

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ  
Π.Μ.Σ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ: «ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ  
ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Α.Μ.:89

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2023

## Περίληψη

### **Εισαγωγή**

Διαταραχές στην προσοχή και αρκετές γνωστικές διεργασίες χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη οργανικής ψύχωσης, μιας σοβαρής νευροψυχιατρικής διαταραχής. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν αλλαγές στη διέγερση, από βαθιά υπνηλία που μιμείται μια κατάσταση σχεδόν κωματώδους έως αυξημένη εγρήγορση και οξεία διέγερση. Παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις και ακραίες εναλλαγές της διάθεσης είναι μερικά μόνο από τα δυσάρεστα συμπτώματα που μπορεί να συναντήσουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες.

### **Σκοπός**

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, ο πρωταρχικός στόχος αυτής της μελέτης είναι να μελετήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο στους εσωτερικούς ασθενείς, διερευνώντας: Ποιες είναι οι απόψεις των νοσηλευτών για την οργανική ψύχωση; Ποιες νοητικές εικόνες προκύπτουν όταν διαβάζουν αυτές τις λέξεις; Αυτές οι απεικονίσεις ακούγονται οικείες στους νοσηλευτές; Εάν ναι, πώς διαδίδονται οι πληροφορίες τους στο Κλινικό Τμήμα.

### **Υλικό και Μέθοδος**

Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική ερευνητική προσέγγιση με ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων το ερωτηματολόγιο. Για την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS v 26.0 και πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης, πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Bonferroni και πραγματοποιήθηκε τέλος ο μη παραμετρικός έλεγχος Friedman για την σύγκριση των μέσων τιμών των παραγόντων επιβάρυνσης. Στη μελέτη συμμετείχαν 143 νοσηλευτές.

### **Αποτελέσματα**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η πρώτη νοητική εικόνα των νοσηλευτών στο άκουσμα του όρου «οργανικό ψυχοσύνδρομο» ήταν εικόνα σύγχυσης, ακολουθούμενη από εικόνες άγχους, ψυχικής διαταραχής, ψευδαισθήσεων, παραλογισμού, παραλήρημα, επιθετικότητα, διέγερση, αποπροσανατολισμού, κατάθλιψη, φόβου, άνοιας, προβλήματα ύπνου και τρέλα.

### **Συμπεράσματα**

Η οργανική ψύχωση, σύμφωνα με όλους τους νοσηλευτές, αποτελεί μείζον πρόβλημα καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Επιπλέον, έχει σημαντική δυσμενή επίδραση στην ανάρρωση του ασθενούς. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και τα αγαπημένα πρόσωπα του ασθενούς αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις. Προκαλεί τρομερό άγχος στον πάσχοντα και στην οικογένεια.

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την πρόκληση των συγκεκριμένων εικόνων είναι η συναισθηματική φόρτιση - δυσφορία, παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, εξάρτηση από ουσίες και πολυφαρμακία, ο περιβάλλον χώρος και λοιμώδεις ασθένειες, ψυχολογικές διαταραχές, μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, μεταβολικές ασθένειες, διαταραχές αμνησίας και γενετικοί παράγοντες.

*Λέξεις κλειδιά:* οργανικό ψυχοσύνδρομο, εικόνες, αναπαραστάσεις, νοσηλευτές, παράγοντες

## Abstract

### ***Introduction***

Disturbances in attention and many well-known processes characterize the development of organic psychosis, a serious neuropsychiatric disorder. Patients often present with changes in arousal, from deep sleep mimicking a near-comatose state to increased alertness and acute agitation. Delusions, hallucinations, and extreme mood swings are just some of the unpleasant symptoms that people with mental illness can experience.

### ***Purpose***

In light of the above, the primary aim of this study is to explore nurses' perceptions of organic psychosis in inpatients by exploring: What nurses' views of mental psychology are? What mental images arise when you read these words? These depicted sound familiar to nurses? If so, how is their information disseminated in the Clinical Department?

### ***Material and Method***

Quantitative research approach was used in this study with questionnaire data collection research tool. For the analysis, SPSS v 26.0 software was used and analysis of variance tests, multiple comparisons with the Bonferroni test and Friedman's non-parametric test were performed to compare the values of the burden factors. 143 nurses participated in the study.

### ***Results***

The findings of the present study showed that the first mental image of the nurses upon hearing the term "organic psychosyndrome" was the image of confusion, followed by images of anxiety, mental disorder, hallucinations, irrationality, delirium, aggression, agitation, disorientation, depression. , sleep problems and madness.

### ***Conclusions***

Organic psychosis, according to all nurses, is a major problem throughout hospitalization. In addition, it has a significant adverse effect on patient emergence. Both nurses and the patient's loved ones face significant challenges. It causes tremendous anxiety for the sufferer and their family.

Finally, it was found that the most important factors in causing the specific images are emotional loading - discomfort, diseases of the central nervous system, substance dependence and polypharmacy, the environment and infectious diseases, psychological disorders, reduced oxygen supply to the brain, metabolic diseases, amnesia disorders and genetic factors.

***Key words:*** organic psychosyndrome, images, representations, nurses, agents

## Πίνακας Περιεχομένων

|   |    |
|---|----|
| Περίληψη.....   | 2  |
| Abstract .....  | 4  |
| Πίνακας Περιεχομένων .....  | 6  |
| Ευχαριστίες.....  | 9  |
| Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Εισαγωγή.....   | 10 |
| Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Στόχος και σκοποί της εργασίας.....   | 13 |
| 2.1 Ερευνητικά ερωτήματα .....  | 13 |
| 2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας .....   | 14 |
| 2.3 Αναστοχασμός.....   | 14 |
| Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....  | 14 |
| 3.1 Το υπόβαθρο του θέματος .....   | 14 |
| 3.1.1. Η εμπειρία του οργανικού ψυχοσυνδρόμου .....   | 17 |
| 3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση .....  | 18 |
| 3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....  | 19 |
| 3.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τις παραισθήσεις σε ασθενείς με παραλήρημα.....   | 19 |
| 3.3.2 Προοπτικές για την εμπειρία του παραληρήματος και το φορτίο του: Κοινά θέματα μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών, των οικογενειών τους που φροντίζουν και των νοσοκόμων ..... | 20 |
| 3.3.3 Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με το παραλήρημα σε ηλικιωμένους: μια συγχρονική μελέτη.....  | 21 |
| 3.3.4 Εμπειρίες νοσηλευτών από τη διαχείριση γνωστικών προβλημάτων σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας: Μια ποιοτική μελέτη .....                                       | 22 |
| 3.3.5 Πώς διαχειρίζονται οι γιατροί και οι νοσηλευτές το παραλήρημα στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Μια ποιοτική μελέτη με χρήση ομάδων εστίασης.....                         | 23 |
| 3.4 Ερευνητικό κενό.....  | 25 |
| Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Σχεδιασμός της Έρευνας.....   | 25 |
| 4.1 Επιστημολογία.....  | 25 |
| 4.2 Μεθοδολογία.....  | 27 |
| 4.3 Δειγματοληπτική τεχνική .....   | 28 |
| 4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος .....   | 28 |
| 4.4.1 Περιγραφή του δείγματος.....  | 28 |
| 4.5 Περιγραφή του χώρου .....   | 29 |
| 4.6 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....   | 29 |
| 4.7 Ηθική της έρευνας.....  | 30 |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.8. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....   | 30        |
| Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Αποτελέσματα της έρευνας.....   | 31        |
| <i>Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....</i>   | <i>32</i> |
| <i>Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής και επάγγελμα.....</i>   | <i>33</i> |
| <i>Πίνακας 3: Έτη εργασίας και βάρδιες.....</i>   | <i>34</i> |
| <i>Πίνακας 4: Τμήμα Εργασίας.....</i>   | <i>35</i> |
| <i>Πίνακας 5: Ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, τα όνειρα και το θρήσκευμα ...</i>   | <i>36</i> |
| <i>Πίνακας 6: Συμπτώματα οργανικού ψυχοσύνδρομου.....</i>   | <i>37</i> |
| <i>Πίνακας 7: Ερωτήματα σχετικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο.....</i>  | <i>39</i> |
| <i>Γράφημα 1: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;.....</i>  | <i>40</i> |
| <i>Γράφημα 2: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς;.....</i>  | <i>41</i> |
| <i>Γράφημα 3: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;.....</i>  | <i>41</i> |
| <i>Γράφημα 4: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;.....</i>   | <i>42</i> |
| <i>Γράφημα 5: Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;.....</i>   | <i>42</i> |
| <i>Γράφημα 6: Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;.....</i>  | <i>43</i> |
| <i>Πίνακας 8: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των ερωτημάτων που αφορούν το οργανικό ψυχοσύνδρομο.....</i>   | <i>44</i> |
| <i>Πίνακας 9: Διαφορές μέσων τιμών δειγμάτων.....</i>   | <i>45</i> |
| <i>Γράφημα 7: Συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών.....</i>  | <i>46</i> |
| <i>Πίνακας 10: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;» ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσύνδρομου .....</i>                      | <i>47</i> |
| <i>Γράφημα 8: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς /Λέξη.....</i>   | <i>48</i> |
| <i>Πίνακας 11: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσύνδρομου .....</i> | <i>50</i> |
| <i>Γράφημα 9: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; /Λέξη.....</i>  | <i>51</i> |
| <i>Πίνακας 12: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσύνδρομου.....</i>    | <i>52</i> |
| <i>Γράφημα 10: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;/ Λέξη.....</i>   | <i>53</i> |

|  |            |
|--|------------|
| <i>Πίνακας 13: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;» ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσύνδρομου.....</i> | <i>54</i>  |
| <i>Γράφημα 11:Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς /Λέξη.....</i>   | <i>55</i>  |
| <i>Πίνακας 14: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου.....</i>                            | <i>56</i>  |
| <i>Γράφημα 12: Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;/ Λέξη</i>  | <i>57</i>  |
| <i>Πίνακας 15: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου.....</i>   | <i>58</i>  |
| <i>Γράφημα 13: Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια; / Λέξη.....</i>  | <i>59</i>  |
| <i>Πίνακας 16: Αιτία 1.....</i>  | <i>60</i>  |
| <i>Πίνακας 17: Αιτία 2.....</i>  | <i>61</i>  |
| <i>Πίνακας 18: Αιτία 3.....</i>  | <i>62</i>  |
| <i>Πίνακας 19 : Αιτία 4.....</i>   | <i>65</i>  |
| <i>Πίνακας 20: Αιτία 5.....</i>  | <i>65</i>  |
| <i>Πίνακας 21: Αιτία 6.....</i>  | <i>66</i>  |
| <i>Πίνακας 22: Αιτία 7.....</i>  | <i>67</i>  |
| <i>Πίνακας 23: Αιτία 8.....</i>  | <i>68</i>  |
| <i>Πίνακας 24 : Συγκεντρωτικός πίνακας αιτιών.....</i>   | <i>70</i>  |
| <i>Κεφάλαιο 6°: Συζήτηση.....</i>  | <i>71</i>  |
| <i>6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....</i>   | <i>71</i>  |
| <i>6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....</i>   | <i>78</i>  |
| <i>6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....</i>   | <i>79</i>  |
| <i>Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα.....</i>   | <i>80</i>  |
| <i>Λίστα παραπομπών.....</i>   | <i>82</i>  |
| <i>Παραρτήματα.....</i>  | <i>93</i>  |
| <i>Παράρτημα 1: Ερευνητικό πρωτόκολλο.....</i>   | <i>93</i>  |
| <i>Παράρτημα 2: Έγκριση πρωτοκόλλου.....</i>   | <i>99</i>  |
| <i>Παράρτημα 3: Έγκριση Άδειας Συλλογής Δεδομένων.....</i>   | <i>100</i> |
| <i>Παράρτημα 4: Έγκριση ΥΠΕ.....</i>   | <i>101</i> |
| <i>Παράρτημα 5: Έντυπο ενημέρωσης συμμετεχόντων.....</i>   | <i>102</i> |
| <i>Παράρτημα 5: Ερευνητικά εργαλεία.....</i>   | <i>109</i> |
| <i>Παράρτημα 6: Συντομογραφίες.....</i>  | <i>111</i> |



## Ευχαριστίες

Φτάνοντας στο τέλος αυτού του προγράμματος, και κάνοντας έναν απολογισμό για τα δύο αυτά χρόνια που πέρασαν, έχω να θυμηθώ όμορφες στιγμές. Έχω αποκομίσει γνώσεις και εμπειρίες, από ανθρώπους καταρτισμένους, με μεγάλο ζήλο γι' αυτό που κάνουν. Δασκάλους! Θέλω να ευχαριστήσω τον καθένα ξεχωριστά!

Το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας «Αναπαραστάσεις νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο νοσηλευομένων ασθενών» ήταν για μένα πρόκληση. Βγαλμένο μέσα από προσωπικές εμπειρίες 26 χρόνων εργασίας. Η ακέραιη συμπαράσταση της Κας Γκούβας συνέβαλε σημαντικά στην ολοκλήρωσή της, από την επιλογή του θέματος μέχρι το πέρας αυτής! Η βοήθειά της, οι συμβουλές της ήταν πολύτιμες!

Θέλω να ευχαριστήσω τον Κο Μαντζούκα και την Κα Δραγκιώτη, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής, για τη συμμετοχή τους και τις συμβουλές τους!

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου από το Γ. Νοσοκομείο «Χατζηκώστα» Ιωαννίνων για την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνά μου!

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, που με στήριξε και με βοήθησε ώστε να τηρηθούν οι ισορροπίες, κατά τη διάρκεια υλοποίησης αυτού του προγράμματος!

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εισαγωγή

Η ετυμολογία του όρου «delirium» μπορεί να αναχθεί στη λατινική του ρίζα, delirare, η οποία υποδηλώνει μια απομάκρυνση από μια γραμμική διαδρομή ή μια κατάσταση διανοητικής διαταραχής. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι μια έντονη νευροψυχιατρική ασθένεια που διακρίνεται από την ξαφνική εμφάνιση διαταραχών στην προσοχή και σε αρκετές γνωστικές λειτουργίες. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν αλλαγές στη διέγερση, που κυμαίνονται από μειωμένη ανταπόκριση που μοιάζει με κατάσταση σχεδόν κώματος έως αυξημένη εγρήγορση και έντονη διέγερση (Wilson et al, 2020). Τα άτομα μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν πολύ δυσάρεστα συμπτώματα ψύχωσης, όπως αυταπάτες και παραισθήσεις, καθώς και αλλαγές στη διάθεση. Τα χαρακτηριστικά του οργανικό ψυχοσύνδρομο έχουν την τάση να ποικίλλουν τόσο σε εμφάνιση όσο και σε ένταση. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο συχνά συνδέεται με σημαντική ταλαιπωρία που βιώνουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές (Williams et al, 2020).

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να προκληθεί από διάφορους πιθανούς παράγοντες, όπως οξείες ιατρικές καταστάσεις, κατάχρηση ουσιών ή απόσυρση, καθώς και τραύμα ή χειρουργικές επεμβάσεις. Η πλειονότητα των αιτιών του παραληρήματος προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες του εγκεφάλου. Η διάρκεια του οργανικό ψυχοσύνδρομο παρουσιάζει μεταβλητότητα, καθώς η πλειονότητα των επεισοδίων τυπικά διαρκούν μερικές ημέρες. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα υποσύνολο ατόμων έχει επεισόδια που διαρκούν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, που κυμαίνονται από εβδομάδες έως μήνες, επηρεάζοντας περίπου το 20% του πληθυσμού (Pandharipande PP et al., 2013; American Psychiatric Association, 2013; Cole MG et al., 2015). Η έννοια του «υποσυνδρομικό οργανικό ψυχοσύνδρομο» έχει χρησιμοποιηθεί για τον χαρακτηρισμό ατόμων που παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα παραληρήματος αλλά δεν πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια για διάγνωση παραληρήματος (Oimet et al, 2007).

Σε όλη την ιστορία, έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές ετικέτες για να δηλώσουν μια ξαφνική, εκτεταμένη διαταραχή στη γνωστική λειτουργία που προκύπτει στο πλαίσιο μιας ιατρικής κατάστασης. Αυτές οι φράσεις περιλαμβάνουν εγκεφαλοπάθεια, οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια, οξεία κατάσταση σύγχυσης και οργανικό εγκεφαλικό

σύνδρομο. Η απουσία ομοιόμορφης ονοματολογίας είχε αρνητικό αντίκτυπο στην έρευνα, με αποτέλεσμα σχεδόν ολοκληρωτικό διαχωρισμό της βιβλιογραφίας για το οργανικό ψυχοσύνδρομο από εκείνη για την εγκεφαλοπάθεια. Αυτός ο διαχωρισμός παραμένει παρά την εμφανή επικάλυψη στα κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των δύο ασθενειών. Επιπλέον, ο τομέας της κλινικής επικοινωνίας και κωδικοποίησης έχει αρνητικές συνέπειες ως αποτέλεσμα της απουσίας κατάλληλης επισήμανσης για το οργανικό ψυχοσύνδρομο, γεγονός που οδηγεί τελικά σε σημαντική υποεκτίμηση του επιπολασμού του στα δεδομένα εξιτηρίων από το νοσοκομείο (Casey et al, 2019). Οι προαναφερθείσες ανησυχίες οδήγησαν στην ανάπτυξη μιας συναινετικής δήλωσης σχετικά με την ορολογία από μια ομάδα συνεργασίας από πολλούς κλάδους. Αυτή η δήλωση έχει λάβει έγκριση από 10 εξέχουσες επαγγελματικές οργανώσεις και έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει ορισμένα εμπόδια τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πρακτική που σχετίζονται με αυτές τις αλληλένδετες συνθήκες. Ο ισχυρισμός προτείνει τη χρήση ενός περιορισμένου λεξιλογίου που αποτελείται μόνο από δύο έννοιες, δηλαδή το οργανικό ψυχοσύνδρομο και την οξεία εγκεφαλοπάθεια. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο ορίζεται ως η κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έναν συνδυασμό χαρακτηριστικών που ορίζονται από τυπικά διαγνωστικά συστήματα, όπως το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Η οξεία εγκεφαλοπάθεια δεν θεωρείται κλινική ασθένεια, αλλά μάλλον είναι που χαρακτηρίζεται από γρήγορη έναρξη (συνήθως εμφανίζεται εντός ωρών έως λίγων ημερών) μιας ευρείας παθολογικής διαδικασίας. Αυτή η διαδικασία μπορεί να παρουσιαστεί ως οργανικό ψυχοσύνδρομο ή, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, ως κόμα όταν υπάρχει σημαντική μείωση του βαθμού συνειδητοποίησης. Η οξεία εγκεφαλοπάθεια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη νευρολογική πάθηση που χρησιμεύει ως η υποκείμενη αιτία του παραληρήματος. Ο όρος «διαταραχή παραληρήματος» προτάθηκε σε μια μελέτη για να συλλάβει τόσο την κλινική παρουσίαση του παραληρήματος όσο και τη σχετική εγκεφαλοπάθεια (Oldham & Holloway, 2020).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το οργανικό ψυχοσύνδρομο στο DSM-5 χαρακτηρίζονται από ένα ευρύ πεδίο, το οποίο μπορεί επίσης να περιλαμβάνει πολλές οξείες νευρολογικές διαταραχές. Λόγω αυτής της λογικής, οι έρευνες σχετικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο διεξάγονται συχνά σε άτομα με μη νευρολογικές παθήσεις, με τη δυνατότητα γενίκευσης αυτών των αποτελεσμάτων σε ασθενείς με πρωτογενή

εγκεφαλική βλάβη. Η πλειονότητα των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με οργανικό ψυχοσύνδρομο έχουν αντιμετωπίσει μια σειρά από προδιαθεσικούς και επιταχυνόμενους παράγοντες κινδύνου, καθιστώντας δύσκολη την απόδοση μιας μοναδικής αιτίας σε μια συγκεκριμένη περίπτωση οργανικό ψυχοσύνδρομο (Ely et al, 2001).

Αν και το οργανικό ψυχοσύνδρομο αναφέρθηκε στους ρωμαϊκούς χρόνους, δεν είχε λάβει ιδιαίτερη προσοχή μέχρι τις τελευταίες τρεις έως τέσσερις δεκαετίες. Παρά την αύξηση της χρηματοδότησης για την έρευνα για το οργανικό ψυχοσύνδρομο και τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης του κοινού για αυτή τη διαταραχή, εξακολουθεί να υστερεί σημαντικά σε σχέση με άλλα κρίσιμα ζητήματα δημόσιας υγείας (Khachaturian, et al., 2020).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), το οργανικό ψυχοσύνδρομο χαρακτηρίζεται από μια ξαφνική και μεταβλητή έκπτωση της προσοχής και της συνείδησης, που συνοδεύεται από γνωστική δυσλειτουργία. Χωρίζεται σε τρεις κλινικούς υποτύπους: υποδραστήριο, υπερκινητικό και μικτό οργανικό ψυχοσύνδρομο. Σύμφωνα με τους Gnerre et al. (2016), τα άτομα που βιώνουν υποδραστικό οργανικό ψυχοσύνδρομο εμφανίζουν συμπτώματα όπως λήθαργο, απάθεια και μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που πάσχουν από υπερκινητικό οργανικό ψυχοσύνδρομο εμφανίζουν συμπτώματα όπως διέγερση, ανησυχία και αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα (Gnerre et al., 2016). Εκτός από τις κλινικές υποομάδες, αξίζει να σημειωθεί ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί επίσης να εκδηλωθεί ως συννοσηρότητα σε συνδυασμό με άλλες καταστάσεις, όπως η άνοια (Morandi et al., 2017). Προκειμένου να τεθεί μια κλινική διάγνωση, είναι απαραίτητο να συλλεχθούν στοιχεία μέσω της διαδικασίας φυσικής εξέτασης και ανάλυσης εργαστηριακών δεδομένων. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται για να διαλευκάνει την υποκείμενη αιτία του παραληρήματος, η οποία θεωρείται ότι προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (Inouye et al., 2014).

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι μια κατάσταση με αρκετούς συνεισφέροντες παράγοντες που μπορεί να εκδηλωθεί σε άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων (Inouye et al., 2014). Ωστόσο, τα ηλικιωμένα άτομα που νοσηλεύονται έχουν αυξημένη ευπάθεια ως αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου τους (Boettger et al., 2020). Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, όσοι είναι 65 ετών και άνω ταξινομούνται γενικά ως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Ηνωμένα Έθνη, 2019).

Αν και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι ένα πρόβλημα που παρατηρείται συχνά στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Krewulak et al., 2018), είναι επίσης διαδεδομένο σε πτέρυγες οξείας περίθαλψης, με ποσοστά που κυμαίνονται από 11% έως 42% και αναμένεται να αυξηθούν λόγω της γήρανσης του πληθυσμού (Kukreja et al., 2015). Οι υπηρεσίες οξείας φροντίδας στοχεύουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας, με την αποτελεσματικότητά τους να εξαρτάται κυρίως από έγκαιρες και γρήγορες παρεμβάσεις (Hirshon et al., 2013). Ωστόσο, η παρουσία παραληρήματος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως εμποδίζει τη διαδικασία της ανάρρωσης. Συνδέεται ιδιαίτερα έντονα με κακά αποτελέσματα νοσηλείας, όπως υψηλότερη λειτουργική έκπτωση, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, αυξημένα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης και αυξημένος θάνατος (Gofton and Young, 2010). Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε ηλικιωμένα άτομα που εισάγονται σε μονάδες οξείας φροντίδας, με στόχο τη μείωση της εμφάνισης παραληρήματος και της διάρκειας κάθε επεισοδίου παραληρήματος

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Στόχος και σκοποί της εργασίας

Έχοντας υπόψη τα προηγούμενα, στόχος της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι να αναδείξει την εικόνα, συναισθήματα των νοσηλευτών κατά τη διαχείριση ασθενών με οργανικό ψυχοσύνδρομο. Σκοπός της μελέτης είναι η εξεύρεση συντελεστών, που παίζουν ρόλο στην αλλαγή των αναπαραστάσεων, τη διερεύνηση της προσέγγισης των νοσηλευτών σε ασθενείς με οργανοψυχωσικό σύνδρομο. Απώτερος σκοπός η βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και η βέλτιστη έκβαση της υγείας αυτών.

### 2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Έχοντας ως γνώμονα τα προαναφερθέντα, ως γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη των αναπαραστάσεων των νοσηλευτών σχετικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αναλυτικότερα, τα κύρια ερωτήματα που θα ερευνηθούν αφορούν τις παρακάτω διαστάσεις:

- Πώς ερμηνεύουν οι νοσηλευτές το οργανικό ψυχοσύνδρομο;
- Τι είδους εικόνες υπάρχουν πίσω από τις λέξεις;
- Είναι αυτές οι εικόνες κοινές για τους νοσηλευτές;

- Αν ναι, πώς διαχέεται το περιεχόμενο τους στο Κλινικό Τμήμα;

## 2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας

Μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων αναφορικά με τις αναπαραστάσεις των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και σε τοπικό καθώς όπως έχει υποστηριχθεί από τους Lim et al (2022), η συμμετοχή των νοσηλευτών στη θεραπεία του οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι μεγάλης σημασίας.

