a staff training programme for supporting people with dementia in general hospitals. *Dementia (London)*, 17(1),96-109. doi: 10.1177/1471301216634926.
20. Evripidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou E.2018. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: systematic literature review. *Perspectiv Psychiatr Care*, 55,48-60.
21. Einang Alnes R, Kirkevold M. &Skovdahl K. Insights gained through MarteMeo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing*.2011;6(2):123–132.
22. Galvin J.E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M & McGillick J. 2010. "Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*,24(4),372–379.
23. Marx K.A, Stanley I.H, Van Haitsma K, Moody J, Alonzi D, Hansen B.R &Gittlin L.N. 2014. Knowing versus doing: Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*,40(12),26–34.
24. Naden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q*. 2004 Jan;17(1):86-91. doi: 10.1177/0894318403260652. PMID: 14752958.
25. Gallagher A., L S., Wainwright P., Jones I. R., & Lee D. 2008. Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, 7, 11. [http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health2.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf) (2015, accessed 9 April 2019)
26. Toye C, Lester L, Popescu A, McInerney F, Andrews S, Robinson A., *Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff*.*Dementia (London)*.2014;13(2):248-56.
27. WHO. 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=A1085B29DF17B873EC5089B29B644730?sequence=1> (2017, accessed 1 March 2019)
28. McCaffrey R, Tappen R.M, Lichtstein D.M. &Friedland M. Interprofessional education in community-based Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *Journal of Interprofessional Care*.2013;27(6):1356–1820.
29. Kang Y., Moyle W., & Venturato L. 2011. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 143–152.
30. Surr C.A, Smith S.J, Crossland J. & Robins J. 2015. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: a repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*.53,144–151.
31. Palmer J.L, Lach H.W, McGillick J, Murphy-White M, Carroll M.B. & Armstrong J.L. 2014. The dementia friendly hospital initiative education program for acute care nurses and staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*,45(9),416–424.
32. Newbury, D.2001. Diaries and fieldnotes in the research process. *Research issues in art design and media*,1.
33. Lorish CD, Maisiak R. 1986. The Face Scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood.*Arthritis Rheum*,29,906-9.
34. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.
35. Cohen L, Manion L, & Morrison K. 2007. *Research methods in education*. London, Routledge.
36. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurses-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Manage*.2014;2(1):3-25.

37. Jones T, Yoder L. 2015. Dimensions of nurse work time: Progress in Instrumentation. *Nursing and Health Sciences*, 17, 323–330.
38. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hialtadottir I et al., 2018. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J NurStud*, 88, 25–42.
39. Gastmans C. 2013. Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20, 142–9.
40. Crump B. 2019. Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care. *Clin J Oncol Nurs*, 23 (3), E46–E51.
41. Fogg C, Griffiths P, Meredith P, Bridges J. 2018. Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26, 33(9), 1177–97.
42. Rambukwella R, Westbury LD, Pearse C, Ward KA, Cooper C, Dennison EM. 2023. Hospital admissions and mortality over 20 years in community-dwelling older people: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Aging Clin Exp Res*, 35 (11), 2751–2757a
43. Gurdogan EP, Kurt D, Aksoy B, Kinici E, Şen A. 2017. Nurses' perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity: A sample from Turkey. *Death Stud*, 41(3), 180–187.
- 44.