## 2.3 Αναστοχασμός

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος συνίσταται στο γεγονός ότι επιτελώ το επάγγελμα της νοσηλεύτριας και σε πολλές περιπτώσεις έχω έρθει σε επαφή με περιστατικά ασθενών οι οποίοι βιώνουν οργανικό ψυχοσύνδρομο οπότε και κρίθηκε σημαντικό να διαπιστώσω πως η κατάσταση αυτή του οργανικού ψυχοσυνδρόμου αναπαρίσταται και ερμηνεύεται από τους νοσηλευτές και πως το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων που προέρχονται από τις εικόνες και τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου, διαχέονται στο κλινικό τμήμα και ωθούν την επιτέλεση της νοσηλευτικής πρακτικής προς όφελος τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι μια νευροψυχιατρική πάθηση που διακρίνεται από τη διαταραχή της συνείδησης και τις αλλαγές στη γνωστική λειτουργία. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται συχνά γρήγορα, μερικές φορές μέσα σε διάστημα ωρών έως ημερών, και παρουσιάζουν διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας (American Psychiatric Association, 2013). Η συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 20% και 30% για όλους τους ασθενείς (Sharma et al., 2012; Mariz et al., 2013; McPherson et al., 2013). Για ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται μεταξύ 36% και 44% (Juliebo et al., 2009; Robinson et al., 2009). Στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), η συχνότητα παραληρήματος μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 32% και 87% (Ouimet et al., 2007; Vasilevskis et al., 2012; Wells,

2012). Το οργανικό ψυχοσύνδρομο έχει συσχετιστεί με παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, υψηλότερη συχνότητα επιλοκών, αυξημένη χρήση μηχανικού αερισμού, ηρεμιστικών και υπνωτικών, καθώς και με επίμονη έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας (Young et al., 2010· Morandi and Jackson, 2011· Serafim et al., 2012· Sharma et al., 2012· Vasilevskis et al., 2012· Arenson et al., 2013).

Η πρώτη φάση της θεραπείας του παραληρήματος περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την επακόλουθη εξάλειψη των μεταβλητών κινδύνου που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη του παραληρήματος, με στόχο την εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι προληπτικές θεραπείες μπορεί να μειώσουν την εμφάνιση παραληρήματος, καθώς και τη διάρκεια, την ένταση και τον αντίκτυπό του στις λειτουργικές ικανότητες. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτές οι παρεμβάσεις δεν φαίνεται να έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως αποδεικνύεται από έρευνα που διεξήχθη από τους Inouye et al. (1999), Milisen et al. (2005), Vidan et al. (2009) και Holt et al. (2013). Ως εκ τούτου, διεξάγεται συνεχής έρευνα για τον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με το οργανικό ψυχοσύνδρομο, όπως φαίνεται από μελέτες που διεξήχθησαν από τους Serafim et al. (2012), Sharma et al. (2012), Arenson et al. (2013) και Guenther et al. (2013). Οι παράγοντες κινδύνου που συχνά συνδέονται με τους ασθενείς συνδέονται συνήθως με εσωτερικές και σχετιζόμενες με την ασθένεια μεταβλητές. Ωστόσο, στο νοσοκομειακό περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ο επιπολασμός του παραληρήματος επηρεάζεται σημαντικά από διάφορες περιβαλλοντικές και κλινικές μεταβλητές. Διαταραχές ύπνου και στέρηση (Young et al., 2010; Morandi and Jackson, 2011; Fan et al., 2012; Vasilevskis et al., 2012), υπερβολικός θόρυβος από διάφορους εξοπλισμούς και ιατρικές διαδικασίες, και ο συνεχής φωτισμός που διαταράσσει την αντίληψη του χρόνου (Fan et al., 2012) είναι όλα παραδείγματα περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι κλινικοί παράγοντες που έχουν αναγνωριστεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη παραληρήματος περιλαμβάνουν τη χορήγηση φαρμάκων και συχνή θεραπεία, τη χρήση ταινιών συγκράτησης και τις διαδικασίες που εμπλέκονται στην εφαρμογή τεχνητού αερισμού και διασωλήνωσης, που μπορεί να οδηγήσει σε ακινησία (Van Rompaey et al., 2009· Morandi και Jackson, 2011· Fan et al., 2012· McPherson et al., 2013). Οι νοσηλευτές, ιδιαίτερα εκείνοι που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αναλαμβάνουν την αποκλειστική ευθύνη για τη φροντίδα των ασθενών και διαθέτουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν έγκαιρα τους παράγοντες

κινδύνου που σχετίζονται με το οργανικό ψυχοσύνδρομο. Κατά συνέπεια, η συμβολή τους στην πρόληψη του παραληρήματος είναι σημαντική. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκτέλεσης πολλών μορφών παρεμβατικής φροντίδας, που αναγνωρίζονται ως σημαντικοί συντελεστές στην ανάπτυξη παραληρήματος. Ως εκ τούτου, η απουσία επαρκούς κλινικής εμπειρίας ή ο υπερβολικά απαιτητικός φόρτος εργασίας στα νοσηλευτικά καθήκοντα αναμένεται να χρησιμεύσει ως σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη παραληρήματος. Ωστόσο, υπάρχει σπανιότητα έρευνας που έχει προσπαθήσει να προσδιορίσει επακριβώς αυτές τις μεταβλητές κινδύνου και να αποσαφηνίσει τη διακριτή επίδρασή τους στην εκδήλωση παραληρήματος. Η εφαρμογή ενός συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (EMR) στη Νότια Κορέα έχει διευκολύνει τη συσσώρευση σημαντικών δεδομένων, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διάφορους και σημαντικούς σκοπούς. Τα δεδομένα ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (EMR) είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών που περιλαμβάνει διάφορα χαρακτηριστικά, όπως προσωπικές, περιβαλλοντικές, κλινικές και σχετιζόμενες με το ιατρικό προσωπικό πτυχές του ασθενούς που σχετίζονται με την ανάπτυξη παραληρήματος στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Ως εκ τούτου, ο εντοπισμός των συγκεκριμένων νοσηλευτικών μεταβλητών που οδηγούν στην εμφάνιση παραληρήματος, μέσω της χρήσης τέτοιων δεδομένων, πιθανότατα θα βοηθούσε στη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι εμπειρίες των ατόμων περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της ευαισθησίας των ασθενών στο οργανικό ψυχοσύνδρομο, την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης, τον εντοπισμό των συμπτωμάτων του παραληρήματος και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας για να βοηθήσει στην ανάρρωση των ασθενών (Faught, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη την πολύπλευρη συμμετοχή των νοσηλευτών στη θεραπεία του οργανικού ψυχοσυνδρόμου, έχει κριθεί σημαντικό να διεξαχθεί μια ολοκληρωμένη έρευνα για τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα για το οργανικό ψυχοσύνδρομο. Μια τέτοια έρευνα έχει τη δυνατότητα να αποφέρει βελτιωμένα αποτελέσματα για τον ασθενή. Επιπλέον, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν άμεσες ενδείξεις αναφορικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο κατά την παροχή φροντίδας στον ασθενή. Σύμφωνα με προηγούμενες επιστημονικές εργασίες, η παροχή φροντίδας σε άτομα που βιώνουν οργανικό ψυχοσύνδρομο έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί δυσφορία μεταξύ των φροντιστών (Bélanger and Ducharme, 2011; Martins et al., 2018; Mc Donnell and Timmins, 2012). Κατά συνέπεια, η εξέταση των εμπειριών των νοσηλευτών μπορεί να



προσφέρει πολύτιμες γνώσεις για την ενίσχυση της παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από οργανικό ψυχοσύνδρομο.

### 3.1.1. Η εμπειρία του οργανικού ψυχοσυνδρόμου

Στην έρευνά τους οι Schmitt et al (2019) ανέλυσαν το βάρος του οργανικού ψυχοσυνδρόμου σύμφωνα με τις εμπειρίες των ασθενών, της οικογένειας ή φροντιστών και των νοσηλευτών. Από την έρευνά των Schmitt et al (2019) καταδείχθηκε ότι υπάρχει σπανιότητα μελετών σχετικά με την επιβάρυνση που βιώνουν οι νοσηλευτές στο πλαίσιο του παραληρήματος των ασθενών. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν σταθερά ότι βιώνουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες, υπερβολικό φόρτο εργασίας και αισθήματα επιβάρυνσης. Αυτοί οι παράγοντες έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με κόπωση, αγωνία, χρονικούς περιορισμούς και μειωμένη δύναμη λήψης αποφάσεων (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef, & Maes, 2011). Σύμφωνα με μια ποιοτική έρευνα που διεξήχθη από τους Judge et al. (2010), οι νοσηλευτές εξέφρασαν σημαντική υποκειμενική επιβάρυνση ενώ παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οργανικό ψυχοσύνδρομο. Αυτό το φορτίο αποδείχθηκε ότι συμβάλλει στο συναισθηματικό στρες και την καταπόνηση που βιώνουν οι νοσηλευτές. Η αυξημένη αίσθηση επιβάρυνσης έχει αποδοθεί στα αβέβαια χαρακτηριστικά του παραληρήματος, τις ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια, την ασάφεια σχετικά με τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών, τον αυξημένο φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις που προκύπτουν από την εξισορρόπηση της φροντίδας για ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο και την απογοήτευση που προκύπτει από την ανεπαρκή κατανόηση της βέλτιστης πρακτικής μεθοδολογίας. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από τους Mc Donnell και Timmins (2012), οι νοσηλευτές είχαν αυξημένο επίπεδο καταπόνησης ενώ παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με υπερκινητικό οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τους Breitbart et al. (2002), ανακαλύφθηκε ότι η ένταση του παραληρήματος και η εμφάνιση αντιληπτικών προβλημάτων ήταν ουσιαστικοί δείκτες δυσφορίας που βιώνουν τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς. Το φορτίο των νοσηλευτών επιδεινώνεται περαιτέρω από τις ανησυχίες για την προσωπική ασφάλεια, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και τις εσωτερικές εντάσεις (Bélanger & Ducharme, 2011).

Οι νοσηλευτές έχουν δείξει ανεπάρκεια στην κατανόηση της αιτιολογίας του παραληρήματος, καθώς και ανικανότητα να διαφοροποιήσουν το οργανικό ψυχοσύνδρομο από πολλές άλλες κλινικές ασθένειες, όπως η άνοια, η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές σύμφωνα με τους Rice et al., (2011) και Steis & Fick, (2008). Σύμφωνα με τους Stenwall et al (2007), οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην κατανόηση των αντιλήψεων των ασθενών με οργανικό ψυχοσύνδρομο, θεωρώντας τους ότι βρίσκονται σε μια άλλη πραγματικότητα που είναι πέρα από την αντίληψή τους. Η περίπλοκη φύση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου θέτει προκλήσεις στην κατανόηση των απαιτήσεων των ασθενών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα πόνου που βιώνουν τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς (Stenwall et al., 2007).

### 3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Προκειμένου να επιτευχθεί συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας καθορίστηκαν κριτήρια ένταξης για τα άρθρα, που είναι ιδιαίτερα σχετικά με τη διαδικασία αναζήτησης. Κατά συνέπεια, τα κριτήρια ένταξης είναι τα εξής:

- 1) Τα άρθρα πρέπει να έχουν δημοσιευτεί από το 2000 έως σήμερα.
- 2) Τα άρθρα θα πρέπει να περιέχουν άλλες έρευνες είτε ποιοτικές είτε ποσοτικές
- 3) Τα άρθρα μπορούν να είναι δημοσιευμένα είτε στα ελληνικά είτε στα αγγλικά
- 4) Τα άρθρα θα πρέπει να αφορούν το υπό εξέταση θέμα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου και των αναπαραστάσεων των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Ωστόσο, εξέχουσας σημασίας είναι να καθοριστούν κριτήρια αποκλεισμού.

- 1) Τα άρθρα δεν έπρεπε να είναι συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις ή μετααναλύσεις
- 2) Άρθρα που δεν ήταν στα ελληνικά ή στα αγγλικά αποκλείονταν.
- 3) Άρθρα που είναι δημοσιευμένα σε διάφορες βάσεις δεδομένων δεν θα λαμβάνονταν υπόψη παρά μόνο άρθρα που βρέθηκαν στις συγκεκριμένες βάσεις που ορίστηκαν και θα παρουσιαστούν παρακάτω.
- 4) Τέλος, τα άρθρα δε θα πρέπει να αφορούν το οργανικό ψυχοσύνδρομο ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προαναφερόμενα, η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων:

- (i) το PubMed και
- (ii) Το ResearchGate
- (iii) Το Elsevier

Στις προαναφερθείσες βάσεις δεδομένων, η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε θέτοντας διάφορες λέξεις κλειδιά όπως: οργανικό ψυχοσύνδρομο, ψύχωση, εγκεφαλικές διαταραχές, αναπαραστάσεις, νοσηλευτές, εμπειρία, φροντιστές, φάρμακα, αίτια, περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι συγκεκριμένες λέξεις αναζητήθηκαν και στην αγγλική γλώσσα εφόσον έχει τεθεί ως κριτήριο ένταξης των υπό εξέταση άρθρων. Έτσι οι αγγλικές λέξεις κλειδιά βάσει των οποίων έγινε η αναζήτηση των άρθρων είναι: organic psychosis, psychosis, brain disorders, representations, nurses, experience, caregivers, drugs, causes, environmental factors.

### 3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

#### 3.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τις παραισθήσεις σε ασθενείς με παραλήρημα

Σύμφωνα με τους Tachibana et al (2021) το οργανικό ψυχοσύνδρομο αναπτύσσεται μέσω μιας πολυπαραγοντικής διαδικασίας και περιλαμβάνει πολλαπλούς υποτύπους με διαφορετικούς παθολογικούς παράγοντες. Για να βελτιωθεί η θεραπεία και η φροντίδα για το οργανικό ψυχοσύνδρομο, απαιτείται μια πιο λεπτομερής εξέταση αυτών των υποτύπων. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν το οργανικό ψυχοσύνδρομο σε περιπτώσεις στις οποίες οι παραισθήσεις είναι εμφανείς. Συνολικά, καταγράφηκαν 602 περιπτώσεις παραληρήματος που παραπέμφθηκαν στο ψυχιατρικό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου μεταξύ Μαΐου 2015 και Αυγούστου 2020. Η Κλίμακα Αξιολόγησης Παραλήρημα-αναθεωρημένη-98 χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των αντιληπτικών διαταραχών και των παραισθήσεων σε ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για να προσδιοριστεί εάν μεμονωμένοι παράγοντες συσχετίστηκαν με τις παραισθήσεις. Συνολικά 156 ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο (25,9%) εμφάνισαν παραισθήσεις, με τις οπτικές παραισθήσεις να είναι ο πιο κοινός υπότυπος. Η κατανάλωση αλκοόλ ( $p < 0,0005$ ), η απόσυρση βενζοδιαζεπίνης ( $p = 0,004$ ) και η χρήση αναστολέων των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II ( $p = 0,007$ ) ή αγωνιστών των υποδοχέων ντοπαμίνης ( $p = 4$ ) συσχετίστηκαν σημαντικά με το 0,0% των ασθενών. . Οι τέσσερις παράγοντες που

ανιχνεύθηκαν σε αυτή τη μελέτη θα μπορούσαν όλοι να είναι αναστρέψιμοι παράγοντες που προέρχονται από τη χρήση ή την απόσυρση από εξωγενείς ουσίες.

3.3.2 Προοπτικές για την εμπειρία του παραλήρηματος και το φορτίο του: Κοινά θέματα μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών, των οικογενειών τους που φροντίζουν και των νοσοκόμων.

Αν και υπάρχουν ποιοτικές έρευνες που διερευνούν τις εμπειρίες ασθενών, οικογενειακών φροντιστών και νοσηλευτών σε σχέση με το παραλήρημα, υπάρχει έλλειψη γνώσης σχετικά με κοινά χαρακτηριστικά του φόρτου που σχετίζεται με το παραλήρημα σε αυτές τις τρεις ομάδες. Οι Schmitt et al. (2019) διεξήγαγαν μια μελέτη στην οποία διευκρίνισαν τις επικρατούσες επιβαρύνσεις που σχετίζονται με το παραλήρημα, όπως διαπιστώθηκε από ασθενείς, οικογενειακούς φροντιστές και νοσηλευτές.

Οι ερευνητές πραγματοποίησαν ημιδομημένες ποιοτικές συνεντεύξεις για να διερευνήσουν το βάρος του παραλήρημα. Οι συμμετέχοντες περιελάμβαναν 18 ασθενείς που είχαν υποστεί πρόσφατα επεισόδιο παραλήρημα, 16 οικογενειακούς φροντιστές και 15 νοσοκόμες που παρείχαν τακτικά φροντίδα σε ασθενείς με παραλήρημα. Οι εθελοντές επιλέχθηκαν από ένα εξέχον μητροπολιτικό εκπαιδευτικό νοσοκομείο που βρίσκεται στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης. Οι συνεντεύξεις μαγνητοσκοπήθηκαν και στη συνέχεια μεταγράφηκαν. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση δεδομένων σε αυτή τη μελέτη ήταν η ερμηνευτική περιγραφή.

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης αποκάλυψαν τρία διαδεδομένα θέματα που σχετίζονται με την επιβάρυνση που σχετίζεται με την εμπειρία του παραλήρημα. Αυτά τα θέματα περιλαμβάνουν την επιβάρυνση των συμπτωμάτων, τη συναισθηματική επιβάρυνση και την επιβάρυνση της κατάστασης. Η επιβάρυνση των συμπτωμάτων περιλαμβάνει διάφορα συμπτώματα όπως αποπροσανατολισμό, ψευδαισθήσεις/παραισθήσεις, εξασθενημένη επικοινωνία, προβλήματα μνήμης, αλλαγές προσωπικότητας και διαταραχές ύπνου. Η συναισθηματική επιβάρυνση περιλαμβάνει συναισθήματα θυμού/απογοήτευσης, συναισθηματικής δυσφορίας, φόβου, ενοχής και αδυναμίας. Η επιβάρυνση της κατάστασης περιλαμβάνει προκλήσεις που σχετίζονται με την απώλεια ελέγχου, την έλλειψη προσοχής, την έλλειψη γνώσης, την έλλειψη πόρων, ανησυχίες για την ασφάλεια, το απρόβλεπτο και την έλλειψη προετοιμασίας.

### 3.3.3 Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με το παραλήρημα σε ηλικιωμένους: μια συγχρονική μελέτη

Ο πρωταρχικός στόχος της έρευνας των Παραϊοαννου et al (2023) είναι να ενισχυθεί η κατανόηση της θεραπείας του οργανικού ψυχοσυνδρόμου μέσω της εξέτασης των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς σε νοσοκομειακούς θαλάμους οξείας φροντίδας. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη επεδίωξε να διερευνήσει τυχόν πιθανή συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Nurses Knowledge of Delirium Questionnaire (NKD) και το Attitude Tool of Delirium (ATOD), που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, στάλθηκαν σε συνολικά 835 νοσηλευτές που εργάζονται στα τέσσερα κύρια Δημόσια Νοσοκομεία της Δημοκρατίας. Τα εν λόγω όργανα σχεδιάστηκαν ειδικά για τμήματα που είχαν υψηλότερη επίπτωση παραληρήματος, με ποσοστό ανταπόκρισης 67%.

Κατόπιν της διεξαγωγής της έρευνας τα ευρήματα κατέδειξαν ότι γενικά, οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη κατανόηση της σοβαρής σύγχυσης/οργανικό ψυχοσύνδρομο. Το μέσο ποσοστό των ακριβών απαντήσεων ήταν 42,2%. Μόλις το 38% των συμμετεχόντων παρείχε μια ακριβή περιγραφή του παραληρήματος, ενώ το 41,6% προσδιόρισε σωστά τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση του οργανικό ψυχοσύνδρομο. Επιπλέον, το 42,5% των συμμετεχόντων απάντησε με ακρίβεια στα στοιχεία που συμβάλλουν στην ανάπτυξη παραληρήματος. Τα ευρήματα από το ερωτηματολόγιο στάσεων που χορηγήθηκε υποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρχουν ανεπαρκή επίπεδα υποστήριξης στις στάσεις απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με οργανικό ψυχοσύνδρομο. Διαπιστώθηκε θετική σχέση μεταξύ του βαθμού πληροφόρησης που κατείχαν οι νοσηλευτές και της στάσης τους. Το φύλο, η εκπαίδευση και ο χώρος εργασίας προσδιορίστηκαν ως οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την έκταση των γνώσεων και των στάσεων.

Από τη συγκεκριμένη έρευνα συνεπώς ήταν εφικτό να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έχουν επιπτώσεις σε ένα παγκόσμιο κοινό καθώς μπορεί να καθοδηγούν την ανάπτυξη και την προσαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των κενών γνώσης και των

λανθασμένων αντιλήψεων γύρω από ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο. Η δημιουργία ενός ισχυρού και αξιόπιστου εργαλείου για την αξιολόγηση των στάσεων θα συμβάλει στη συνεχή αναθεώρηση των στάσεων των νοσηλευτών. Επιπλέον, τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις και πρακτική αξία σε εθνική κλίμακα λόγω της απουσίας προϋπαρχόντων δεδομένων στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας, καθιστώντας την έρευνα αυτή την πρωτοποριακή προσπάθεια στο είδος της.

#### 3.3.4 Εμπειρίες νοσηλευτών από τη διαχείριση γνωστικών προβλημάτων σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας: Μια ποιοτική μελέτη

Σύμφωνα με τους Hanifa et al (2023) οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον εντοπισμό των συμπτωμάτων και στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων για τη γνωστική εξασθένηση τόσο σε ασθενείς που βιώνουν οργανικό ψυχοσύνδρομο όσο και σε ασθενείς που δεν βιώνουν οργανικό ψυχοσύνδρομο στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη σαφήνειας σχετικά με το εάν οι νοσηλευτές βλέπουν τη γνωστική εξασθένηση ως ξεχωριστό ζήτημα από το οργανικό ψυχοσύνδρομο. Με την απόκτηση εικόνας για τις απόψεις των νοσηλευτών, είναι δυνατό να διακριθούν οι παράγοντες που εμποδίζουν ή βοηθούν στην παροχή περίθαλψης σε ασθενείς με γνωστικές αναπηρίες στο πλαίσιο της εντατικής θεραπείας. Ο πρωταρχικός στόχος συνεπώς αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις εκθέσεις των νοσηλευτών από πρώτο χέρι σχετικά με τις γνωστικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε μια φαινομενολογική-ερμηνευτική προσέγγιση για την ανάλυση συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν με δείγμα 10 νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν κατά την περίοδο Μαρτίου έως Απριλίου 2022 και στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε ανάλυση χρησιμοποιώντας μια τεχνική ερμηνείας που επηρεάστηκε από τον Ricoeur.

Η μελέτη αποκάλυψε τρία διαφορετικά θέματα που σχετίζονται με τις εμπειρίες των νοσηλευτών σχετικά με γνωστικά ζητήματα. Αυτά τα θέματα περιλαμβάνουν: 1) την αντίληψη των γνωστικών διαταραχών και του οργανικό ψυχοσύνδρομο ως αλληλένδετα φαινόμενα, 2) την προσπάθεια να αποκαλυφθεί η ατομικότητα των ασθενών πέρα από την ιατρική τους κατάσταση και 3) οι προσπάθειες να δημιουργηθεί ένα αίσθημα οικειότητας και ρουτίνας μέσα σε μια ατμόσφαιρα που χαρακτηρίζεται από σύγχυση.

Κατόπιν της ανάλυσης, το συμπέρασμα που εξάχθηκε αφορούσε την αλληλένδετη φύση της γνωστικής εξασθένησης και του συνδρόμου παραληρήματος που απαιτούσε οι νοσηλευτές στη μονάδα εντατικής θεραπείας να κάνουν αξιολογήσεις και παρεμβάσεις που στοχεύουν γνωστικά ζητήματα με πρωταρχικό στόχο την αποφυγή της εμφάνισης παραληρήματος. Εκτός από την εφαρμογή του προ συμπτωματικού ελέγχου παραληρήματος, οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν τις πληροφορίες που παρείχε η οικογένεια για να αξιολογήσουν τη γνωστική κατάσταση των ασθενών. Η έρευνα αποκάλυψε μια νέα στρατηγική που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να αντιμετωπίσουν τη γνωστική λειτουργία των ασθενών, δηλαδή την πρακτική της «θωράκισης» των ασθενών από το ενοχλητικό και θορυβώδες περιβάλλον της μονάδας εντατικής θεραπείας.

Η χρήση αποτελεσματικών επικοινωνιακών προσεγγίσεων, σε συνδυασμό με την ενεργό οικογενειακή δέσμευση, έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει τους νοσηλευτές στον εντοπισμό των γνωστικών διαταραχών στους ασθενείς. Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου μιας σοβαρής ιατρικής κατάστασης, μπορεί να μην είναι θεραπευτικής σημασίας η διαφοροποίηση μεταξύ παραληρήματος και γνωστικών διαταραχών, καθώς η εφαρμογή των πρωτοκόλλων παραληρήματος ενδέχεται να προστατεύσει τη γνωστική λειτουργία των ασθενών.

Τέλος, οι Hanifa et al (2023) προτείνουν ότι περαιτέρω διερεύνηση της έννοιας της θωράκισης των νοσηλευτών μπορεί να προσφέρει νέες νοσηλευτικές στρατηγικές για τη διαχείριση γνωστικών ζητημάτων κατά το οργανικό ψυχοσύνδρομο.

### 3.3.5 Πώς διαχειρίζονται οι γιατροί και οι νοσηλευτές το παραλήρημα στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Μια ποιοτική μελέτη με χρήση ομάδων εστίασης

Οι στόχοι της μελέτης των Palacios-Ceña et al (2016) ήταν να εξετάσει και να αναλύσει τη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς με διάγνωση οργανικού ψυχοσυνδρόμου εντός της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), καθώς και για την αποσαφήνιση των διαδικασιών που εμπλέκονται στη διαχείριση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη σε πέντε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) που βρίσκονται μεταξύ τεσσάρων νοσοκομείων στη Μαδρίτη της Ισπανίας.

Χρησιμοποιήθηκε μια σκόπιμη τεχνική δειγματοληψίας κατά την οποία συμπεριλήφθηκαν άτομα που πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

(1) επαγγελματίες υγείας που ειδικεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), συγκεκριμένα γιατροί και νοσηλευτές,

(2) είχαν τουλάχιστον ένα έτος εμπειρίας εργασίας σε ΜΕΘ και

(3) κατοχή κλινικής εμπειρίας στον τομέα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Συνολικά 38 επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων 19 γιατρών και 19 νοσοκόμων, συμμετείχαν στη μελέτη. Μεταξύ αυτών, συμμετείχαν 22 γυναίκες και 16 άνδρες. Η μέση ηλικία του συνόλου του πληθυσμού ήταν τα 39 έτη.

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί διάφορες μεθοδολογίες για τη διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος. Αυτές οι μεθοδολογίες περιλαμβάνουν ποσοτική ανάλυση. Διενεργήθηκαν συνολικά επτά ομάδες εστίασης για τη συλλογή δεδομένων για τη μελέτη. Αυτές οι ομάδες κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες εστίασης νοσηλευτών, τρεις ομάδες εστίασης γιατρών και μία μεικτή ομάδα εστίασης. Κάθε ομάδα αποτελούνταν από 6 έως 10 άτομα. Χρησιμοποιήθηκε οδηγός αποτελούμενος από ημιδομημένες ερωτήσεις. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης.

Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν ότι η μελέτη αποκάλυψε τρία διαφορετικά θέματα: (1) την επαγγελματική άποψη για το οργανικό ψυχοσύνδρομο, (2) την εφαρμογή φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για το οργανικό ψυχοσύνδρομο και (3) τη δομή της εργασίας εντός της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βλέπουν συχνά ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο με μια αίσθηση ασάφειας, εκφράζοντας ανησυχίες για την πιθανότητα υποδιάγνωσης και ανεπαρκούς διαχείρισης αυτής της πάθησης. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των γιατρών όσον αφορά τις συνταγές φαρμακευτικών προϊόντων και τη λήψη αποφάσεων. Η επιλογή του φαρμάκου βασίστηκε σε προηγούμενη γνώση και τεχνογνωσία. Οι νοσηλευτές αντιλήφθηκαν ότι εντός της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), το οργανικό ψυχοσύνδρομο δεν είχε την αίσθηση του επείγοντος από έναν σημαντικό αριθμό γιατρών. Οι νοσηλευτές είχαν προκλήσεις στην εφαρμογή του λεκτικού ελέγχου, στην αντιμετώπιση προβλημάτων ύπνου και στη διευκόλυνση της πρώιμης κινητοποίησης. Η απουσία πρωτοκόλλου παραληρήματος προκαλεί διαφωνίες σχετικά με την κατάλληλη προσέγγιση στη διαχείριση της φροντίδας, ιδιαίτερα κατά τη νυχτερινή περίοδο. Υπάρχει μια παρουσία ομαδικής πίεσης που στη συνέχεια επηρεάζει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την παροχή φροντίδας στους ασθενείς.



Συνοπτικά, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο εμφανίζουν πολύπλοκα συμπτώματα που χρειάζονται τη χρήση εξειδικευμένων μεθόδων. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης συμβάλλουν στην ενίσχυση του πρωτοκόλλου φροντίδας για άτομα με διάγνωση οργανικού ψυχοσυνδρόμου.

### 3.4 Ερευνητικό κενό

Έχοντας λάβει τα παραπάνω υπόψη, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει απουσία ερευνητικών δεδομένων που να αφορούν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές το οργανικό ψυχοσύνδρομο τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε εθνικό. Καθώς η συμμετοχή των νοσηλευτών στη θεραπεία των ασθενών είναι εξέχουσας σημασίας είναι σημαντικό να διαπιστωθεί ποιες είναι οι αναπαραστάσεις των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών.

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Σχεδιασμός της Έρευνας

### 4.1 Επιστημολογία

Η έρευνα συνεπάγεται την έννοια της οντολογίας και της γνωσιολογίας. Η οντολογία ασχολείται πρωτίστως με τη μελέτη του φυσικού κόσμου. Η φύση της πραγματικότητας είναι μια θεμελιώδης πτυχή που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Η κύρια έμφαση δίνεται στα θεμελιώδη χαρακτηριστικά, τη γένεση και τα παρατηρήσιμα φαινόμενα. Η διερεύνηση της φύσης ενός πράγματος, που μερικές φορές αναφέρεται ως η ερώτηση «τι», συχνά οδηγεί σε μια εξερεύνηση της οντολογίας του σύμφωνα με τον Bryman (2012). Η οντολογία ασχολείται με τη θεμελιώδη ουσία της ύπαρξης. Η επαλήθευση αυτού του «είναι» δεν είναι εγγενώς εγγυημένη, αν και οι επιστήμονες συχνά καταβάλλουν προσπάθειες για να το κάνουν. Η αναγνώριση ενός γεγονότος ή ενός συμβάντος ως αληθινού μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση των αισθήσεων κάποιου. Η οντολογία παρέχει μια εικόνα για τη γένεση ή τη θεμελιώδη σημασία μιας συγκεκριμένης έννοιας ή όρου. Τα φαινόμενα δεν υπόκεινται σε επεξηγηματικές διαδικασίες, αλλά μάλλον χαρακτηρίζονται από περιγραφές ή παρουσιάζονται ως πραγματικοί ισχυρισμοί (inNTGRTY, 2020).

Η επιστημολογία, από την άλλη πλευρά, είναι ένας ακαδημαϊκός κλάδος που ασχολείται με τη διερεύνηση και την εξήγηση της φύσης της γνώσης, καθώς και των βασικών αρχών και συλλογισμών που διέπουν την απόκτηση, την αιτιολόγηση και τη διάδοση της γνώσης. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τα φιλοσοφικά θεμέλια της

γνώσης. Η γνώση συχνά λαμβάνει έννοιες και αποσαφηνίζεται μέσω της οπτικής αντίληψης και κατανόησης γεγονότων ή φαινομένων, της εξερεύνησης των υποκείμενων αιτιών και των μηχανισμών τους και της εξέτασης των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των διαφόρων μοντέλων, είτε παρουσιάζουν συνεπή είτε απρόβλεπτη συμπεριφορά. Η επιστημολογία περιλαμβάνει τα συστατικά στοιχεία της πραγματικότητας στην οποία βρίσκονται οι άνθρωποι. Συχνά περιγράφονται τρία στοιχεία. Το πρώτο συνεπάγεται μια φιλοσοφική εξέταση της ουσίας της γνώσης, συμπεριλαμβανομένων συζητήσεων για επιχειρήματα, απόψεις και πεποιθήσεις, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με έννοιες όπως η αλήθεια, η εγκυρότητα, η συνάφεια και η αιτιολόγηση. Το δεύτερο στοιχείο περιλαμβάνει μια σειρά από ανησυχίες που σχετίζονται με τον σκεπτικισμό. Η έρευνα αφορά την ακρίβεια, την ορθότητα, την καταλληλότητα και την αιτιολόγηση των πληροφοριών, των επιχειρημάτων, των ιδεών και των πεποιθήσεων. Τέλος, το τρίτο στοιχείο παρέχει μια αποσαφήνιση της προέλευσης, των κριτηρίων και της έκτασης της γνώσης, των επιχειρημάτων, των απόψεων και των πεποιθήσεων (inNTGRTY, 2020).

Η επιστημολογία περιλαμβάνει μια εξήγηση του τρόπου με τον οποίο η γνώση ασκεί επιρροή στο συγκεκριμένο δημογραφικό υπό διερεύνηση. Η επιστημολογία περιλαμβάνει τις πολλές μεθοδολογίες που εφαρμόζονται στην έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών έρευνας, των μεθόδων συλλογής δεδομένων και των μεθόδων ανάλυσης δεδομένων (inNTGRTY, 2020).

Η φαινομενολογία από την άλλη πλευρά είναι μια μεθοδολογία μελέτης που στοχεύει να διευκρινίσει την ουσία των φαινομένων εξετάζοντας τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων. Ο όρος «φαινομενολογία» μπορεί να γίνει κατανοητός ως ο ακαδημαϊκός κλάδος που επικεντρώνεται στη μελέτη των φαινομένων. Ουσιαστικά, αφορά την εξέταση της σημασίας που έχουν αυτές οι οντότητες (ή περιστατικά) μέσα στις γνωστικές ικανότητες του υπό διερεύνηση κοινού-στόχου. Η φαινομενολογική έρευνα είναι μια ποιοτική ερευνητική μεθοδολογία που βασίζεται στην προϋπόθεση ότι η θεμελιώδης φύση κάθε φαινομένου εξαρτάται από τις υποκειμενικές εμπειρίες των παρατηρητών του (Good, 2023).

Η φιλοσοφική τοποθέτηση αυτής της έρευνας βασίζεται στο φαινομενολογικό παράδειγμα, επειδή το επίκεντρο της μελέτης είναι στις γνωστικές, συναισθηματικές και αντιληπτικές εμπειρίες των ατόμων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι οπτικές γωνίες του κοινού είναι ο μόνος καθοριστικός παράγοντας, αφού είναι τα άτομα που έχουν αντιμετωπίσει άμεσα τα φαινόμενα. Οι προσωπικές υποθέσεις και πεποιθήσεις

του ερευνητή για το υπό διερεύνηση θέμα θα πρέπει να θεωρούνται άσχετες. Η φαινομενολογία είναι ένα είδος ποιοτικής έρευνας που απαιτεί μια ολοκληρωμένη κατανόηση των ιδεών και των αντιλήψεων του κοινού-στόχου σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα. Σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα, η ποιοτική έρευνα τείνει να επικεντρώνεται στο βάθος και όχι στο εύρος. Ο προσδιορισμός της βιωμένης εμπειρίας που σχετίζεται με τα υπό διερεύνηση φαινόμενα εξαρτάται από την ερμηνεία και την επακόλουθη ανάλυση (Good, 2023).

#### 4.2 Μεθοδολογία

Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη, κρίθηκε απαραίτητο στην παρούσα μελέτη να ακολουθηθεί η μεθοδολογία της ποσοτικής περιγραφικής έρευνας.

Ο πρωταρχικός στόχος της ποσοτικής ανάλυσης είναι να εξακριβώσει τους υποκείμενους παράγοντες που συμβάλλουν στις διακυμάνσεις των κοινωνικών φαινομένων με τη χρήση αυστηρών τεχνικών μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης. Συνήθως, αυτού του είδους η έρευνα χρησιμοποιεί επαγωγικό συλλογισμό, όταν ο ερευνητής ξεκινά με μια προϋπάρχουσα υπόθεση και προσδοκά ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Το κείμενο του χρήστη δεν διαθέτει επαρκείς πληροφορίες για να ξαναγραφεί με ακαδημαϊκό τρόπο (Παπαγεωργίου, 2014).

Ένας επιπλέον στόχος της ποσοτικής ανάλυσης είναι να τεκμηριώσει μια υπόθεση χρησιμοποιώντας αριθμητικά δεδομένα καθώς η κοινωνική σφαίρα έχει ένα ευδιάκριτο πρότυπο και δομή, αντί να χαρακτηρίζεται από αταξία ή τυχαιότητα. Ως εκ τούτου, ο στόχος είναι να επιτευχθεί γενίκευση με τον εντοπισμό γενικών αρχών. Με άλλα λόγια, αυτή η προσέγγιση οδηγεί στη διατύπωση γενικών δηλώσεων και ιδεών που υποστηρίζονται από εμπειρικά στοιχεία, καθώς και στην ανάπτυξη ερευνητικών υποθέσεων. Στην εμπειρική έρευνα, η θεωρία αναφέρεται στην εφαρμογή του επιστημονικού συλλογισμού, δηλαδή στην εστίαση σε παρατηρήσεις αυτού που φαίνεται και όχι σε αυτό που πρέπει να παρατηρηθεί. Αυτή η ερευνητική προσέγγιση βασίζεται σε ποσοτικά δεδομένα ή συγκεκριμένα χαρακτηριστικά περιπτώσεων ή υποκειμένων για να καταδείξει τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικών φαινομένων και θεωρητικών πλαισίων (Παπαγεωργίου, 2014).

Τα κοινωνικά φαινόμενα αναλύονται λαμβάνοντας υπόψη μεταβλητές που τα θεωρούν ως εξωτερικά χαρακτηριστικά. Τα δεδομένα πρέπει να έχουν αντικειμενικότητα, χωρίς προκαταλήψεις. Αναμφίβολα, η επίτευξη της επιστημονικής αντικειμενικότητας είναι μια εννοιολογική φιλοδοξία και όχι μια απτή πραγματικότητα. Ο ερευνητής δεν είναι

σε θέση να επιτύχει την προσωπική αντικειμενικότητα. Για παράδειγμα, η διαδικασία προσδιορισμού του θέματος που θα εξεταστεί και διατύπωσης των κατάλληλων ερευνητικών ερωτημάτων. Επιπλέον, είναι σημαντικό τα αποδεικτικά στοιχεία που παρουσιάζονται να είναι επαληθεύσιμα, πράγμα που σημαίνει ότι μπορούν να τεκμηριωθούν από άλλους. Επιπλέον, θα πρέπει να ελέγχεται, επομένως να αποκλείεται κάθε ξένο υλικό από την εξέταση. Η ποσοτική ανάλυση χρησιμοποιείται τόσο σε επιστημονικούς όσο και σε εμπορικούς τομείς, όπως σε εταιρείες, συγκεκριμένα σε εταιρείες δημοσκοπήσεων, με στόχο την περιγραφή, την ανάλυση και την εξήγηση διαφόρων γεγονότων (Παπαγεωργίου, 2014).

Περαιτέρω, η συγκεκριμένη έρευνα είναι περιγραφική καθώς σύμφωνα με την Παπαγεωργίου (2014), στόχος των ποσοτικών περιγραφικών ερευνών είναι να καταγράψουν τον πληθυσμό σύμφωνα με ορισμένα χαρακτηριστικά. Η ποσοτική περιγραφική έρευνα συνιστά στην καταμέτρηση των προτιμήσεων, των απόψεων και των στάσεων του υπό εξέταση πληθυσμού.

#### 4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Η δειγματοληπτική τεχνική που αξιοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι η τεχνική της δειγματοληψίας κριτηρίου. Ο ερευνητής που χρησιμοποιεί αυτή την προσέγγιση χρησιμοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια για να επιλέξει τις περιπτώσεις που θα αποτελέσουν το δείγμα του, ευθυγραμμιζόμενοι με τους στόχους της μελέτης (Ισσαρη & Πούρκος, 2015).

#### 4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Έτσι στην παρούσα εργασία τα κριτήρια που τέθηκαν για το δείγμα ήταν τα ακόλουθα:

- 1) Οι συμμετέχοντες να είναι νοσηλευτές
- 2) Νοσηλευτές όλων των βαθμίδων (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ), που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο «Χατζηκώστα» Ιωαννίνων
- 3) Νοσηλευτές ανεξαρτήτου εμπειρίας, με την προϋπόθεση να γνωρίζουν για το οργανικό ψυχοσύνδρομο

##### 4.4.1 Περιγραφή του δείγματος

Κατόπιν διαμοιρασμού του ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολογίου), το τελικό δείγμα της παρούσας εργασίας αποτέλεσαν 143 νοσηλευτές του Γ.Ν. Χατζηκώστα (Δ.Ε, Τ.Ε, Π.Ε) ανεξαρτήτου ηλικίας, τόπου διαμονής και εμπειρίας που γνώριζαν για το οργανικό ψυχοσύνδρομο. Αξίζει να τονιστεί ότι το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε δια

ζώσης στο νοσοκομείο και η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε ένα μήνα από τις 18.05 έως και τις 18.06 αφότου λήφθηκαν οι απαραίτητες άδειες από το νοσοκομείο και την ΥΠΕ.

#### 4.5 Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χώρο του νοσοκομείου. Η ενημέρωση των νοσηλευτών και η κατανομή των ερωτηματολογίων έγινε στο γραφείο του προϊσταμένου του τμήματος.

#### 4.6 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας περιλαμβάνουν διάφορα εργαλεία όπως ερωτηματολόγια, έρευνες, δομημένες συνεντεύξεις και τεχνικές παρατήρησης συμπεριφοράς που βασίζονται σε σαφή συστήματα κωδικοποίησης και ταξινόμησης (Farnsworth, 2019). Πριν από την επιλογή συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων, είναι σημαντικό για έναν ερευνητή να προσδιορίσει πρώτα τη φύση των δεδομένων που αναζητά, είτε αυτά είναι πρωτογενή ή δευτερεύοντα (Kothari, 2004). Τα πρωτογενή δεδομένα αναφέρονται σε πληροφορίες που είναι πρωτότυπες και δεν έχουν συλλεχθεί ή τεκμηριωθεί προηγουμένως (Kothari, 2004). Τα δευτερεύοντα δεδομένα έχουν υποστεί ποσοτική επεξεργασία πριν υποβληθούν σε συστηματική επεξεργασία. Τα δευτερεύοντα δεδομένα εμφανίζονται κυρίως με τη μορφή ερευνητικών εργασιών, επιστημονικών δημοσιεύσεων, αρχείων και άλλων αρχειακών πηγών. Μόλις γίνει η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών δεδομένων, ο ερευνητής πρέπει στη συνέχεια να επιλέξει κατάλληλα ποσοτικά ερευνητικά εργαλεία που ευθυγραμμίζονται με την ιδιαίτερη φύση των δεδομένων.

Έχοντας λάβει τα παραπάνω υπόψη, στην παρούσα έρευνα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούταν από τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν σε ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα.

Στη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να γράψουν τρεις λέξεις ανά ερώτημα σε ερωτήματα όπως:

- Όταν ακούτε τη λέξη οργανικό ψυχοσύνδρομο ποιες είναι οι τρεις πρώτες λέξεις που σας έρχονται στη σκέψη σας και την περιγράφουν;
- Στις λέξεις οργανικό ψυχοσύνδρομο και ηλικιωμένοι, ποιες είναι οι τρεις πρώτες λέξεις που σας έρχονται στη σκέψη σας;
- Στις λέξεις οργανικό ψυχοσύνδρομο και μεσήλικες ποιες είναι οι τρεις πρώτες λέξεις που σας έρχονται στη σκέψη σας;

- Στις λέξεις οργανικό ψυχοσύνδρομο και οικογένεια ποιες είναι οι τρεις πρώτες λέξεις που σας έρχονται στη σκέψη σας; Και τέλος,
- Στις λέξεις οργανικό ψυχοσύνδρομο και φάρμακα ποιες είναι οι τρεις πρώτες λέξεις που σας έρχονται στη σκέψη σας;

Στην τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα επιλέγοντας την απάντηση που τους εκφράζει μέσω κλίμακας Likert 7 βαθμών και συγκεκριμένα Όχι, πολύ λίγο, 1, 2, 3, 4, 5, Ναι, πάρα πολύ.

Τέλος, στην τέταρτη ενότητα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να γράψουν σε μία μικρή παράγραφο ποια θεωρούν ότι είναι τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;

#### 4.7 Ηθική της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη, όπως και το ευρύτερο ερευνητικό πεδίο, συνάντησε ηθικούς προβληματισμούς. Στο πρώτο στάδιο, είναι σημαντικό όλα τα άτομα που επιλέχθηκαν για το δείγμα να αναγνωρίσουν την προθυμία τους να συμμετάσχουν, είτε προφορικά είτε γραπτά, είτε και με τα δύο. Στη συνέχεια, θα πρέπει να προχωρήσουν στην έγκριση ενός Ενημερωτικού Φύλλου που περιγράφει τους στόχους της μελέτης, καθώς και σε ένα έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης. Ο στόχος των προαναφερθέντων είναι να παράσχουν στους συμμετέχοντες μια επισκόπηση των στόχων της έρευνας, του σκεπτικού και της εθελοντικής φύσης της συμμετοχής τους, όπως τονίστηκε από τον Reid (2021). Επιπρόσθετα, τονίζεται ότι οι συμμετέχοντες διατηρούν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή χωρίς να αντιμετωπίσουν αρνητικές επιπτώσεις. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί στους συμμετέχοντες ότι τα δεδομένα που αποκτήθηκαν θα προστατεύονται και θα αντιμετωπίζονται με απόλυτη εμπιστευτικότητα, με αποκλειστική πρόσβαση που θα παρέχεται μόνο στον ερευνητή. Ένα από τα βασικά ζητήματα δεοντολογίας αφορά τη διατήρηση του απορρήτου των συμμετεχόντων (Hennink et al., 2020). Τέλος, είναι σημαντικό οι συμμετέχοντες να ενημερώνονται για τη διάρκεια για την οποία θα διατηρούνταν τα προσωπικά τους δεδομένα και τα αρχεία συνεντεύξεων από τον ερευνητή (Ισσαρη & Πούρκος, 2015).

#### 4.8. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των ερωτημάτων σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το επάγγελμα, τα έτη εργασίας, το τμήμα εργασίας, τις βάρδιες, την ποιότητα του ύπνου, τα όνειρα και το θρήσκευμα και τα συμπτώματα του οργανικού συνδρόμου χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά ενώ

για το βαθμό συμφωνίας μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης για την διαφοροποίηση των ερωτημάτων που αφορούν την επιβάρυνση σε διάφορους τομείς ανάλογα με τις λέξεις που επιλέχθηκαν για το οργανικό ψυχοσύνδρομο ενώ ακολούθησαν πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Bonferroni. Πραγματοποιήθηκε τέλος ο μη παραμετρικός έλεγχος Friedman για την σύγκριση των μέσων τιμών των παραγόντων επιβάρυνσης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v 26.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

#### Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Αποτελέσματα της έρευνας

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες 18 (12,9%) είναι άνδρες και 122 (87,1%) είναι γυναίκες. Στην ερώτηση «Ποια είναι η σειρά γέννησης σας» 64(46,8%) απάντησαν 1, 50 (36,5%) απάντησαν 2, 18 (13,1%) απάντησαν 3, 4 (2,9%) απάντησαν 4 και 1 (0,7) απάντησαν 5. Στην συνέχεια, στην ερώτηση «Πόσα παιδιά έχετε;» από συμμετέχοντες 31 (22,3%) απάντησαν 0, 26 (18,7%) απάντησαν 1, 57 (41,0%) απάντησαν 2, 23 (16,5%) απάντησαν 3 και 2 (1,4%) απάντησαν 4. Τέλος, από τους συμμετέχοντες οι 8 (5,8%) έχουν 0 αδέρφια, οι 65 (47,1%) έχουν 1, οι 40 (29,0%) έχουν 2, οι 22 (15,9%) έχουν 3 και 3 (2,2%) έχουν 4.

|                                       |         | N     | %     |
|---------------------------------------|---------|-------|-------|
| Φύλο:                                 | Άνδρας  | 18,0  | 12,9% |
|                                       | Γυναίκα | 122,0 | 87,1% |
| Ποια είναι η σειρά γέννησης 1<br>σας; | 1       | 64,0  | 46,8% |
|                                       | 2       | 50,0  | 36,5% |
|                                       | 3       | 18,0  | 13,1% |

|                    |   |      |       |
|--------------------|---|------|-------|
|                    | 4 | 4,0  | 2,9%  |
|                    | 5 | 1,0  | 0,7%  |
| Πόσα παιδιά έχετε; | 0 | 31,0 | 22,3% |
|                    | 1 | 26,0 | 18,7% |
|                    | 2 | 57,0 | 41,0% |
|                    | 3 | 23,0 | 16,5% |
|                    | 4 | 2,0  | 1,4%  |
| Αδέρφια            | 0 | 8,0  | 5,8%  |
|                    | 1 | 65,0 | 47,1% |
|                    | 2 | 40,0 | 29,0% |
|                    | 3 | 22,0 | 15,9% |
|                    | 4 | 3,0  | 2,2%  |

*Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά*

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρατηρείται αρχικά η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι 23 (16,2%) είναι άγαμοι, οι 103 (72,5%) είναι έγγαμοι, οι 11 (7,7%) είναι διαζευγμένοι και οι 5 (3,5%) είναι χήροι. Στην ερώτηση που μένουν οι συμμετέχοντες 19 (14,0%) απάντησαν σε χωριό/κωμόπολη, οι 117 (86,0%) απάντησαν πόλη με το πολύ 150.000 κατοίκους και 0 (0,0%) απάντησαν πόλη με τουλάχιστον 150.000 κατοίκους. Τέλος, από τους συμμετέχοντες οι 7 (5%) εργάζονται ως προϊστάμενοι νοσηλευτές, οι 8 (5,7%) εργάζονται ως υπεύθυνοι νοσηλευτές, οι 10



(7,1%) εργάζονται ως νοσηλευτές ΠΕ , οι 82 (58,2%) εργάζονται ως νοσηλευτές ΤΕ και οι 34 (24,1%) εργάζονται ως νοσηλευτές ΔΕ.

|                          |                         | N     | %     |
|--------------------------|-------------------------|-------|-------|
| Οικογενειακή κατάσταση ; | Άγαμος                  | 23,0  | 16,2% |
|                          | Έγγαμος                 | 103,0 | 72,5% |
|                          | Διαζευγμένος            | 11,0  | 7,7%  |
|                          | Χήρος                   | 5,0   | 3,5%  |
| Τόπος διαμονής:          | Χωριό/Κωμόπολη          | 19,0  | 14,0% |
|                          | Πόλη<150000 κατοίκους   | 117,0 | 86,0% |
| Εργάζεστε ως:            | Προϊστάμενος νοσηλευτής | 7,0   | 5,0%  |
|                          | Υπεύθυνος νοσηλευτής    | 8,0   | 5,7%  |
|                          | Νοσηλευτής ΠΕ           | 10,0  | 7,1%  |
|                          | Νοσηλευτής ΤΕ           | 82,0  | 58,2% |
|                          | Νοσηλευτής ΔΕ           | 34,0  | 24,1% |

Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής και επάγγελμα

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες οι 4 (2,8%) δήλωσαν ότι εργάζονται το πολύ ένα έτος, οι 7 (4,9%) δήλωσαν ότι εργάζονται το

πολύ δύο έτη, οι 20(14%) δήλωσαν ότι έχουν εργαστεί 2 έως 5 έτη και 112 (78,3%) δήλωσαν ότι εργάζονται τουλάχιστον έτη. Τέλος, οι 34 (24,3%) έχουν ημερήσιες βάρδιες, οι 1 (0,7%) έχουν νυχτερινές βάρδιες και οι 105 (75%) έχουν εναλλασσόμενες βάρδιες.

|                  |                | N   | %     |
|------------------|----------------|-----|-------|
| Χρόνος εργασίας: | <1 έτος        | 4   | 2,8%  |
|                  | <2 έτη         | 7   | 4,9%  |
|                  | 2-5 έτη        | 20  | 14,0% |
|                  | >5 έτη         | 112 | 78,3% |
| Βάρδιες:         | Ημερήσιες      | 34  | 24,3% |
|                  | Νυχτερινές     | 1   | 0,7%  |
|                  | Εναλλασσόμενες | 105 | 75,0% |

Πίνακας 3: Έτη εργασίας και βάρδιες

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί παρατηρείται ότι στην ερώτηση «Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;» οι 25 (17,5) δεν έδωσαν καμία απάντηση, οι 7 (4,9%) απάντησαν ΑΙΜ/ΚΟ, οι 6 (4,2%) απάντησαν ΑΝΑΙΣΘ/ΚΟ, οι 12 (8,4%) απάντησαν ΚΚ, οι 6 (4,2%) απάντησαν ΜΕΘ, οι 6 (4,2%) απάντησαν ΜΕΛ, οι 9 (6,3%) απάντησαν ΜΤΝ, οι 3 (2,1%) απάντησαν ΟΡΘ/ΚΗ, 1 (0,7%) απάντησαν ΟΦΘ/ΚΗ, οι 12 (8,4%) απάντησαν ΠΑΘ/ΚΗ, ΟΙ 4 (2,8%) απάντησαν ΠΑΙΔ/ΚΗ, οι 3 (2,1%) απάντησαν ΠΟΛΥΔ/ΜΙΟ, οι 18 (12,6%) απάντησαν ΣΜ, οι 8 (5,6%) απάντησαν ΤΕΙ, οι 9 (6,3%) απάντησαν ΤΕΠ, οι 6 (4,2%) απάντησαν Χ/Ο και οι 8 (5,6%) απάντησαν ΧΕΙΡ/ΚΗ.

|          | N    | %     |
|----------|------|-------|
|          | 25,0 | 17,5% |
| ΑΙΜ/ΚΟ   | 7,0  | 4,9%  |
| ΑΝΑΙΣ/ΚΟ | 6,0  | 4,2%  |
| ΚΚ       | 12,0 | 8,4%  |
| ΜΕΘ      | 6,0  | 4,2%  |
| ΜΕΛ      | 6,0  | 4,2%  |
| ΜΤΝ      | 9,0  | 6,3%  |
| ΟΡΘ/ΚΗ   | 3,0  | 2,1%  |
| ΟΦΘ/ΚΗ   | 1,0  | 0,7%  |
| ΠΑΘ/ΚΗ   | 12,0 | 8,4%  |
| ΠΑΙΔ/ΚΗ  | 4,0  | 2,8%  |
| ΠΟΛΥΔ/ΜΟ | 3,0  | 2,1%  |
| ΣΜ       | 18,0 | 12,6% |
| ΤΕΙ      | 8,0  | 5,6%  |
| ΤΕΠ      | 9,0  | 6,3%  |
| Χ/Ο      | 6,0  | 4,2%  |
| ΧΕΙΡ/ΚΗ  | 8,0  | 5,6%  |

Πίνακας 4: Τμήμα Εργασίας

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες 12 (8,4%) μένουν μόνοι τους, οι 17 (11,9%) μένουν με τον/ην σύντροφο τους, 1 (0,7%) μένει με τον φίλο του, 0 (0,0%) μένει με την αδερφή, οι 4 (2,8%) μένει με τον αδερφό, οι 11 (7,7%) μένουν με τα παιδιά τους, οι 79 (55,2%) μένουν με την σύζυγο και τα παιδιά τους και 19 (13,3%) μένουν με την οικογένεια. Στην ερώτηση «Κοιμάστε καλά;» οι 84 (58,7%) απάντησαν ναι, οι 21 (14,7%) απάντησαν όχι, και 38 (26,6%) απάντησαν ότι έχουν αϋπνίες. Στην συνέχεια, στην ερώτηση «Βλέπετε όνειρα;» οι 26 (18,3%) απάντησαν ότι βλέπουν πολλά, οι 100 (70,4%) απάντησαν μερικές φορές και οι 16 (11,3%) απάντησαν ότι δεν τα θυμούνται. Πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση «Τι όνειρα βλέπετε;» οι 49 (34,5%) απάντησαν ότι βλέπουν ωραία όνειρα, οι 29 (20,4%) απάντησαν ότι βλέπουν άσχημα, οι 11 (7,7%) απάντησαν ότι βλέπουν εφιάλτες και οι 53 (37,3%) απάντησαν ότι δεν τα θυμούνται. Τέλος στην ερώτηση, «Ποιο είναι το θρήσκευμά σας;» η πλειονότητα των συμμετεχόντων 137 (95,8%) απάντησαν ότι είναι

Χριστιανοί Ορθόδοξοι, 1 (0,7%) απάντησε ότι είναι Χριστιανοί Καθολικοί και 5 (3,5%) δήλωσαν ότι είναι Άθεοι.

|                              |                                 | N     | %     |
|------------------------------|---------------------------------|-------|-------|
| Με ποιον μένετε;             | Μόνος                           | 12,0  | 8,4%  |
|                              | Σύντροφος                       | 17,0  | 11,9% |
|                              | Φίλος                           | 1,0   | 0,7%  |
|                              | Αδελφός                         | 4,0   | 2,8%  |
|                              | Με τα παιδιά μου                | 11,0  | 7,7%  |
|                              | Με την σύζυγο και τα παιδιά μου | 79,0  | 55,2% |
|                              | Οικογένεια                      | 19,0  | 13,3% |
| Κοιμάστε καλά;               | Ναι                             | 84,0  | 58,7% |
|                              | Όχι                             | 21,0  | 14,7% |
|                              | Μερικές φορές έχω αϋπνίες       | 38,0  | 26,6% |
| Βλέπετε όνειρα;              | Πολλά                           | 26,0  | 18,3% |
|                              | Μερικές φορές                   | 100,0 | 70,4% |
|                              | Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι.       | 16,0  | 11,3% |
| Τι όνειρα βλέπετε;           | Ωραία                           | 49,0  | 34,5% |
|                              | Άσχημα                          | 29,0  | 20,4% |
|                              | Εφιάλτες                        | 11,0  | 7,7%  |
|                              | Δεν τα θυμάμαι.                 | 53,0  | 37,3% |
| Ποιο είναι το θρήσκευμά σας; | Χριστιανός Ορθόδοξος            | 137,0 | 95,8% |
|                              | Χριστιανός Καθολικός            | 1,0   | 0,7%  |
|                              | Άθεος                           | 5,0   | 3,5%  |

Πίνακας 4: Ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, τα όνειρα και το θρήσκευμα

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» 24 (16,8%) απάντησαν την ψυχική διαταραχή, οι 13 (9,1%) απάντησαν τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα, 28 (19,6%) απάντησαν την σύγχυση, 27 (18,9%) απάντησαν το άγχος, 3 (2,1%) απάντησαν τα προβλήματα ύπνου, 3 (2,1%) απάντησαν την τρέλα, 4

(2,8%) απάντησαν την άνοια, 9 (6,3%) απάντησαν την διέγερση, 11 (7,7%) απάντησαν την επιθετικότητα, 9 (6,3%) απάντησαν τον αποπροσανατολισμό, 7 (4,9%) απάντησαν την κατάθλιψη και 5 (3,5%) απάντησαν τον φόβο.

#### ΟΡΓΑΝΙΚΟ\_ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ\_ΛΕΞΗ

|                        | N   | %     |
|------------------------|-----|-------|
| Valid ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 24  | 16,8  |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ          |     |       |
| ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ           | 13  | 9,1   |
| ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ             |     |       |
| ΣΥΓΧΥΣΗ                | 28  | 19,6  |
| ΑΓΧΟΣ                  | 27  | 18,9  |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΙΝΟΥ      | 3   | 2,1   |
| ΤΡΕΛΛΑ                 | 3   | 2,1   |
| ΑΝΟΙΑ                  | 4   | 2,8   |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ               | 9   | 6,3   |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ          | 11  | 7,7   |
| ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ     | 9   | 6,3   |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ              | 7   | 4,9   |
| ΦΟΒΟΣ                  | 5   | 3,5   |
| Total                  | 143 | 100,0 |

Πίνακας 5: Συμπτώματα οργανικού ψυχοσυνδρόμου

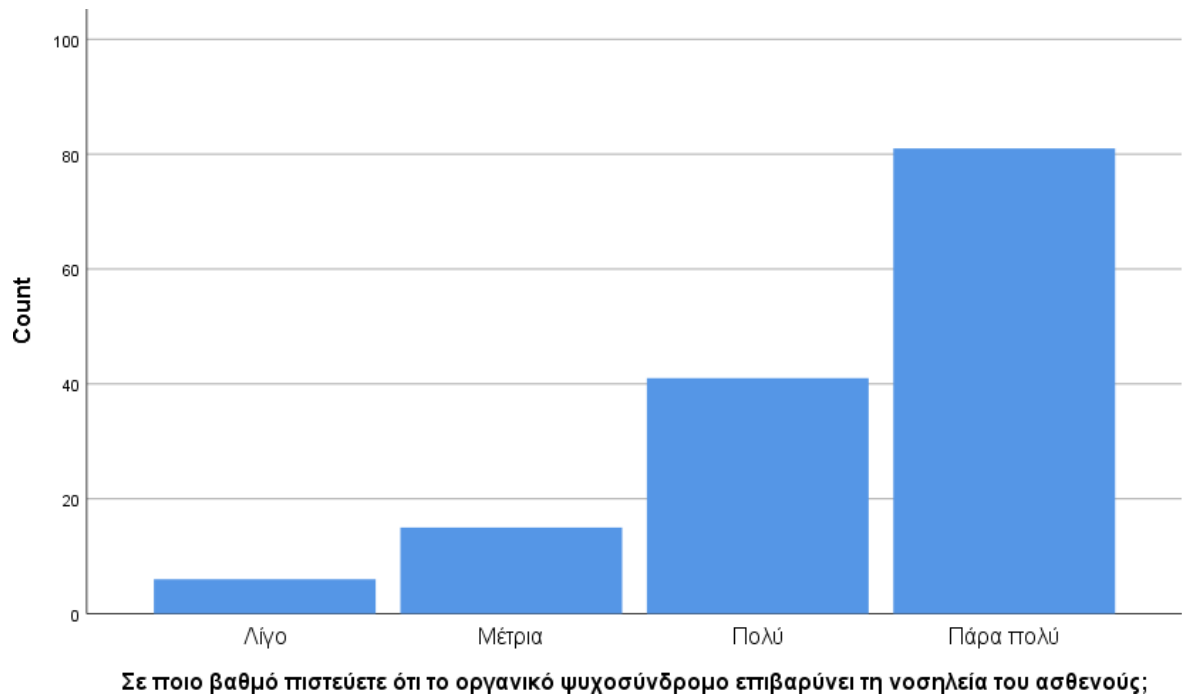
Στον πίνακα 7 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;», όπου 6 (4,2%) απάντησαν «Λίγο», 15 (10,5%) απάντησαν

«Μέτρια», 41 (28,7%) απάντησαν ««Πολύ» και 81 (56,6%) απάντησαν «Πάρα πολύ». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς;», όπου 2 (1,4%) απάντησαν «Καθόλου», 5 (3,5%) απάντησαν «Λίγο», 32 (22,4%) απάντησαν «Μέτρια», 44 (30,8%) απάντησαν «Πολύ» και 60 (42,0%) απάντησαν «Πάρα πολύ». Επίσης, στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;» 5 (3,5%) απάντησαν «Λίγο», 16 (11,2%) απάντησαν «Μέτρια», 38 (26,6%) απάντησαν «Πολύ» και 84 (58,7%) απάντησαν «Πάρα πολύ». Επιπλέον, στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;» 4 (2,8%) απάντησαν «Λίγο», 8 (5,6%) απάντησαν «Μέτρια», 36 (25,2%) απάντησαν «Πολύ» και 95 (66,4%) απάντησαν «Πάρα πολύ». Παράλληλα, στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;» 11 (7,7%) απάντησαν «Καθόλου», 20 (14,0%) απάντησαν «Λίγο», 38 (26,6%) απάντησαν «Μέτρια», 39 (27,3%) απάντησαν «Πολύ» και 35 (24,5%) απάντησαν «Πολύ». Τέλος, στο ερώτημα «Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;» 1 (0,7%) απάντησε «Καθόλου», 2 (1,4%) απάντησαν «Λίγο», 10 (7,0%) απάντησαν «Μέτρια», 34 (23,8%) απάντησαν «Πολύ» και 96 (67,1%) απάντησαν «Πάρα πολύ».

|   |   | Καθόλου | Λίγο  | Μέτρια | Πολύ  | Πάρα πολύ |
|---|---|---------|-------|--------|-------|-----------|
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;                     | N | 0       | 6     | 15     | 41    | 81        |
|   | % | 0,0%    | 4,2%  | 10,5%  | 28,7% | 56,6%     |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; | N | 2       | 5     | 32     | 44    | 60        |
|   | % | 1,4%    | 3,5%  | 22,4%  | 30,8% | 42,0%     |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;   | N | 0       | 5     | 16     | 38    | 84        |
|   | % | 0,0%    | 3,5%  | 11,2%  | 26,6% | 58,7%     |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;                  | N | 0       | 4     | 8      | 36    | 95        |
|   | % | 0,0%    | 2,8%  | 5,6%   | 25,2% | 66,4%     |
| Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;  | N | 11      | 20    | 38     | 39    | 35        |
|   | % | 7,7%    | 14,0% | 26,6%  | 27,3% | 24,5%     |
| Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;                     | N | 1       | 2     | 10     | 34    | 96        |
|   | % | 0,7%    | 1,4%  | 7,0%   | 23,8% | 67,1%     |

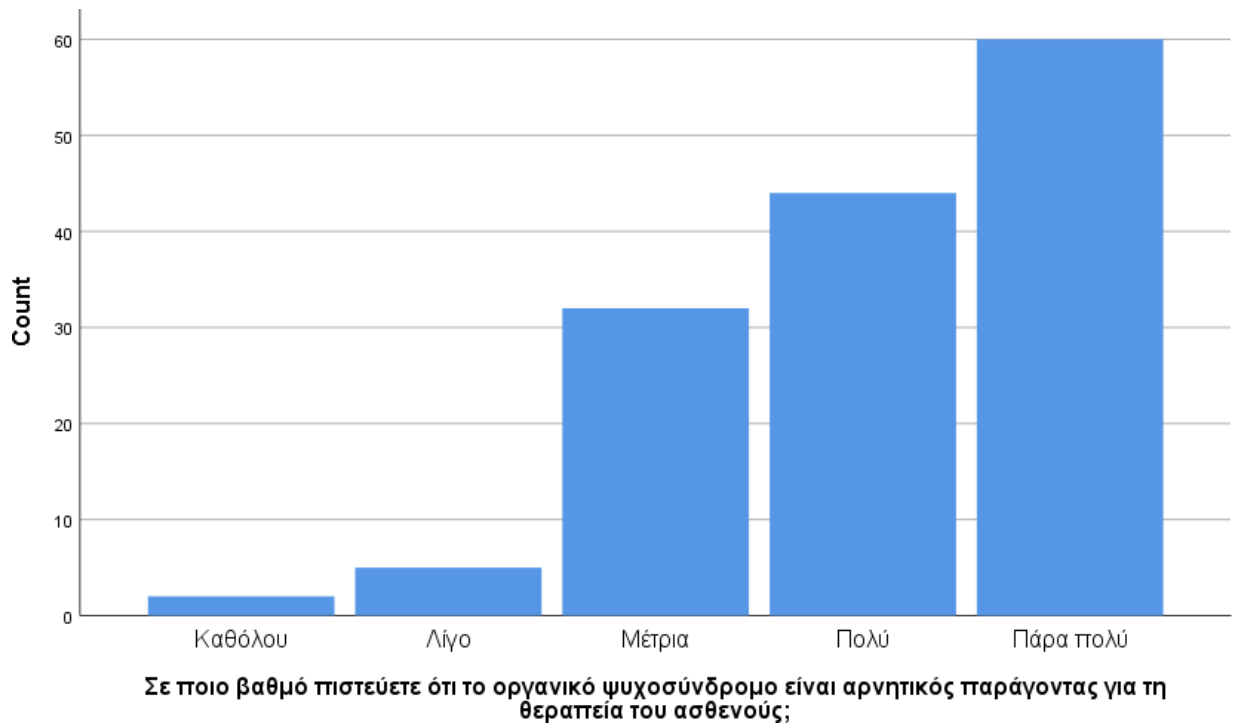
Πίνακας 6: Ερωτήματα σχετικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο

Στα γραφήματα που ακολουθούν παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων για κάθε μία ερώτηση.

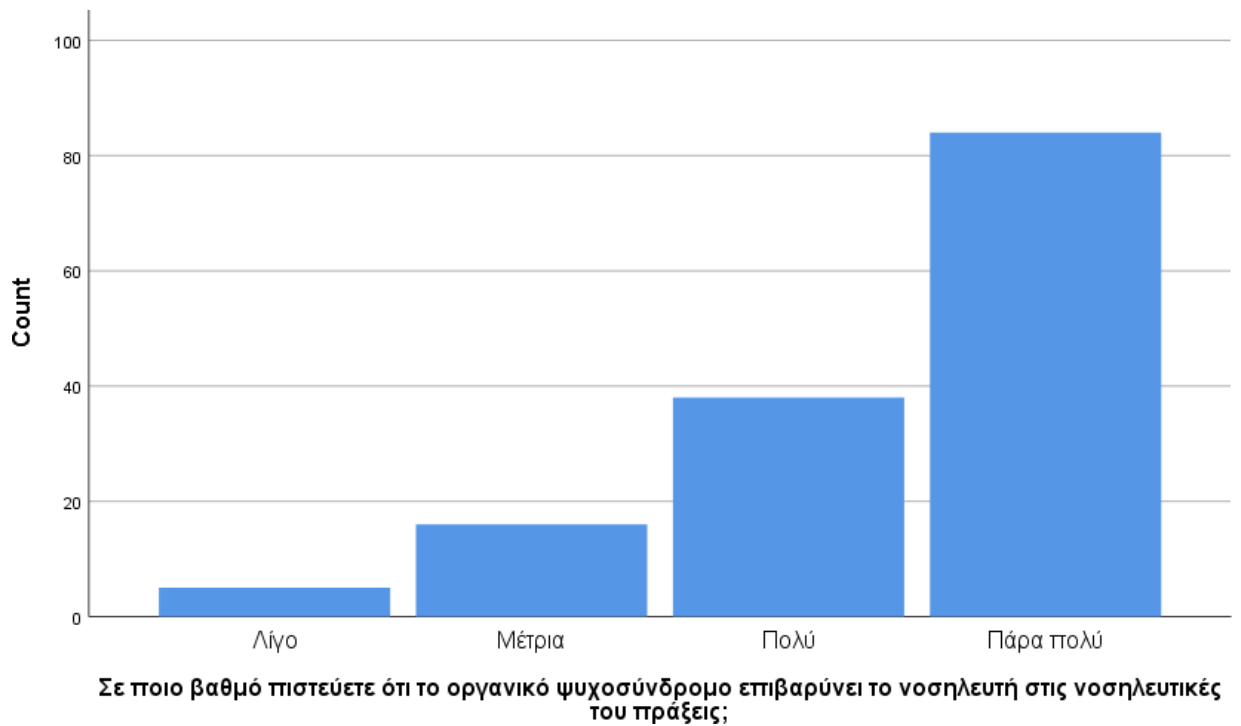


*Γράφημα 1: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;*

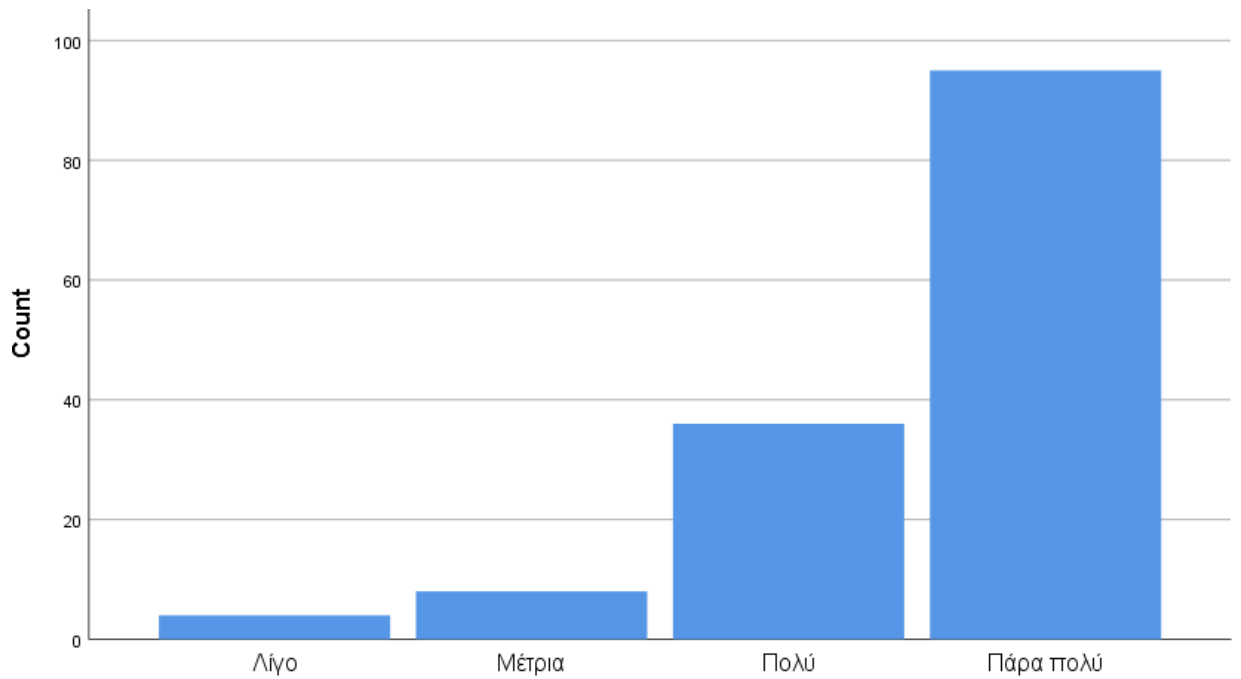




Γράφημα 2: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς;

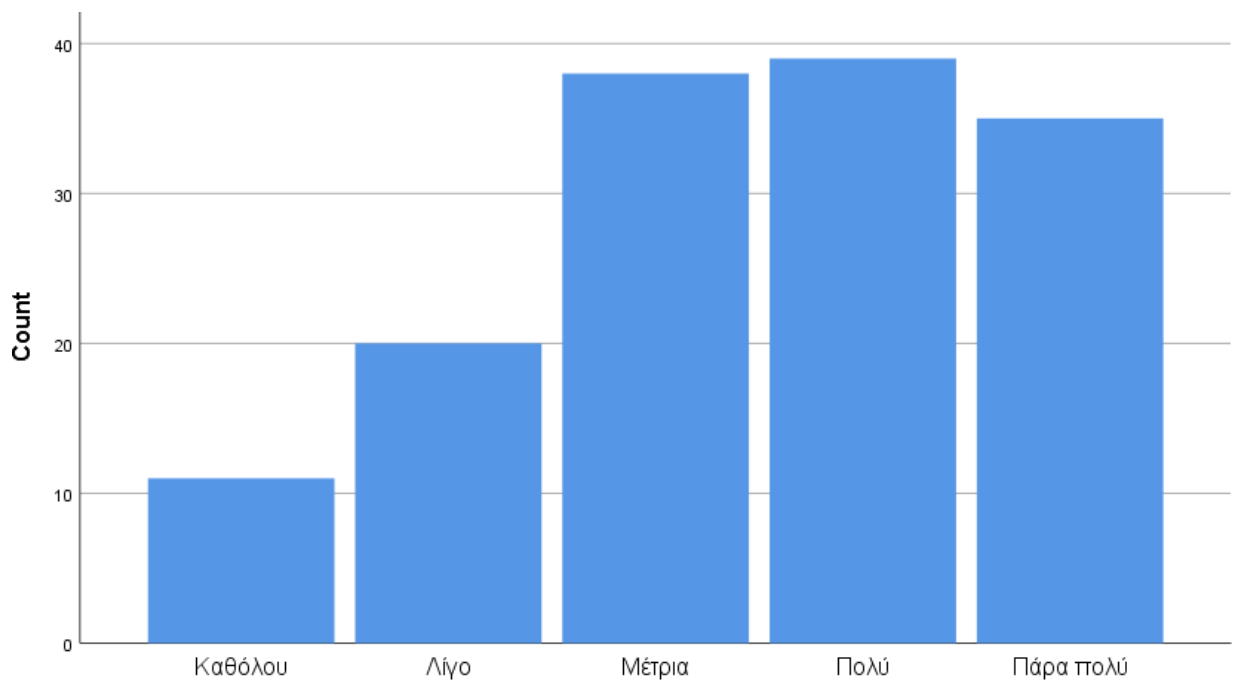


Γράφημα 3: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;



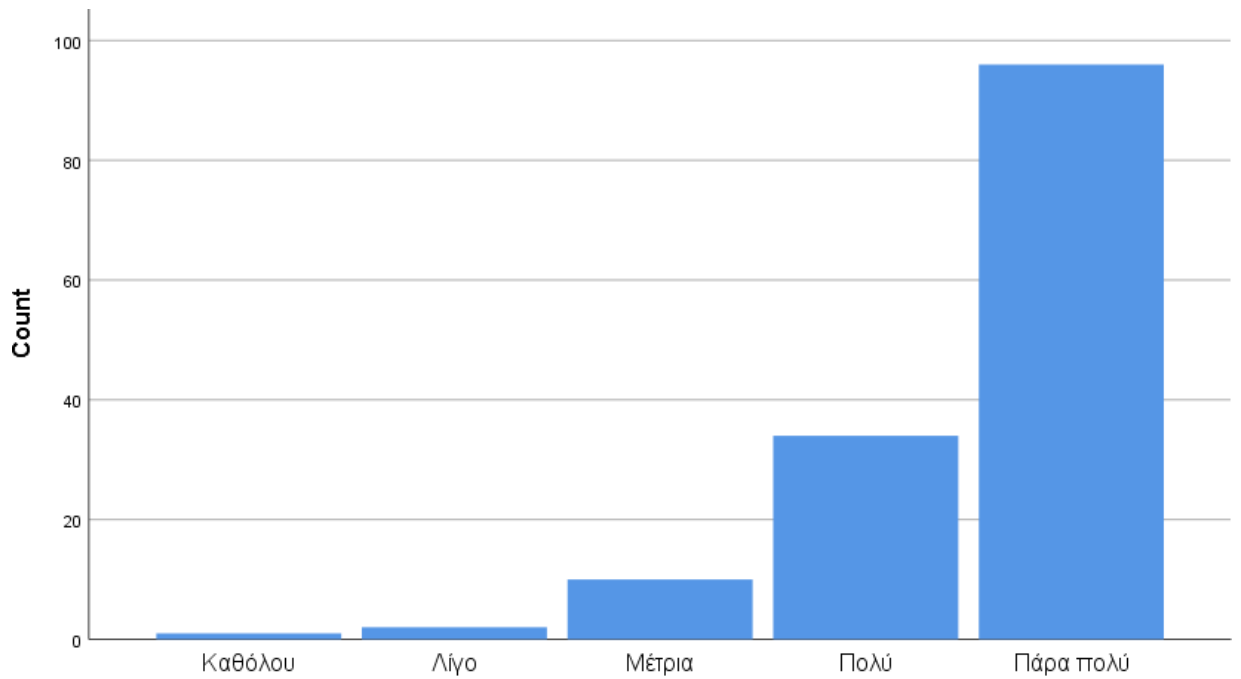
**Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;**

*Γράφημα 4: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;*



**Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;**

*Γράφημα 5: Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;*



**Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;**

*Γράφημα 6: Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;*

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί παρατηρείται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση ερωτημάτων που αφορούν το οργανικό ψυχοσύνδρομο. Οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία των ασθενών ( $M=4,38$  ,  $SD=0,838$ ), ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία των ασθενών ( $M=4,08$  ,  $SD=0,953$ ), ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις ( $M=4,41$  ,  $SD=0,824$ ) και ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια των ασθενών ( $M=4,55$  ,  $SD=0,728$ ). Επιπλέον, φοβίζει τους συμμετέχοντες το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς ( $M=3,47$  ,  $SD=1,221$ ) και θεωρούν ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια ( $M=4,55$  ,  $SD=0,748$ ).

|   | N   | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|---|-----|---------|---------|------|----------------|
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;                     | 143 | 2       | 5       | 4,38 | ,838           |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; | 143 | 1       | 5       | 4,08 | ,953           |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;   | 143 | 2       | 5       | 4,41 | ,824           |
| Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;                  | 143 | 2       | 5       | 4,55 | ,728           |
| Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;  | 143 | 1       | 5       | 3,47 | 1,221          |
| Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;                     | 143 | 1       | 5       | 4,55 | ,748           |

*Πίνακας 7: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των ερωτημάτων που αφορούν το οργανικό ψυχοσύνδρομο*

Η αξιοπιστία της καταγραφής των επιβαρυντικών παραγόντων εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's  $\alpha$  και βρέθηκε ίση με 0,765 υποδεικνύοντας ότι το ερωτηματολόγιο μετρά αξιόπιστα τη συγκεκριμένη διάσταση και η ανάλυση μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα.

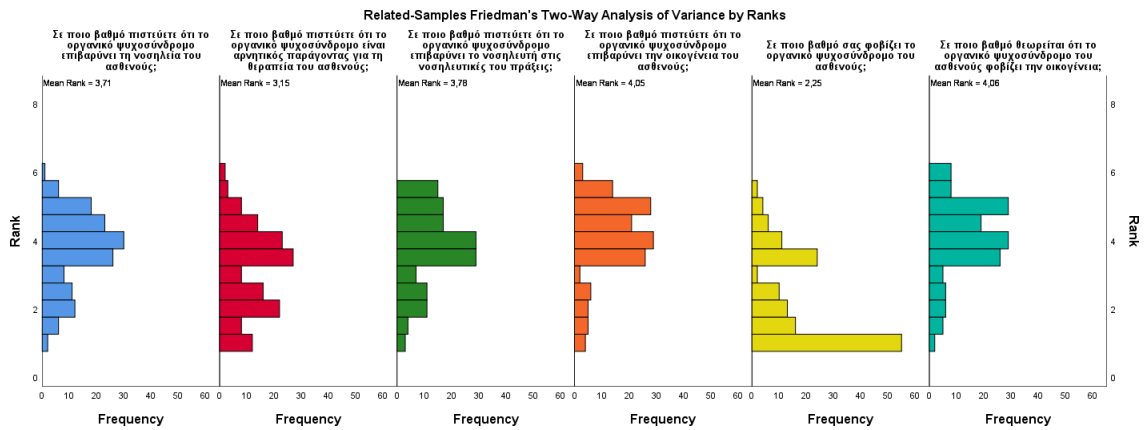
Ακολουθεί σύγκριση των μέσων τιμών που παρουσιάστηκαν στο σύνολο του δείγματος από την οποία προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σύμφωνα με τον έλεγχο Friedman που φαίνεται στον πίνακα 9 ( $p < 0,001$ ).

#### Related-Samples Friedman's test

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Total N                       | 143     |
| Test Statistic                | 161,136 |
| Degree Of Freedom             | 5       |
| Asymptotic Sig.(2-sided test) | ,000    |

Πίνακας 8: Διαφορές μέσων τιμών δειγμάτων

Όπως φαίνεται και από το γράφημα 7 το κίτρινο ραβδόγραμμα είναι χαμηλότερο συγκριτικά με όλα τα υπόλοιπα, αυτό σημαίνει ότι η ερώτηση «Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;» έχει σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Ενώ, συγχρόνως, παρατηρείται ότι το κόκκινο ραβδόγραμμα έχει συγκριτικά χαμηλότερη κατανομή από το αντίστοιχο πορτοκαλί και πράσινο-γκρι. Συνεπώς, οι τιμές της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς;» είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με τις τιμές της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;» και της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;».



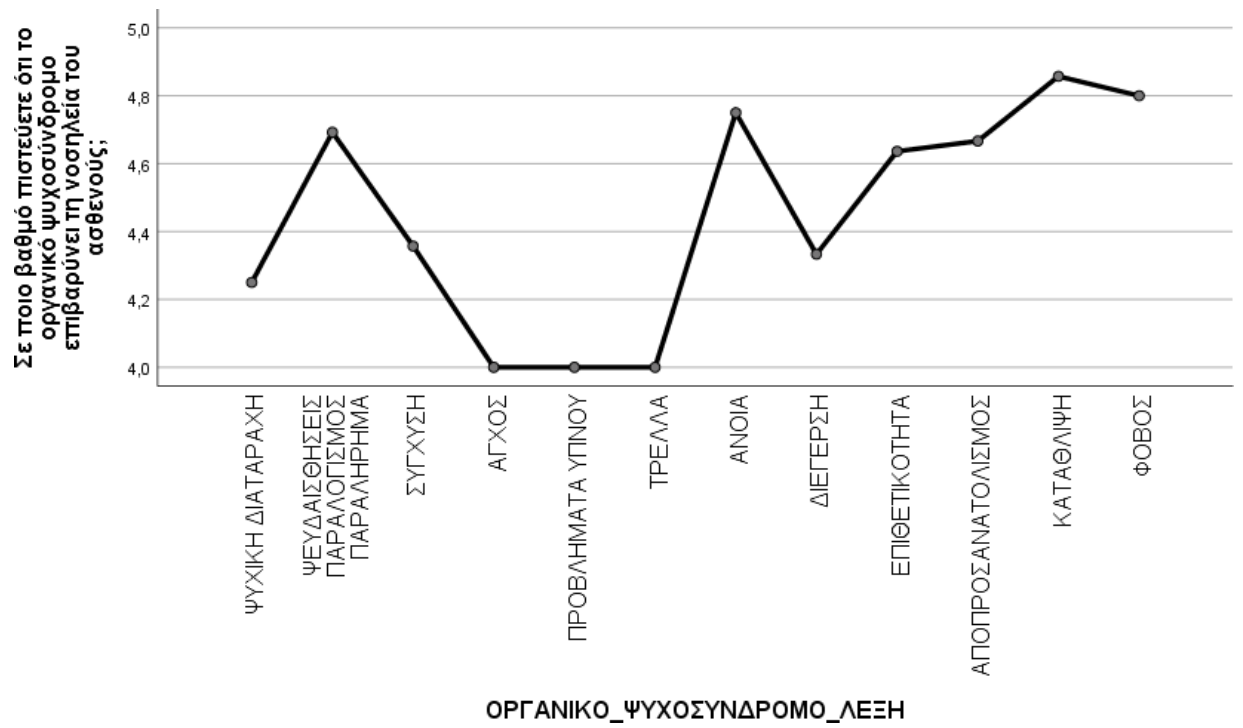
*Γράφημα 7: Συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών*

### **Διαφοροποιήσεις στις απόψεις για τους επιβαρυντικούς παράγοντες ανάλογα με τη λέξη**

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 10 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή ( $M=4,25$  ,  $SD=0,989$ ), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα ( $M=4,69$  ,  $SD=0,480$ ), με την σύγχυση ( $M=4,36$  ,  $SD=0,870$ ), με το άγχος ( $M=4,00$  ,  $SD=0,961$ ), με τα προβλήματα ύπνου ( $M=4,00$  ,  $SD=1,000$ ), με την τρέλα ( $M=4,00$  ,  $SD=1,000$ ), με την άνοια ( $M=4,75$  ,  $SD=0,500$ ), με την διέγερση ( $M=4,33$  ,  $SD=0,707$ ), με την επιθετικότητα ( $M=4,64$  ,  $SD=0,674$ ), με τον αποπροσανατολισμό ( $M=4,67$  ,  $SD=0,707$ ), με την κατάθλιψη ( $M=4,86$  ,  $SD=0,378$ ) και με τον φόβο ( $M=4,80$  ,  $SD=0,447$ ), καθώς  $p=0,149 > 0,05$ . Οι τιμές αποδίδονται γραφικά από το γράφημα μέσω των τιμών 8.

|   | N   | Mean | Std.<br>Deviation | Std.<br>Error | 95% Confidence Interval for<br>Mean |             | p     |
|---|-----|------|-------------------|---------------|-------------------------------------|-------------|-------|
|   |     |      |                   |               | Lower Bound                         | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ                            | 24  | 4,25 | ,989              | ,202          | 3,83                                | 4,67        | 0,149 |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ<br>ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ<br>ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ | 13  | 4,69 | ,480              | ,133          | 4,40                                | 4,98        |       |
| ΣΥΓΧΥΣΗ                                     | 28  | 4,36 | ,870              | ,164          | 4,02                                | 4,69        |       |
| ΑΓΧΟΣ                                       | 27  | 4,00 | ,961              | ,185          | 3,62                                | 4,38        |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΝΟΥ                            | 3   | 4,00 | 1,000             | ,577          | 1,52                                | 6,48        |       |
| ΤΡΕΛΛΑ                                      | 3   | 4,00 | 1,000             | ,577          | 1,52                                | 6,48        |       |
| ΑΝΟΙΑ                                       | 4   | 4,75 | ,500              | ,250          | 3,95                                | 5,55        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ                                    | 9   | 4,33 | ,707              | ,236          | 3,79                                | 4,88        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ                               | 11  | 4,64 | ,674              | ,203          | 4,18                                | 5,09        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ                          | 9   | 4,67 | ,707              | ,236          | 4,12                                | 5,21        |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ                                   | 7   | 4,86 | ,378              | ,143          | 4,51                                | 5,21        |       |
| ΦΟΒΟΣ                                       | 5   | 4,80 | ,447              | ,200          | 4,24                                | 5,36        |       |
| Total                                       | 143 | 4,38 | ,838              | ,070          | 4,24                                | 4,52        |       |

*Πίνακας 9: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς;» ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου*



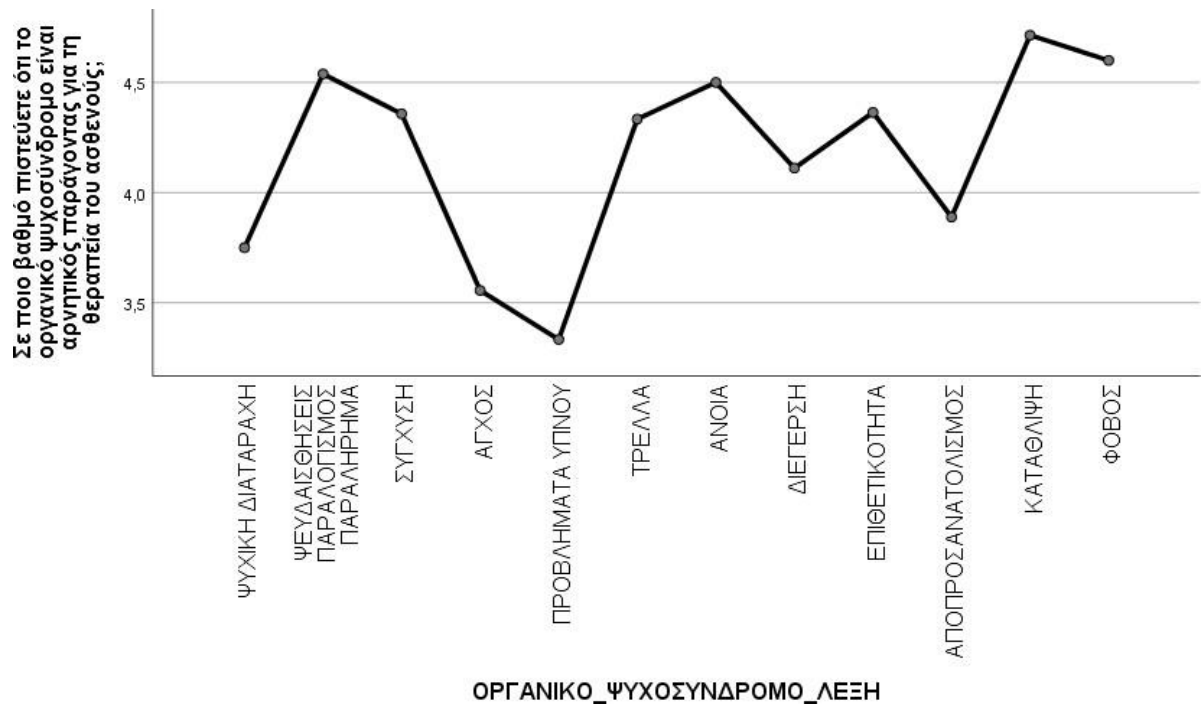
Γράφημα 8: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς /Λέξη



Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 11 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή ( $M=3,75$  ,  $SD=0,944$ ), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα ( $M=4,54$  ,  $SD=0,660$ ), με την σύγχυση ( $M=4,36$  ,  $SD=0,870$ ), με το άγχος ( $M=3,56$  ,  $SD=1,188$ ), με τα προβλήματα ύπνου ( $M=3,33$  ,  $SD=0,577$ ), με την τρέλα ( $M=4,33$  ,  $SD=1,155$ ), με την άνοια ( $M=4,50$  ,  $SD=0,577$ ), με την διέγερση ( $M=4,11$  ,  $SD=0,782$ ), με την επιθετικότητα ( $M=4,36$  ,  $SD=0,674$ ), με τον αποπροσανατολισμό ( $M=3,89$  ,  $SD=0,928$ ), με την κατάθλιψη ( $M=4,71$  ,  $SD=0,488$ ) και με τον φόβο ( $M=4,60$  ,  $SD=0,548$ ), καθώς  $p=0,006<0,05$ . Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι τιμές του άγχους είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά από τις τιμές της σύγχυσης και των «ψευδαισθήσεων, του παραλογισμού και του παραληρήματος». Οι διαφορές που εντοπίστηκαν αποδίδονται από το γράφημα 9.

|                      | N         | Mean        | Std. Deviation | Std. Error  | 95% Confidence Interval for Mean |             | p     |
|----------------------|-----------|-------------|----------------|-------------|----------------------------------|-------------|-------|
|                      |           |             |                |             | Lower Bound                      | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ     | 24        | 3,75        | ,944           | ,193        | 3,35                             | 4,15        | 0,006 |
| <b>ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ</b> | <b>13</b> | <b>4,54</b> | <b>,660</b>    | <b>,183</b> | <b>4,14</b>                      | <b>4,94</b> |       |
| <b>ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ</b>  |           |             |                |             |                                  |             |       |
| <b>ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ</b>    |           |             |                |             |                                  |             |       |
| <b>ΣΥΓΧΥΣΗ</b>       | <b>28</b> | <b>4,36</b> | <b>,870</b>    | <b>,164</b> | <b>4,02</b>                      | <b>4,69</b> |       |
| <b>ΑΓΧΟΣ</b>         | <b>27</b> | <b>3,56</b> | <b>1,188</b>   | <b>,229</b> | <b>3,09</b>                      | <b>4,03</b> |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΝΟΥ     | 3         | 3,33        | ,577           | ,333        | 1,90                             | 4,77        |       |
| ΤΡΕΛΛΑ               | 3         | 4,33        | 1,155          | ,667        | 1,46                             | 7,20        |       |
| ΑΝΟΙΑ                | 4         | 4,50        | ,577           | ,289        | 3,58                             | 5,42        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ             | 9         | 4,11        | ,782           | ,261        | 3,51                             | 4,71        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ        | 11        | 4,36        | ,674           | ,203        | 3,91                             | 4,82        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣ/ΣΜΟΣ         | 9         | 3,89        | ,928           | ,309        | 3,18                             | 4,60        |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ            | 7         | 4,71        | ,488           | ,184        | 4,26                             | 5,17        |       |
| ΦΟΒΟΣ                | 5         | 4,60        | ,548           | ,245        | 3,92                             | 5,28        |       |
| Total                | 143       | 4,08        | ,953           | ,080        | 3,93                             | 4,24        |       |

*Πίνακας 10: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου*

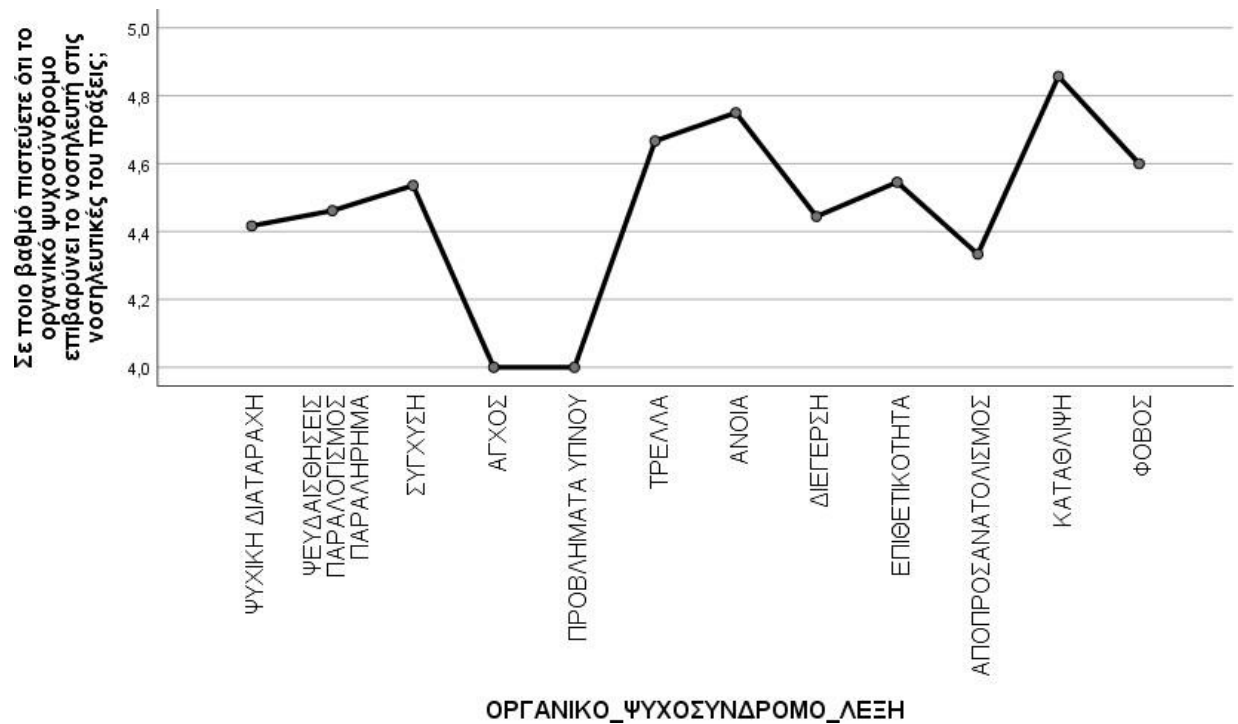


Γράφημα 9: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; /Λέξη

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 12 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή (M=4,42 , SD=0,881), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα (M=4,46 , SD=0,660), με την σύγχυση (M=4,54 , SD=0,693), με το άγχος (M=4,00 , SD=1,109), με τα προβλήματα ύπνου (M=4,00 , SD=1,000), με την τρέλα (M=4,67 , SD=0,577), με την άνοια (M=4,75 , SD=0,500), με την διέγερση (M=4,44 , SD=0,726), με την επιθετικότητα (M=4,55 , SD=0,820), με τον αποπροσανατολισμό (M=4,33 , SD=0,707), με την κατάθλιψη (M=4,86 , SD=0,378) και με τον φόβο (M=4,60 , SD=0,548), καθώς  $p=0,382 > 0,05$ . Οι τιμές αποδίδονται γραφικά από το γράφημα μέσω τιμών 10.

|                  | N   | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             | p     |
|------------------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|-------|
|                  |     |      |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 24  | 4,42 | ,881           | ,180       | 4,04                             | 4,79        | 0,382 |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ    | 13  | 4,46 | ,660           | ,183       | 4,06                             | 4,86        |       |
| ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ     |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ       |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΣΥΓΧΥΣΗ          | 28  | 4,54 | ,693           | ,131       | 4,27                             | 4,80        |       |
| ΑΓΧΟΣ            | 27  | 4,00 | 1,109          | ,214       | 3,56                             | 4,44        |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ       | 3   | 4,00 | 1,000          | ,577       | 1,52                             | 6,48        |       |
| ΥΠΝΟΥ            |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΤΡΕΛΑ            | 3   | 4,67 | ,577           | ,333       | 3,23                             | 6,10        |       |
| ΑΝΟΙΑ            | 4   | 4,75 | ,500           | ,250       | 3,95                             | 5,55        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ         | 9   | 4,44 | ,726           | ,242       | 3,89                             | 5,00        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ    | 11  | 4,55 | ,820           | ,247       | 3,99                             | 5,10        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣ/ΣΜΟΣ     | 9   | 4,33 | ,707           | ,236       | 3,79                             | 4,88        |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ        | 7   | 4,86 | ,378           | ,143       | 4,51                             | 5,21        |       |
| ΦΟΒΟΣ            | 5   | 4,60 | ,548           | ,245       | 3,92                             | 5,28        |       |
| Total            | 143 | 4,41 | ,824           | ,069       | 4,27                             | 4,54        |       |

*Πίνακας 11: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου*

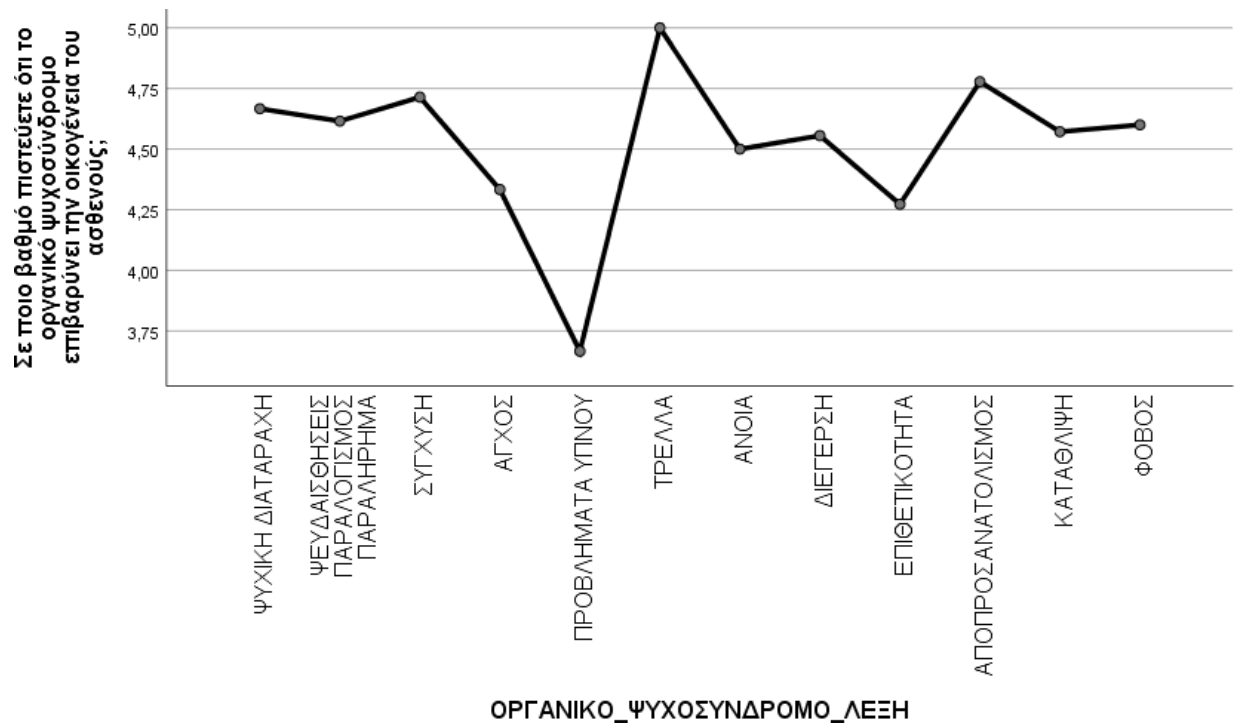


Γράφημα 10: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις;/ Λέξη

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 13 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή ( $M=4,67$  ,  $SD=0,761$ ), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα ( $M=4,62$  ,  $SD=0,506$ ), με την σύγχυση ( $M=4,71$  ,  $SD=0,460$ ), με το άγχος ( $M=4,33$  ,  $SD=0,920$ ), με τα προβλήματα ύπνου ( $M=3,67$  ,  $SD=1,155$ ), με την τρέλα ( $M=5,00$  ,  $SD=0,000$ ), με την άνοια ( $M=4,50$  ,  $SD=1,000$ ), με την διέγερση ( $M=4,56$  ,  $SD=0,527$ ), με την επιθετικότητα ( $M=4,27$  ,  $SD=1,009$ ), με τον αποπροσανατολισμό ( $M=4,78$  ,  $SD=0,441$ ), με την κατάθλιψη ( $M=4,57$  ,  $SD=0,787$ ) και με τον φόβο ( $M=4,60$  ,  $SD=0,548$ ), καθώς  $p=0,321 > 0,05$ . Οι τιμές αποδίδονται γραφικά από το γράφημα μέσω των τιμών 11.

|                  | N   | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             | p     |
|------------------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|-------|
|                  |     |      |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 24  | 4,67 | ,761           | ,155       | 4,35                             | 4,99        | 0,321 |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ    | 13  | 4,62 | ,506           | ,140       | 4,31                             | 4,92        |       |
| ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ     |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ       |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΣΥΓΧΥΣΗ          | 28  | 4,71 | ,460           | ,087       | 4,54                             | 4,89        |       |
| ΑΓΧΟΣ            | 27  | 4,33 | ,920           | ,177       | 3,97                             | 4,70        |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ       | 3   | 3,67 | 1,155          | ,667       | ,80                              | 6,54        |       |
| ΥΠΝΟΥ            |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΤΡΕΛΛΑ           | 3   | 5,00 | ,000           | ,000       | 5,00                             | 5,00        |       |
| ΑΝΟΙΑ            | 4   | 4,50 | 1,000          | ,500       | 2,91                             | 6,09        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ         | 9   | 4,56 | ,527           | ,176       | 4,15                             | 4,96        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ    | 11  | 4,27 | 1,009          | ,304       | 3,59                             | 4,95        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣ  | 9   | 4,78 | ,441           | ,147       | 4,44                             | 5,12        |       |
| ΜΟΣ              |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ        | 7   | 4,57 | ,787           | ,297       | 3,84                             | 5,30        |       |
| ΦΟΒΟΣ            | 5   | 4,60 | ,548           | ,245       | 3,92                             | 5,28        |       |
| Total            | 143 | 4,55 | ,728           | ,061       | 4,43                             | 4,67        |       |

*Πίνακας 12: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς;» ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσύνδρομου.*



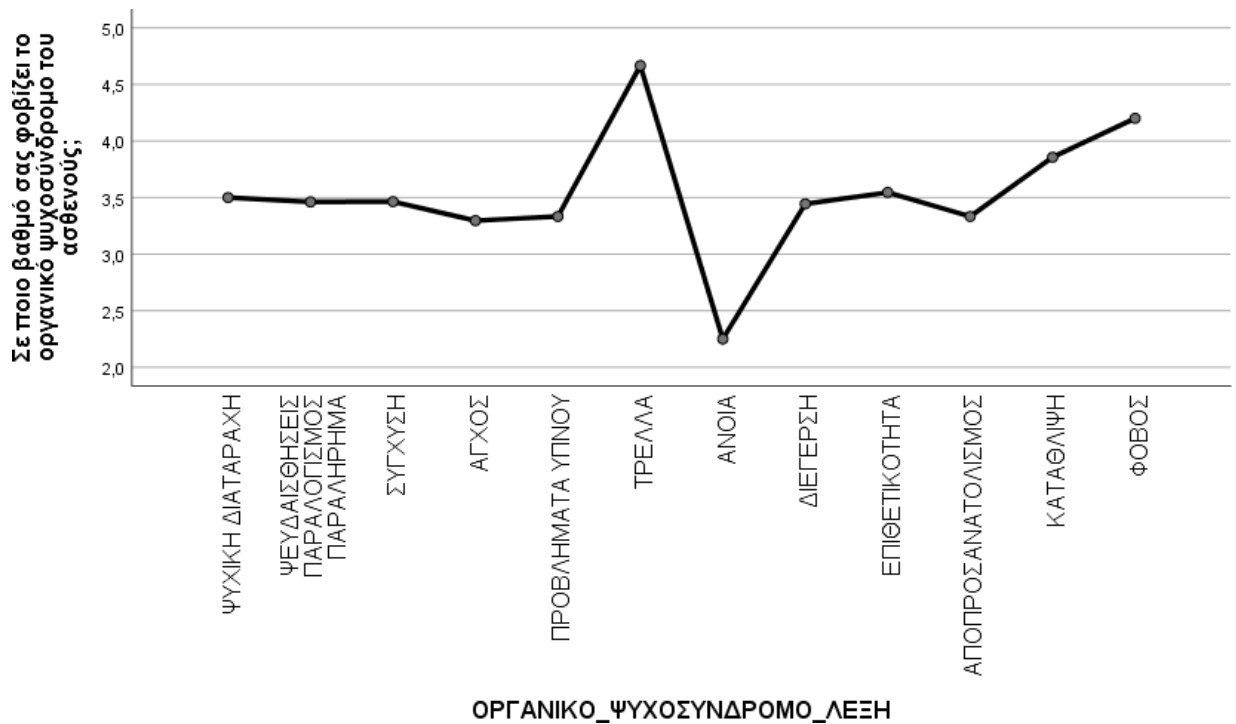
Γράφημα 11: Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς /Λέξη

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 14 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή (M=3,50 , SD=1,180), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα (M=3,46 , SD=1,330), με την σύγχυση (M=3,46 , SD=1,261), με το άγχος (M=3,30 , SD=1,463), με τα προβλήματα ύπνου (M=3,33 , SD=1,528), με την τρέλα (M=4,67 , SD=0,577), με την άνοια (M=2,25, SD=0,957), με την διέγερση (M=3,44 , SD=1,130), με την επιθετικότητα (M=3,55 , SD=1,036), με τον αποπροσανατολισμό (M=3,33 , SD=0,866), με την κατάθλιψη (M=3,86 , SD=1,069) και με τον φόβο (M=4,20 , SD=0,837), καθώς  $p=0,528 > 0,05$ . Οι τιμές αποδίδονται γραφικά από το γράφημα μέσω των τιμών 12.

|                  | N   | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             | p     |
|------------------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|-------|
|                  |     |      |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 24  | 3,50 | 1,180          | ,241       | 3,00                             | 4,00        | 0,528 |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ    | 13  | 3,46 | 1,330          | ,369       | 2,66                             | 4,27        |       |
| ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ     |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ       |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΣΥΓΧΥΣΗ          | 28  | 3,46 | 1,261          | ,238       | 2,98                             | 3,95        |       |
| ΑΓΧΟΣ            | 27  | 3,30 | 1,463          | ,282       | 2,72                             | 3,87        |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ       | 3   | 3,33 | 1,528          | ,882       | -,46                             | 7,13        |       |
| ΥΠΝΟΥ            |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΤΡΕΛΛΑ           | 3   | 4,67 | ,577           | ,333       | 3,23                             | 6,10        |       |
| ΑΝΟΙΑ            | 4   | 2,25 | ,957           | ,479       | ,73                              | 3,77        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ         | 9   | 3,44 | 1,130          | ,377       | 2,58                             | 4,31        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ    | 11  | 3,55 | 1,036          | ,312       | 2,85                             | 4,24        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣ  | 9   | 3,33 | ,866           | ,289       | 2,67                             | 4,00        |       |
| ΜΟΣ              |     |      |                |            |                                  |             |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ        | 7   | 3,86 | 1,069          | ,404       | 2,87                             | 4,85        |       |
| ΦΟΒΟΣ            | 5   | 4,20 | ,837           | ,374       | 3,16                             | 5,24        |       |
| Total            | 143 | 3,47 | 1,221          | ,102       | 3,27                             | 3,67        |       |

*Πίνακας 13: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου*



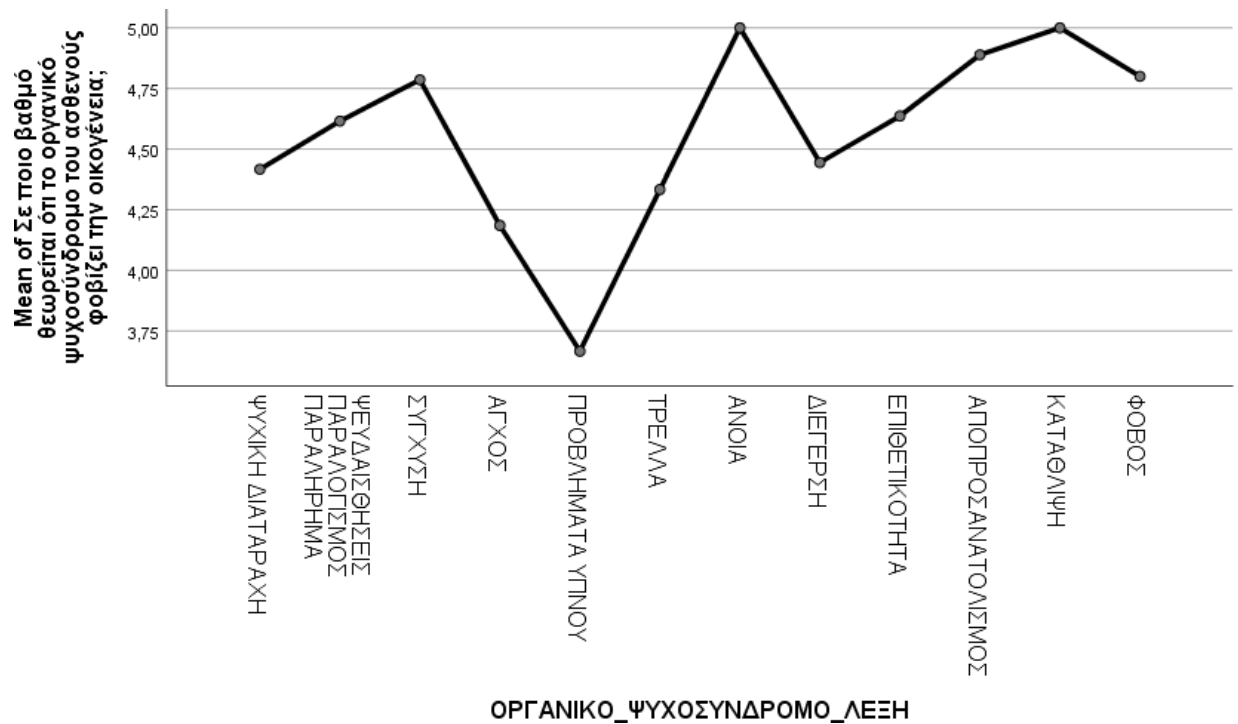


Γράφημα 12: Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς;/ Λέξη

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 14 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια;» ανάλογα με την ψυχική διαταραχή ( $M=4,42$  ,  $SD=0,881$ ), με τις ψευδαισθήσεις, τον παραλογισμό και το παραλήρημα ( $M=4,62$  ,  $SD=0,506$ ), με την σύγχυση ( $M=4,79$  ,  $SD=0,499$ ), με το άγχος ( $M=4,19$  ,  $SD=1,039$ ), με τα προβλήματα ύπνου ( $M=3,67$  ,  $SD=0,577$ ), με την τρέλα ( $M=4,33$  ,  $SD=1,155$ ), με την άνοια ( $M=5,00$  ,  $SD=0,000$ ), με την διέγερση ( $M=4,44$  ,  $SD=0,527$ ), με την επιθετικότητα ( $M=4,64$  ,  $SD=0,674$ ), με τον αποπροσανατολισμό ( $M=4,89$  ,  $SD=0,333$ ), με την κατάθλιψη ( $M=5,00$  ,  $SD=0,000$ ) και με τον φόβο ( $M=4,80$  ,  $SD=0,447$ ), καθώς  $p=0,025<0,05$ . Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι τιμές του άγχους είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με τις τιμές της σύγχυσης. Οι διαφορές που εντοπίστηκαν αποδίδονται από το γράφημα 13.

Πίνακας 14: Ύπαρξη διαφοροποίησης της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια; » ανάλογα με τα συμπτώματα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου

|                  | N         | Mean        | Std. Deviation | Std. Error  | 95% Confidence Interval for Mean |             | p     |
|------------------|-----------|-------------|----------------|-------------|----------------------------------|-------------|-------|
|                  |           |             |                |             | Lower Bound                      | Upper Bound |       |
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 24        | 4,42        | ,881           | ,180        | 4,04                             | 4,79        | 0,025 |
| ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ    | 13        | 4,62        | ,506           | ,140        | 4,31                             | 4,92        |       |
| ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ     |           |             |                |             |                                  |             |       |
| ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ       |           |             |                |             |                                  |             |       |
| <b>ΣΥΓΧΥΣΗ</b>   | <b>28</b> | <b>4,79</b> | <b>,499</b>    | <b>,094</b> | <b>4,59</b>                      | <b>4,98</b> |       |
| <b>ΑΓΧΟΣ</b>     | <b>27</b> | <b>4,19</b> | <b>1,039</b>   | <b>,200</b> | <b>3,77</b>                      | <b>4,60</b> |       |
| ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ       | 3         | 3,67        | ,577           | ,333        | 2,23                             | 5,10        |       |
| ΥΠΝΟΥ            |           |             |                |             |                                  |             |       |
| ΤΡΕΛΛΑ           | 3         | 4,33        | 1,155          | ,667        | 1,46                             | 7,20        |       |
| ΑΝΟΙΑ            | 4         | 5,00        | ,000           | ,000        | 5,00                             | 5,00        |       |
| ΔΙΕΓΕΡΣΗ         | 9         | 4,44        | ,527           | ,176        | 4,04                             | 4,85        |       |
| ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ    | 11        | 4,64        | ,674           | ,203        | 4,18                             | 5,09        |       |
| ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣ  | 9         | 4,89        | ,333           | ,111        | 4,63                             | 5,15        |       |
| ΜΟΣ              |           |             |                |             |                                  |             |       |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ        | 7         | 5,00        | ,000           | ,000        | 5,00                             | 5,00        |       |
| ΦΟΒΟΣ            | 5         | 4,80        | ,447           | ,200        | 4,24                             | 5,36        |       |
| Total            | 143       | 4,55        | ,748           | ,063        | 4,43                             | 4,68        |       |



Γράφημα 13: Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια; / Λέξη

Στον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως κύρια αιτία 10 (7,1%) απάντησαν την ηλικία, 17 (12,1%) απάντησαν τον περιβάλλοντα χώρο, 4 (2,9%) απάντησαν τσι αμνησιακές διαταραχές, 7 (5,0%) απάντησαν τον γενετικό παράγοντα, 2 (1,4%) απάντησαν την διασωλήνωση, 8(5,7%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (0,7%) απάντησε τους εξωγενείς παράγοντες, 7(5%) απάντησαν λοιμώδη νοσήματα, 7 (5%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 1(0,7%) απάντησε τα μεταβολικά νοσήματα, 13 (9,3%) απάντησαν τα νοσήματα ΚΝΣ, 12 (8,6%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 32 (22,9%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 3(2,1%) απάντησαν την συνοσηρότητα, 6 (4,3%) απάντησαν το χειρουργείο, 3 (2,1%) απάντησαν την χρήση του καθετήρα και 7 (5%) απάντησαν τις ψυχολογικές διαταραχές.

Πίνακας 16: Αιτία 1

|                |                            | N     | %     |
|----------------|----------------------------|-------|-------|
| ΑΙΤΙΑ 1        | ΗΛΙΚΙΑ                     | 10,0  | 7,1%  |
|                | ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ                 | 17,0  | 12,1% |
|                | ΧΩΡΟΣ                      |       |       |
|                | ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ                 | 4,0   | 2,9%  |
|                | ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                 |       |       |
|                | ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ                  | 7,0   | 5,0%  |
|                | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                 |       |       |
|                | ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ                | 2,0   | 1,4%  |
|                | ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ               | 8,0   | 5,7%  |
|                | ΟΥΣΙΕΣ                     |       |       |
|                | ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ                  | 1,0   | 0,7%  |
|                | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                 |       |       |
|                | ΛΟΙΜΩΔΗ                    | 7,0   | 5,0%  |
|                | ΝΟΣΗΜΑΤΑ                   |       |       |
|                | ΜΕΙΩΜΕΝΗ                   | 7,0   | 5,0%  |
|                | ΠΑΡΟΧΗ Ο <sub>2</sub> ΣΤΟΝ |       |       |
|                | ΕΓΚΕΦΑΛΟ                   |       |       |
|                | ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ                 | 1,0   | 0,7%  |
|                | ΝΟΣΗΜΑΤΑ                   |       |       |
|                | ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ               | 13,0  | 9,3%  |
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ   | 12,0                       | 8,6%  |       |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ | 32,0                       | 22,9% |       |
| ΦΟΡΤΗΣΗ        | -                          |       |       |
| ΔΥΣΦΟΡΙΑ       |                            |       |       |
| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ  | 3,0                        | 2,1%  |       |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ    | 6,0                        | 4,3%  |       |
| ΧΡΗΣΗ          | 3,0                        | 2,1%  |       |
| ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ   |                            |       |       |

|                           |     |      |
|---------------------------|-----|------|
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 7,0 | 5,0% |
|---------------------------|-----|------|

Στον πίνακα 17 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 2<sup>η</sup> κύρια αιτία, 5 (3,5%) δεν έδωσαν καμία απάντηση, 11 (7,7%) απάντησαν τον περιβάλλοντα χώρο, 4 (2,8%) απάντησαν τις αμνησιακές διαταραχές, 3 (2,1%) απάντησαν τον γενετικό παράγοντα, 1 (0,7%) απάντησε την διασωλήνωση, 10 (7%) απάντησε την εξάρτηση από τις ουσίες, 2 (1,4%) απάντησαν τους εξωγενείς παράγοντες, 5 (3,5%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 7 (4,9%) απάντησαν την ηλικία, 12(8,4%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 4 (2,8%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 5 (3,5%) απάντησαν τα μεταβολικά νοσήματα, 16 (11,2%) απάντησαν τα νοσήματα ΚΝΣ, 13 (9,1%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 28 (19,6%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, οι 7 (4,9%) απάντησαν την συννοσηρότητα, 1 (0,7%) απάντησαν τις τοξικές ουσίες, οι 2(1,4%) απάντησαν τον χαρακτήρα, 1 (0,7%) απάντησε το χειρουργείο και τέλος μόλις 6 (4,2%) απάντησαν τις ψυχολογικές διαταραχές.

*Πίνακας 17: Αιτία 2*

|  | N    | %     |
|--|------|-------|
| ΑΙΤΙΑ 2 ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ                       | 5,0  | 3,5%  |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                             | 11,0 | 7,7%  |
| ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                        | 4,0  | 2,8%  |
| ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 3,0  | 2,1%  |
| ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ                                  | 1,0  | 0,7%  |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ                          | 10,0 | 7,0%  |
| ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 2,0  | 1,4%  |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                    | 5,0  | 3,5%  |
| ΗΛΙΚΙΑ                                       | 7,0  | 4,9%  |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                             | 12,0 | 8,4%  |
| ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ Ο <sub>2</sub> ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 4,0  | 2,8%  |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                          | 5,0  | 3,5%  |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                                 | 16,0 | 11,2% |

|                                   |      |       |
|-----------------------------------|------|-------|
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                      | 13,0 | 9,1%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΗΣΗ - ΔΥΣΦΟΡΙΑ | 28,0 | 19,6% |
| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                     | 7,0  | 4,9%  |
| ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ                    | 1,0  | 0,7%  |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                        | 2,0  | 1,4%  |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                       | 1,0  | 0,7%  |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ            | 6,0  | 4,2%  |

Στον πίνακα 18 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 3<sup>η</sup> κύρια αιτία, 5 (3,9%) απάντησαν τις αμνησιακές διαταραχές, 1 (0,8%) απάντησε την απουσία ύπνου, 3 (2,3%) απάντησαν τον γενετικό παράγοντα, 1 (0,8%) απάντησε την διασωλήνωση, 8 (6,3%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (0,8%) απάντησε τους εξωγενείς παράγοντες, 8 (6,3%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 6(4,7%) απάντησαν το ιστορικό παραληρήματος, 6 (4,7%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 5 (3,9%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 2 (1,6%) απάντησαν τα μεταβολικά νοσήματα, οι 18 (14,1) απάντησαν τα νοσήματα ΚΝΣ, 6 (4,7%) απάντησε τον περιβάλλοντα χώρο, 11 (8,6%) απάντησε την πολυφαρμακία, 1 (0,8%) απάντησε τον πόνο, 28 (21,9%) απάντησε την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 4 (3,1%) απάντησε τη συννοσηρότητα, 3 (2,3%) απάντησαν τον χαρακτήρα, 3 (2,3%) απάντησε το χειρουργείο, 1 (0,8%) απάντησε την χρήση ουροκαθετήρα και 6 (4,7%) απάντησαν τις ψυχολογικές διαταραχές.

Πίνακας 18: Αιτία 3

|         |                       | Count | Column N % |
|---------|-----------------------|-------|------------|
| ΑΙΤΙΑ 3 | ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 5,0   | 3,9%       |
|         | ΑΠΟΥΣΙΑ ΥΠΝΟΥ         | 1,0   | 0,8%       |
|         | ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ  | 3,0   | 2,3%       |
|         | ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ           | 1,0   | 0,8%       |
|         | ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ   | 8,0   | 6,3%       |
|         |                       |       |            |

|   |      |       |
|---|------|-------|
| ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ<br>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 1,0  | 0,8%  |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                    | 8,0  | 6,3%  |
| ΗΛΙΚΙΑ  | 6,0  | 4,7%  |
| ΙΣΤΟΡΙΚΟ<br>ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ                       | 1,0  | 0,8%  |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                                | 6,0  | 4,7%  |
| ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ<br>O <sub>2</sub> ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 5,0  | 3,9%  |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ<br>ΝΟΣΗΜΑΤΑ                          | 2,0  | 1,6%  |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                                    | 18,0 | 14,1% |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                                | 6,0  | 4,7%  |
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                                    | 11,0 | 8,6%  |
| ΠΟΝΟΣ   | 1,0  | 0,8%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ<br>ΦΟΡΤΗΣΗ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ             | 28,0 | 21,9% |
| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                                   | 4,0  | 3,1%  |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                                      | 3,0  | 2,3%  |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                                     | 3,0  | 2,3%  |
| ΧΡΗΣΗ<br>ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ                           | 1,0  | 0,8%  |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                       | 6,0  | 4,7%  |

Στον πίνακα 19 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 4<sup>η</sup> κύρια αιτία, 4 (3,8%) απάντησαν τις αμνησιακές διαταραχές, 1 (1,0%) απάντησε τον γενετικό παράγοντα, 2(1,9%) απάντησαν την διασωλήνωση, 7 (6,7%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 2 (1,9%) απάντησαν τους εξωγενείς παράγοντες , 9 (8,7%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 3 (2,9%) απάντησαν την ηλικία, 2 ( 1,9%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 3 (2,9%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 3 (2,9%) απάντησαν τα

μεταβολικά νοσήματα , 1 (1,0%) απάντησαν τις μεταβολικές διαταραχές, 12 (11,5%) απάντησαν τα νοσήματα ΚΝΣ, 5 (4,8%) απάντησαν τον περιβάλλοντα χώρο, 9 (8,7%) απάντησαν τη πολυφαρμακία, 2 (1,9%) απάντησαν τον πόνο, 22 (21,2%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 2 (1,9%) απάντησαν την συννοσηρότητα, 3 (2,9%) απάντησαν τις τοξικές ουσίες, 3 (2,9%) απάντησαν τον χαρακτήρα, 2 (1,9%) απάντησαν το χειρουργείο, 1 (1,0%) απάντησε την χρήση ουροκαθετήρα και 6 (5,8%) απάντησαν τος ψυχολογικές διαταραχές.

|                    |  | N    | %     |
|--------------------|--|------|-------|
| ΑΙΤΙΑ 4            | ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                        | 4    | 3,8%  |
|                    | ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 1    | 1,0%  |
|                    | ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ                                  | 2    | 1,9%  |
|                    | ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ                          | 7    | 6,7%  |
|                    | ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 2    | 1,9%  |
|                    | ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                    | 9    | 8,7%  |
|                    | ΗΛΙΚΙΑ                                       | 3    | 2,9%  |
|                    | ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                             | 2    | 1,9%  |
|                    | ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ Ο <sub>2</sub> ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 3    | 2,9%  |
|                    | ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                          | 3    | 2,9%  |
|                    | ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                       | 1    | 1,0%  |
|                    | ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                                 | 12   | 11,5% |
|                    | ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                             | 5    | 4,8%  |
|                    | ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                                 | 9    | 8,7%  |
|                    | ΠΟΝΟΣ  | 2    | 1,9%  |
|                    | ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΗΣΗ - ΔΥΣΦΟΡΙΑ            | 22   | 21,2% |
|                    | ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                                | 2    | 1,9%  |
|                    | ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ                               | 3    | 2,9%  |
|                    | ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                                   | 3    | 2,9%  |
|                    | ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                                  | 2    | 1,9%  |
| ΧΡΗΣΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ | 1  | 1,0% |       |



Πίνακας 19 : Αιτία 4

Στον πίνακα 20 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 5<sup>η</sup> κύρια αιτία, 2 (2,7%) απάντησαν τις αμνησιακές διαταραχές, 2 (2,7%) απάντησαν την απουσία ύπνου, 3 (4,1%) απάντησαν τον γενετικό παράγοντα, 8 (10,8%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (1,4%) απάντησαν τους εξωγενείς παράγοντες, 5 (6,8%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 1 (1,4%) απάντησε την ηλικία, 5(6,8%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 7 (9,5%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 6 (8,1%) απάντησαν τα μεταβολικά νοσήματα, 7 (9,5%) απάντησαν νοσήματα ΚΝΣ, 1 (1,4%) απάντησε τον περιβάλλοντα χώρο, 5 (6,8%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 1 (1,4%) απάντησε τον πόνο, 12 (16,2%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 1 (1,4%) απάντησε τις τοξικές ουσίες, 1 (1,4%) απάντησε τον χαρακτήρα, 3 (4,1%) απάντησε το χειρουργείο και 3 (4,1%) απάντησαν τις ψυχολογικές διαταραχές.

Πίνακας 20: Αιτία 5

|  | N | %     |
|--|---|-------|
| ΑΙΤΙΑ 5 ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                | 2 | 2,7%  |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΥΠΝΟΥ                                | 2 | 2,7%  |
| ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 3 | 4,1%  |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ                          | 8 | 10,8% |
| ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                         | 1 | 1,4%  |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                    | 5 | 6,8%  |
| ΗΛΙΚΙΑ                                       | 1 | 1,4%  |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                             | 5 | 6,8%  |
| ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ Ο <sub>2</sub> ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 7 | 9,5%  |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                          | 6 | 8,1%  |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                                 | 7 | 9,5%  |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                             | 1 | 1,4%  |

|                                     |    |       |
|-------------------------------------|----|-------|
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                        | 5  | 6,8%  |
| ΠΟΝΟΣ                               | 1  | 1,4%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ<br>ΦΟΡΤΗΣΗ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ | 12 | 16,2% |
| ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ                      | 1  | 1,4%  |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                          | 1  | 1,4%  |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                         | 3  | 4,1%  |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ           | 3  | 4,1%  |

Στον πίνακα 21 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 6<sup>η</sup> κύρια αιτία, 4 (8,5%) απάντησαν τις αμνησιακές διαταραχές, 1 (2,1%) απάντησαν την απουσία ύπνου, 6 (12,8%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (2,1%) απάντησαν τους εξωγενείς παράγοντες, 1 (2,1%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 2 (4,3%) απάντησε την ηλικία, 1 (2,1%) απάντησε την κακή θρέψη, 4 (8,5%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 1 (2,1%) απάντησαν την μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, 5 (10,6%) απάντησαν τα μεταβολικά νοσήματα, 7(14,9%) απάντησαν νοσήματα ΚΝΣ, 4 (8,5%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 1 (2,1%) απάντησε τον πόνο, 2 (4,3%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 1 (2,1%) απάντησε τις τοξικές ουσίες, 1 (2,1%) απάντησε τον χαρακτήρα και 3 (6,4%) απάντησαν τις ψυχολογικές διαταραχές.

*Πίνακας 21: Αιτία 6*

|                                  | N | %     |
|----------------------------------|---|-------|
| ΑΙΤΙΑ 6 ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 4 | 8,5%  |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΥΠΝΟΥ                    | 1 | 2,1%  |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ              | 6 | 12,8% |
| ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ             | 1 | 2,1%  |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ     | 1 | 2,1%  |
| ΗΛΙΚΙΑ                           | 2 | 4,3%  |
| ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ                       | 1 | 2,1%  |

|                                     |   |       |
|-------------------------------------|---|-------|
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                    | 4 | 8,5%  |
| ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ Ο2<br>ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 1 | 2,1%  |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                 | 5 | 10,6% |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                        | 7 | 14,9% |
| ΠΟΛΥΑΦΑΡΜΑΚΙΑ                       | 4 | 8,5%  |
| ΠΟΝΟΣ                               | 1 | 2,1%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ<br>ΦΟΡΤΗΣΗ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ | 2 | 4,3%  |
| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                       | 2 | 4,3%  |
| ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ                      | 1 | 2,1%  |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                          | 1 | 2,1%  |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ           | 3 | 6,4%  |

Στον πίνακα 22 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 7<sup>η</sup> κύρια αιτία, 3 (12,0%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (4,0%) απάντησαν τους εξωγενείς παράγοντες, 1 (4,0%) απάντησαν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 1 (4,0%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 3 (12,0%) απάντησαν τα μεταβολικά νοσήματα, 1 (4,0%) απάντησαν νοσήματα ΚΝΣ, 3 (12,0%) απάντησαν τον περιβάλλοντα χώρο, 1 (4,0%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 1 (4,0%) απάντησε τον πόνο, 5 (20,0%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 1 (4,0%) απάντησε τις συνοσηρότητες, 4 (16,0%) απάντησε το χειρουργείο.

*Πίνακας 22: Αιτία 7*

|                              | N | %     |
|------------------------------|---|-------|
| ΑΙΤΙΑ 7 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ  | 3 | 12,0% |
| ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ<br>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ      | 1 | 4,0%  |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 1 | 4,0%  |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ             | 1 | 4,0%  |

|                                     |   |       |
|-------------------------------------|---|-------|
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ<br>ΝΟΣΗΜΑΤΑ              | 3 | 12,0% |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                        | 1 | 4,0%  |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                    | 3 | 12,0% |
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                        | 1 | 4,0%  |
| ΠΟΝΟΣ                               | 1 | 4,0%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ<br>ΦΟΡΤΗΣΗ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ | 5 | 20,0% |
| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                       | 1 | 4,0%  |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                         | 4 | 16,0% |

Στον πίνακα 23 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Ποια θεωρείται τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου;» ως 8<sup>η</sup> κύρια αιτία, 1 (7,7%) απάντησε την απουσία ύπνου, 2 (15,4%) απάντησαν την εξάρτηση από τις ουσίες, 1 (7,7%) απάντησε την ηλικία, 2 (15,4%) απάντησαν τα λοιμώδη νοσήματα, 1 (7,7%) απάντησε τα μεταβολικά νοσήματα, 2 (15,4%) απάντησαν νοσήματα ΚΝΣ, 1 (7,7%) απάντησαν την πολυφαρμακία, 2 (15,4%) απάντησαν την συναισθηματική φόρτιση και δυσφορία, 1 (7,7%) απάντησε τις ψυχολογικές διαταραχές.

*Πίνακας 23: Αιτία 8*

|                                     | N | %     |
|-------------------------------------|---|-------|
| ΑΙΤΙΑ 8                             |   |       |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΥΠΝΟΥ                       | 1 | 7,7%  |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ                 | 2 | 15,4% |
| ΗΛΙΚΙΑ                              | 1 | 7,7%  |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                    | 2 | 15,4% |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ<br>ΝΟΣΗΜΑΤΑ              | 1 | 7,7%  |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                        | 2 | 15,4% |
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                        | 1 | 7,7%  |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ<br>ΦΟΡΤΗΣΗ -ΔΥΣΦΟΡΙΑ | 2 | 15,4% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ<br>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ           | 1 | 7,7%  |

Στον παρακάτω πίνακα 24 παρατηρούνται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα από τους προηγούμενους πίνακες αναφορικά με τα αίτια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Παρατηρείται ότι ως πρώτη αιτία είναι η συναισθηματική φόρτιση – δυσφορία. Δεύτερη αιτία καταδείχθηκαν τα νοσήματα ΚΝΣ. Τρίτη αιτία η εξάρτηση από ουσίες και η πολυφαρμακία. Τέταρτη αιτία ο περιβάλλοντας χώρος και τα λοιμώδη νοσήματα. Πέμπτη αιτία οι ψυχολογικές διαταραχές, η μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, τα μεταβολικά νοσήματα ενώ επακολουθούν οι αμνησιακές διαταραχές, οι γενετικοί παράγοντες.

Πίνακας 24 : Συγκεντρωτικός πίνακας αιτιών

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| ΗΛΙΚΙΑ                                  | 30  | 4%    |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΩΡΟΣ                        | 43  | 6%    |
| ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                   | 23  | 3%    |
| ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                    | 17  | 3%    |
| ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ                             | 6   | 1%    |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ                     | 52  | 8%    |
| ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                   | 9   | 1%    |
| ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                        | 39  | 6%    |
| ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ Ο <sub>2</sub> ΕΓΚΕΦΑΛΟ | 27  | 4%    |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ                     | 26  | 4%    |
| ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΝΣ                            | 76  | 11%   |
| ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ                            | 56  | 8%    |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜ. ΦΟΡΤΙΣΗ-ΔΥΣΦΟΡΙΑ             | 131 | 19%   |
| ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ                          | 19  | 3%    |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ                             | 19  | 3%    |
| ΧΡΗΣΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ                      | 5   | 1%    |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                  | 32  | 5%    |
| ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ                          | 5   | 1%    |
| ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ               | 29  | 4%    |
| ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ                          | 6   | 1%    |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ                              | 10  | 1%    |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΥΠΝΟΥ                           | 5   | 1%    |
| ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ                  | 1   | 0,15% |
| ΠΟΝΟΣ                                   | 6   | 1%    |
| ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ                  | 1   | 0,15% |
| ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ                              | 1   | 0,10% |

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Συζήτηση

### 6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Το παραλήρημα, όπως ορίζεται από το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τη συνείδηση, που χαρακτηρίζεται από γνωστική εξασθένηση και μειωμένη ικανότητα εστίασης στο περιβάλλον. Διαταράσσονται επίσης οι γνωστικές διαδικασίες της μνήμης, της αντίληψης και της περιβαλλοντικής κατανόησης. Ο επιπολασμός του παραλήρημα αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς (Krupa et al, 2022).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της τρέχουσας μελέτης, οι νοσηλευτές τείνουν να συσχετίζουν τον όρο «οργανικό ψυχοσύνδρομο» με μια σειρά εικόνων όπως σύγχυση, άγχος, ψυχική διαταραχή, παραισθήσεις, παραλογισμός, παραλήρημα, επιθετικότητα, διέγερση, αποπροσανατολισμός, κατάθλιψη, φόβος, άνοια, προβλήματα ύπνου και τρέλα. Η επικρατούσα αντίληψη μεταξύ των νοσηλευτών είναι ότι η σύγχυση είναι η πιο συχνά παρατηρούμενη εκδήλωση αυτής της πάθησης εφόσον περιγράφηκε από το 19,6% των συμμετεχόντων.

Οι νοσηλευτές δήλωσαν συλλογικά ότι η παρουσία οργανικού ψυχοσυνδρόμου επηρεάζει σημαντικά την εμπειρία νοσηλείας του ασθενούς. Επιπλέον, αποτελεί ως επί το πλείστον επιζήμιο στοιχείο στο θεραπευτικό σχήμα του ασθενούς. Αυτό επιβαρύνει σημαντικά τον νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις, καθώς και την οικογένεια του ασθενούς. Τελικά, αυτή η κατάσταση προκαλεί σημαντικό φόβο τόσο στο άτομο που υποβάλλεται σε θεραπεία όσο και στους άμεσους συγγενείς του.

Συμπερασματικά, όσον αφορά τη διάδοσή του στο κλινικό περιβάλλον και την κατανόηση των υποκείμενων αιτιών του, έχει γίνει φανερό ότι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση συγκεκριμένων εικόνων είναι η συναισθηματική δυσφορία, οι διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, η εξάρτηση από ουσίες και η ταυτόχρονη χρήση πολλαπλών φαρμάκων, περιβαλλοντικοί παράγοντες, μολυσματικές ασθένειες, ψυχολογικές διαταραχές, μειωμένη εγκεφαλική οξυγόνωση, μεταβολικές διαταραχές που οδηγούν σε αμνησιακές διαταραχές και γενετική προδιάθεση.

Σύμφωνα με τον Moscovici (1973), η έννοια των κοινωνικών αναπαραστάσεων χρησιμοποιείται για να εξηγήσει την κατασκευή συγκεκριμένων συστημάτων αξιών, ιδεών και πρακτικών διαφορετικών κοινωνιών, εξυπηρετώντας το διττό σκοπό της εγκαθίδρυσης μιας τάξης που δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να κατευθύνονται και να επικοινωνούν με την κοινωνική τους ομάδα μέσω της χρήσης κωδικών. Αυτές οι αναπαραστάσεις, ή κώδικες, διαπερνούν όλες τις πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών δυναμικών, των πολιτισμικών κανόνων και των δομών εξουσίας. Υποτιμητικοί κώδικες που διαταράσσουν τις έννοιες του ατόμου για την υγεία-ασθένεια και τον εαυτό μπορεί να έχουν ουσιαστικές στιγματιστικές επιπτώσεις για την ταυτότητα όσων πάσχουν από ψυχική διαταραχή (Howarth et al., 2004). Η έρευνα βασίζεται στη βιβλιογραφία σχετικά με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας και του στίγματος για να εξετάσει την επίδραση των κοινωνικών δομών στη διαδικασία λήψης μιας διάγνωσης.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το συγκεκριμένο θέμα κατέδειξαν τα παρακάτω. Το θέμα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας, ιδίως αν λάβουμε υπόψη τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη γήρανση του πληθυσμού. Τα διακριτά εμπόδια που συναντούν συχνά οι νοσηλευτές στο περιβάλλον νοσηλείας σε σχέση με τον εντοπισμό και τη θεραπεία του παραληρήματος βρέθηκαν μέσω της μελέτης συζητήσεων και ερευνών σε ομάδες εστίασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές εξέφρασαν την υποστήριξή τους σε πολλά θέματα που σχετίζονται με τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου. Αυτές οι προκλήσεις περιελάμβαναν την αξιολόγηση και την τεκμηρίωση των οξέων αποκλίσεων από τη βασική γραμμή, την απουσία τυποποιημένων προσεγγίσεων για την αξιολόγηση των γνωστικών τομέων και την ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου παραληρήματος έχει επίσης ελεγχθεί, καθώς οι θετικές διαλογές παραληρήματος δεν προκαλούν περαιτέρω παρέμβαση στην εγκατάστασή μας. Η καθημερινή κλινική επιβάρυνση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη βελτιστοποίηση του προσυμπτωματικού ελέγχου και της φροντίδας για παραλήρημα. Επιπλέον, οι νοσηλευτές αναφέρουν έλλειψη αντιληπτής υποστήριξης από την ηγεσία του νοσοκομείου στη διενέργεια προβολών παραληρήματος. Οι νοσηλευτές εξέφρασαν την ενθάρρυνση σε εργαλεία υποστήριξης αποφάσεων, όπως αυτοματοποιημένους τηλεειδοποιητές και συναγερμούς, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να ενσωματωθούν με



πρωτόκολλα παρεμβάσεων, μέσα στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας. Αυτές οι πρωτοβουλίες έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν την ευαισθητοποίηση για το παραλήρημα και να παρέχουν τυποποιημένη φροντίδα για το παραλήρημα σε όλο το ίδρυμα (Ragheb et al, 2023).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ευθυγραμμίζονται με προηγούμενες έρευνες και προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας που είχαν ως στόχο τον εντοπισμό εμποδίων στην ανίχνευση και τη θεραπεία του παραληρήματος. Σύμφωνα με μια προηγούμενη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας που διεξήχθη σε μια εξέχουσα εκπαιδευτική ιατρική μονάδα, ανακαλύφθηκε ότι οι γιατροί συχνά απέτυχαν να εντοπίσουν τις αναπαραστάσεις των περιπτώσεων παραληρήματος (Tauro, 2014). Η σύγχυση και η κακή αναγνώριση που εντοπίστηκε σε αυτή τη μελέτη μπορεί να διανεμηθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως υποδεικνύεται από τα δεδομένα της έρευνας. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η ανεπαρκής παροχή εκπαίδευσης για το παραλήρημα, η οποία μπορεί να είχε ως αποτέλεσμα την έλλειψη γνώσης και κατανόησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, η κυμαινόμενη φύση του παραληρήματος, που χαρακτηρίζεται από τη διαλείπουσα και μεταβλητή εμφάνισή του, θα μπορούσε να έχει συμβάλει περαιτέρω στη σύγχυση και στη δυσκολία αναγνώρισης της πάθησης. Τέλος, η παρουσία του υποδραστικού υποτύπου του παραληρήματος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα και μπορεί να μην εμφανίζει τα τυπικά υπερκινητικά συμπτώματα, πιθανότατα προστίθεται στις προκλήσεις για την ακριβή αναγνώριση και διάγνωση του παραληρήματος. Ομοίως, έρευνες που διεξήχθησαν στα πλαίσια του τμήματος επειγόντων περιστατικών και της μονάδας εντατικής θεραπείας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές συχνά εκφράζουν συναισθήματα κατάθλιψης και δυσφορίας με τα εργαλεία ελέγχου παραληρήματος. Επιπλέον, αντιλαμβάνονται ότι στον εντοπισμό του παραληρήματος δεν δίνεται μεγάλη πολιτιστική σημασία (Eagles et al, 2022). Τα μοτίβα που παρατηρήθηκαν βρέθηκαν να είναι συνεπή μεταξύ των νοσηλευτών εντός του ιδρύματός μας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον, οι πιθανοί τομείς για βελτίωση της φροντίδας παραληρήματος για νοσηλευόμενους ασθενείς περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση εμποδίων που σχετίζονται με τον έλεγχο παραληρήματος, τη δυναμική του νοσοκομείου που επηρεάζεται από συστημικούς παράγοντες και την ανάπτυξη μεθόδων διαχείρισης, όπως συστήματα υποστήριξης αποφάσεων και πρωτόκολλα παρεμβάσεων. Αυτοί οι

τομείς ενδέχεται να στοχεύουν σε ένα μελλοντικό πρόγραμμα εφαρμογής με στόχο την ενίσχυση της φροντίδας για παραλήρημα για τους εσωτερικούς ασθενείς.

Αυτή η μελέτη επεκτείνεται περαιτέρω σε προηγούμενη έρευνα και παρέχει νέες προοπτικές σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές. Τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε προηγούμενες μελέτες (Eagles et al, 2022; Lee & Roh, 2021; El Hussein et al, 2015), οι νοσηλευτές έχουν εκφράσει με συνέπεια τη δυσφορία τους ή/και την ανεπαρκή εκπαίδευση τους στη χρήση εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου παραληρήματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτής της έρευνας, οι νοσηλευτές εξέφρασαν σημαντικές προκλήσεις στο να διακρίνουν με ακρίβεια οξείες αλλαγές στη γνωστική λειτουργία σε σύγκριση με το βασικό επίπεδο ενός ατόμου.

Η χρήση τακτικών και τυποποιημένων εκπαιδευτικών συνεδριών έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση και να ενισχύσει την επάρκεια στη χρήση τεχνικών προσυμπτωματικού ελέγχου παραληρήματος. Αν και ο έλεγχος για παραλήρημα μπορεί να είναι περιορισμένος λόγω των τρεχουσών κλινικών απαιτήσεων, η εφαρμογή συγκεκριμένων συστημάτων υποστήριξης αποφάσεων, θα μπορούσε ενδεχομένως να μειώσει τον φόρτο εργασίας εντοπίζοντας ασθενείς υψηλού κινδύνου, βοηθώντας στην κλινική απόφαση -κατασκευή και καθοδήγηση ασθενών προς προγράμματα πρόληψης παραληρήματος (Inouye et al, 1999). Οι νοσηλευτές έχουν εκφράσει ανησυχίες για την προφανή απουσία συντονισμού της φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επιπρόσθετα, η διαχείριση του παραληρήματος πραγματοποιείται ανά μονάδα χωρίς τη χρήση τυποποιημένων νοσοκομειακών διαδικασιών. Οι βέλτιστες αναλογίες προσωπικού νοσηλευτών έχουν τη δυνατότητα να διευκολύνουν την εφαρμογή κατάλληλων, τεκμηριωμένων θεραπειών για το παραλήρημα, ειδικά σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα οξύτητας. Επιπλέον, οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι η ρητή συμπερίληψη του παραληρήματος ως δείκτη ποιότητας μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη προσοχή από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Αυτές οι ιδέες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στόχοι για περαιτέρω έρευνα που επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας και στην εφαρμογή αλλαγών.

Συμπερασματικά, υπογραμμίζει τα σημαντικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα εσωτερικού νοσοκομείου όσον αφορά τον εντοπισμό και τη θεραπεία του παραληρήματος. Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη εφαρμογής τυποποιημένων, βασισμένων σε στοιχεία

μονοπατιών θεραπείας για το παραλήρημα. Προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η κλινική πρακτική που σχετίζεται με το παραλήρημα, μπορεί να διεξαχθεί μια προοπτική μελέτη εφαρμογής, η οποία θα αντιμετωπίζει συγκεκριμένα τα εμπόδια που έχουν εντοπιστεί.

Η βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει εκτενώς τους συντελεστές κινδύνου που συνδέονται με την εκδήλωση παραληρήματος. Η κατηγορία περιλαμβάνει διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, οι γνωστικές δυσκολίες, οι διαταραχές των αισθήσεων, οι διαταραχές ύπνου, ο περιορισμός των κινήσεων, η απουσία ενυδάτωσης και η λήψη ηρεμιστικών (American Psychiatric Association, 2001). Τα ευρήματα από την έρευνα CSD1, συμπεριλαμβανομένου του πρώτου και των επόμενων γύρων, υποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πολωνικές CSICU διαθέτουν την ικανότητα να εντοπίζουν και να διαγιγνώσκουν αποτελεσματικά περιπτώσεις παραληρήματος μεταξύ των ασθενών τους. Οι νοσηλευτές κατέχουν πλήρη κατανόηση των θεμελιωδών εκδηλώσεων του παραληρήματος, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, της γνωστικής εξασθένησης, της έλλειψης κατεύθυνσης και της αυξημένης ανησυχίας. Αντίθετα, οι Voyer, F.M. et al. (2012) έχουν δείξει ότι η αναγνώριση του παραληρήματος στους ασθενείς είναι μια ουσιαστική πρόκληση για τους νοσηλευτές. Παγκόσμιες πρωτοβουλίες υλοποιούνται με στόχο την ενίσχυση του εντοπισμού και της αναγνώρισης του παραληρήματος σε παγκόσμια κλίμακα. Ως αποτέλεσμα αυτής της παρέμβασης, υπάρχει μια σημαντική ευκαιρία να μετριαστούν οι αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με το παραλήρημα. Στην πρώτη φάση της δοκιμής CSD2, οι νοσηλευτές εξέφρασαν τη σημασία της χρήσης σωματικού περιορισμού ως μέσου διαχείρισης του παραληρήματος. Η χρήση φυσικού περιορισμού είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών, που χρησιμεύει ως τελευταία παρέμβαση και εφαρμόζεται για τη συντομότερη δυνατή διάρκεια. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου η χρήση «μέτρων σωματικού περιορισμού» είναι απαραίτητη σε επαγγελματικό περιβάλλον. Κατά συνέπεια, συνιστάται η παροχή κατάλληλων συμβουλών και εκπαίδευσης σχετικά με τη σωστή χρήση τέτοιων μέτρων. Παρά την απουσία οριστικών κριτηρίων που να επιτρέπουν τη χρήση σωματικού εξαναγκασμού, οι νοσηλευτές ασκούν αυτονομία στη λήψη κρίσεων σχετικά με την εφαρμογή του. Σύμφωνα με τον Salluch, ο J.I.F. et al. (2012), πολλά ιδρύματα συμμετέχουν σε έρευνα σχετικά με την αξιολόγηση του παραληρήματος στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Ωστόσο, παρά αυτές τις προσπάθειες, υπάρχει επί του παρόντος έλλειψη καθιερωμένων πρωτοκόλλων ή παρεμβάσεων που μετριάσουν ή

εξαλείφουν αποτελεσματικά την εμφάνιση παραληρήματος. Η τρέχουσα έρευνα αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές δεν έδειξαν ανησυχίες σχετικά με την ανάγκη να αυξηθεί η δόση των ηρεμιστικών φαρμάκων. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να αποδοθεί σε περιορισμένη κατανόηση των πιθανών προβλημάτων που σχετίζονται με την προαναφερθείσα λειτουργία. Δεν υπήρξε καμία συζήτηση από τους νοσηλευτές στον πρώτο γύρο σχετικά με τις ανησυχίες τους σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις που σχετίζονται με την ακινητοποίηση του ασθενούς. Κατά τη διάρκεια της επόμενης φάσης της μελέτης, οι νοσηλευτές αναγνώρισαν μια αυξημένη κατανόηση σχετικά με την πιθανή επιδείνωση της κατάστασης ενός ασθενούς παρουσία παραληρήματος λόγω ακινητοποίησης. Επιπλέον, αναγνώρισαν ότι η χορήγηση υψηλότερων δόσεων καταστολής χωρίς την κατάλληλη εξουσιοδότηση είναι παράνομη και επιζήμια για την ευημερία του ασθενούς. Οι νοσηλευτές στην επόμενη επανάληψη έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στην προληπτική πρόληψη των συμπτωμάτων παραληρήματος από την αρχή, αντί να καταφύγουν σε προσεγγίσεις που δεν συνάδουν με την καθιερωμένη γνώση, τα νομικά πρότυπα και τις ηθικές αρχές. Στην έρευνά τους, οι Ribeiro, R.S. et al. (2015) παρατήρησαν ότι οι νοσηλευτές εξέφρασαν ανησυχίες για την ακατάλληλη χρήση της σωματικής βίας. Τα άτομα εκδήλωσαν ανησυχία σχετικά με την ανάληψη ευθύνης σε περίπτωση εμφάνισης ενός δυσμενούς περιστατικού. Τόσο στον Γύρο 1 όσο και στον Γύρο 2 της έρευνας CDS3, αποδείχθηκε ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν σημαντικές προκλήσεις στη διαχείριση ασθενών με παραλήρημα. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, οι ασθενείς που χρειάζονται καταστολή παρουσιάζουν καλύτερη διαχείριση, καθώς είναι λιγότερο πιθανό να δημιουργήσουν διαταραχές. Κατά τον πρώτο γύρο, παρατηρήθηκε ότι κανένας από τους συμμετέχοντες δεν εντόπισε την αρνητική επίδραση της παρατεταμένης καταστολής τόσο στη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ όσο και στις συνολικές παραμέτρους του ασθενούς. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης, οι νοσηλευτές αναγνώρισαν την τάση τους να αυξάνουν ανεξάρτητα τις δόσεις ηρεμιστικών, καθώς η αποτυχία να το κάνουν μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού παρουσία ενός ταραγμένου ασθενή. Κατά τη δεύτερη συνεδρία, οι νοσηλευτές τόνισαν την αυξημένη επίγνωσή τους για τις δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την εκτεταμένη καταστολή μετά την εκπαίδευσή τους. Στην εργασία τους, οι Krupa et al. παρείχε μια περιεκτική περιγραφή πολλών πρωτοκόλλων φαρμακευτικής θεραπείας που χρησιμοποιούνται σε άτομα με διάγνωση παραλήρημα. Στην κριτική που παρέχεται, φαίνεται ότι δεν υπάρχει ένα συνεπές πρότυπο που χρησιμοποιείται στην παγκόσμια αγορά.

Ο Bourne (2008) υπογράμμισε στην έρευνά του τις πιθανές συνέπειες που σχετίζονται με την υπερβολική καταστολή, συμπεριλαμβανομένης της αιμοδυναμικής αστάθειας, της παρατεταμένης μηχανικής αναπνοής και της επιστροφής του παραληρήματος. Οι δυσμενείς συνέπειες των οπιοειδών κατά την παρατεταμένη χρήση σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς. Στην έρευνα φάνηκε ότι καμία από τις νοσοκόμες δεν έκανε καμία αναφορά σε αυτές τις επιπτώσεις σε όλη την πρώτη φάση της δοκιμής. Συμπερασματικά οι νοσηλευτές είτε δεν είχαν επίγνωση σχετικά με αυτές τις επιδράσεις είτε δεν είχαν πλήρη εκπαίδευση σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες που σχετίζονται με τα χορηγούμενα φάρμακα. Η έρευνα του Svenningsen (2011) που διεξήχθη στη Δανία κρίθηκε καθοριστική για την αποσαφήνιση της σημασίας των ηρεμιστικών που χρησιμοποιούνται στην ιατρική πρακτική. Ο ερευνητής έδειξε ότι μεταξύ των ατόμων που έλαβαν καταστολή με φαιντανύλη, υπήρχε δεκαπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν μια κλιμάκωση του παραλήρημα. Σύμφωνα με τον Alexander (2012), η χρήση βενζοδιαζεπινών έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως διέγερση, επιθετικότητα, θυμό και σύγχυση.

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην πρώτη φάση της έρευνας CDS4 αναγνώρισαν ότι η ατμόσφαιρα που παρέχουν στους ασθενείς τους κατά τις περιόδους ανάπαυσης δεν είναι η βέλτιστη. Κατά τη διάρκεια του επόμενου γύρου έρευνας, οι νοσηλευτές τόνισαν την ανησυχία τους για την ακουστική έκθεση που βίωσε ένας βαρέως άρρωστος ασθενής που γνώριζε τους θορύβους και τις συνομιλίες που προέρχονταν από τον θάλαμό τους κατά τη διάρκεια της νυχτερινής υπηρεσίας. Αυτή η επίγνωση προκάλεσε μια αίσθηση δυσφορίας μεταξύ των νοσηλευτών. Η σημασία της περιβαλλοντικής εκπαίδευσης κρίθηκε πολύ σημαντική από τους νοσηλευτές, παράγοντας που προηγουμένως είχε παραβλεφθεί. Οι Lewandowska et al. (2020) υπογράμμισε ότι η ακουστικότητα των συναγερμών είναι ένα καθολικό χαρακτηριστικό στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Ο συγγραφέας τόνισε ότι οι νοσηλευτές θεωρούν τους συναγερμούς ως μια διάχυτη και ενοχλητική πτυχή στη φροντίδα ασθενών εντός της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Σύμφωνα με τους Ribeiro et al. (2015), η παρουσία σημαντικού εργατικού δυναμικού στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) συνδέεται με αυξημένα επίπεδα θορύβου. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης του, έχει παρατηρηθεί ότι οι κονσόλες νοσηλείας είναι συχνά τοποθετημένες σε κοντινή απόσταση από τα κρεβάτια των ασθενών, αλλά χωρίς άλλα μέσα για να ανταποκρίνονται άμεσα σε οποιαδήποτε πιθανή επιδείνωση της υγείας του

ασθενούς. Σύμφωνα με το Macedo (2009), τα υπερβολικά επίπεδα θορύβου έχουν αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους συναδέλφους που εργάζονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Ο συγγραφέας εντοπίζει πολλές κύριες συνέπειες του υπερβολικού θορύβου, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, του ερεθισμού, των μυϊκών συσπάσεων, του αυξημένου καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης και της μειωμένης ποιότητας ύπνου. Οι Silva et al. (2011) τόνισε ότι οι ασθενείς στη ΜΕΘ έχουν διαταραχές στον κερκάρδιο ρυθμό τους, οι οποίες μπορεί να μετριαστούν κάπως μέσω δραστηριοτήτων όπως οι τακτικές συζητήσεις και η χρήση φωτισμού. Η χρήση διορθωτικών γυαλιών και ακουστικών συσκευών έχει αποδειχθεί ότι δυνητικά μετριάξει την εμφάνιση παραληρήματος σε αυτή τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Η εκπαίδευση αναδείχθηκε ως μια ιδιαίτερα τονισμένη πτυχή μέσα στον λόγο της έρευνας. Πριν από την ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση, ο πρώτος γύρος συλλογής δεδομένων αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές εξέφρασαν ανησυχίες για την ανεπαρκή γνώση τους σχετικά με το θέμα του παραληρήματος.

## 6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα εργασία συνέβαλε στο να κατανοήσω καλύτερα σε προσωπικό επίπεδο την έννοια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έχει ως κίνητρο την ενίσχυση των γνώσεων και της επαγγελματικής μου εμπειρίας ως νοσηλεύτρια, όπου έχω συναντήσει συχνά ασθενείς που πάσχουν από οργανικό ψυχοσύνδρομο. Όταν αναζήτησα τη βιβλιογραφία για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας, είχα συγκεκριμένες εικόνες στο μυαλό μου αναφορικά με το οργανικό σύνδρομο και θα μου ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να δω πόσο αυτό που εγώ είχα ως εικόνα ήταν κοινό και με άλλους νοσηλευτές. Επίσης ήταν ενδιαφέρον να διαπιστωθεί και κατά πόσο το οργανικό ψυχοσύνδρομο επηρεάζει την νοσηλευτική μας πρακτική έχοντας επίγνωση αυτών των εικόνων.

Από την όλη διαδικασία, τόσο της βιβλιογραφικής αναζήτησης όσο και της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές κατά την πλειοψηφία τους έχουν συγκεκριμένη εικόνα για το οργανικό ψυχοσύνδρομο ωστόσο δεν έχουν την εκπαίδευση αλλά και την εμπειρία να το αντιμετωπίσουν. Έτσι η συμβολή της παρούσας εργασίας είναι σημαντική καθώς αναγνωρίζονται οι εικόνες που αφορούν το οργανικό ψυχοσύνδρομο

και τις αιτίες που το προκαλούν ώστε να είναι εφικτό να βοηθηθεί η νοσηλευτική πρακτική.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η παρούσα μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο, λόγω περιορισμένου χρόνου. Υπήρξαν καθυστερήσεις στη διανομή των ερωτηματολογίων λόγω διαδικαστικών θεμάτων έγκρισης της χορήγησης άδειας συλλογής ερευνητικών δεδομένων. Επίσης η ερευνήτρια αντιμετώπισε δυσκολία κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων, όχι λόγω έλλειψης θέλησης να συμπληρωθεί από τους δυνητικούς συμμετέχοντες, αλλά λόγω του γεγονότος ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο δεν ήταν γνωστό από όλους. Το δείγμα είναι μικρό για τη διεύρυνση των συμπερασμάτων της έρευνας. Ωστόσο είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθούν τα θετικά σημεία της ερευνητικής διαδικασίας. Ακολουθήθηκαν οι βασικές αρχές της ηθικής και δεοντολογίας, μια έρευνα που σχεδιάστηκε με ευκρινείς στόχους και σκοπούς και που διεκπεραιώθηκε με ποσοτική μεθοδολογία. Τα ερευνητικά εργαλεία συμπεριλαμβάνουν ερωτήσεις που αφήνουν τον συμμετέχοντα να εκφράσει με λέξεις, αβίαστα, την ακολουθία σκέψεων του στο οργανικό ψυχοσύνδρομο, χωρίς να παραβιαστεί η εγκυρότητα των απαντήσεων. Τέλος η κλίμακα Likert, που χρησιμοποιείται σε ορισμένα ερωτήματα, περιλαμβάνει μεγάλο εύρος χαρακτηριστικών, από καθόλου μέχρι πάρα πολύ, συνολικά πέντε διαβαθμίσεων.

### 6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παροχή εκπαίδευσης στο προσωπικό σχετικά με τον εντοπισμό και τη διαχείριση του παραληρήματος αποφέρει σημαντικά οφέλη όσον αφορά την κατανόηση των επιπτώσεων που σχετίζονται με την ανεπαρκή τεχνογνωσία σε αυτόν τον τομέα. Οι Forsgren et al. (2010) διεξήγαγαν μια έρευνα για την αξιολόγηση της διαγνωστικής ευαισθησίας του παραληρήματος στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) όταν δεν χρησιμοποιούνται μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η ευαισθησία της διάγνωσης παραληρήματος σε αυτό το πλαίσιο ήταν ιδιαίτερα χαμηλή.

Η ακριβής και έγκαιρη αναγνώριση του παραληρήματος συνδέεται σημαντικά με την τεχνογνωσία και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του νοσηλευτικού προσωπικού (Faria et al., 2013) υπογράμμισε τον κρίσιμο ρόλο της εκπαίδευσης ως θεμελίου για την εφαρμογή επιτυχημένων στρατηγικών παρέμβασης. Ο προαναφερόμενος συγγραφέας

υπογράμμισε στην επιστημονική του δημοσίευση την ύπαρξη ιδεών στην παγκόσμια σφαίρα για τη χρήση προκαταρκτικών αλγορίθμων που στοχεύουν στον μετριάσμό της συχνότητας του παραληρήματος. Οι προαναφερθέντες αλγόριθμοι περιλαμβάνουν μια αρχική φάση εκπαίδευσης. Στις επόμενες φάσεις, η εστίαση είναι στον εντοπισμό συγκεκριμένων μεταβλητών που σχετίζονται με τα τρωτά σημεία του ασθενούς, τον μετριάσμό των επιπτώσεων των περιβαλλοντικών συνθηκών του νοσοκομείου και σοβαρών ασθενειών, την εφαρμογή φαρμακολογικών θεραπειών και τη διεξαγωγή τακτικής παρακολούθησης της καταστολής και του παραληρήματος (Krupa et al, 2022).

### Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, οι νοσηλευτές από ότι διαφάνηκε από τη βιβλιογραφία έχουν ανεπαρκείς πληροφορίες και ικανότητες σχετικά με τα πολλά στοιχεία που συμβάλλουν στην εμφάνιση παραληρήματος. Επιπλέον, μπορεί να έχουν προκλήσεις στην αποτελεσματική επικοινωνία με ασθενείς που βιώνουν παραλήρημα. Μπορεί να υπάρχει έλλειψη ευαισθητοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις των παρεμβάσεων τους στη διαχείριση του παραληρήματος. Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης εκπαίδευσης, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν στρατηγικές για την πρόληψη του παραληρήματος, οι οποίες να περιλαμβάνουν αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας με τον ασθενή και με τους οικείους του (Krupa et al, 2022).

Σύμφωνα με τους νοσηλευτές της παρούσας έρευνας, ακούγοντας τη λέξη οργανικό ψυχοσύνδρομο τη συνδέουν με τη σύγχυση, μετέπειτα με το άγχος, την ψυχική διαταραχή, τις ψευδαισθήσεις – τον παραλογισμό – το παραλήρημα, την επιθετικότητα, τη διέγερση και τον αποπροσανατολισμό, την κατάθλιψη, το φόβο, την άνοια, τα προβλήματα ύπνου και την τρέλα με πιο κοινή εικόνα τη σύγχυση.

Όλοι οι νοσηλευτές υποστήριξαν ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς. Περαιτέρω, ότι είναι σε μεγάλο βαθμό αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς, επιβαρυνόμενος κυρίως από τις αντιληπτικές διαταραχές και το άγχος. Επιβαρύνει επίσης σε μεγάλο βαθμό το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις αλλά και την οικογένεια του ασθενούς, με τη δεύτερη να επηρεάζεται περισσότερο από τη σύγχυση και το άγχος. Τέλος, σε μεγάλο βαθμό φοβίζει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.



Τέλος αναφορικά με τον τρόπο που διαχέεται στο κλινικό τμήμα, και κατανοώντας τις αιτίες που το προκαλούν διαφάνηκε ότι οι πιο σημαντικές αιτίες πρόκλησής των συγκεκριμένων εικόνων είναι η συναισθηματική φόρτιση – δυσφορία, τα νοσήματα ΚΝΣ, η εξάρτηση από ουσίες και η πολυφαρμακία, ο περιβάλλοντας χώρος και τα λοιμώδη νοσήματα, οι ψυχολογικές διαταραχές, η μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, τα μεταβολικά νοσήματα ενώ επακολουθούν οι αμνησιακές διαταραχές και οι γενετικοί παράγοντες.

## Λίστα παραπομπών

### *Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία*

Adriaenssens J., De Gucht V., Van Der Doef M., & Maes S (2011). Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1317–1328. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x

Alexander E. Delirium in the intensive care unit: Medications as risk factors. *Crit. Care Nurse*. 2009;29:85–87. doi: 10.4037/ccn2009986.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Revision. American Psychiatric Association; Washington, DC, USA: 2000

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC, (DSM-5®). (American Psychiatric Association Publishing, 2013).

Arenson BG, Macdonald LA, Grocott HP, Hiebert BM, Arora RC. (2013). Effect of intensive care unit environment on in-hospital delirium after cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*; 146: 172–178. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2012.12.042.

Bélanger L., & Ducharme F (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16, 303–315. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x

Bourne R.S. (2008) Delirium and use of sedation agents in intensive care. *Nurs. Crit. Care.* 2008;13:195–202. doi: 10.1111/j.1478-5153.2008.00278.x

Breitbart W., Gibson C., & Tremblay A (2002). The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43, 183–194. doi:10.1176/appi.psy.43.3.183

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Casey P. et al. (2019) Hospital discharge data under-reports delirium occurrence: results from a point prevalence survey of delirium in a major Australian health service. *Intern Med J* 49, 338–344, doi: 10.1111/imj.14066 (2019).

Cole MG et al. (2015) Partial and No Recovery from Delirium in Older Hospitalized Adults: Frequency and Baseline Risk Factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 63, 2340–2348, doi: 10.1111/jgs.13791.

Eagles D, Cheung WJ, Avlijas T, Yadav K, Ohle R, Taljaard M et al. (2022) Barriers and facilitators to nursing delirium screening in older emergency patients: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Age Ageing*. 2022;51.

El Hussein M, Hirst S, Salyers V. (2015) Factors that contribute to underrecognition of delirium by registered nurses in acute care settings: a scoping review of the literature to explain this phenomenon. *J Clin Nurs*. 2015;24:906–15.

Ely EW et al. (2001) The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive care medicine* 27, 1892–1900, doi: 10.1007/s00134-001-1132-2 (2001)

Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. (2001b). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*; 29: 1370–1379.

Farnsworth, B. (n.d.). Qualitative vs quantitative research – What is what? Retrieved from

<https://imotions.com/blog/qualitative-vs-quantitative-research/>

Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. (2012). A review: nursing of intensive care unit delirium. *The Journal of Neuroscience Nursing*; 44: 307–316.

Faria R.S.B., Moreno R.P. (2013) *Delirium: Uma Síndrome Mental Orgânica*. Volume 25. Editora Atheneu; São Paulo, Brazil: 2013. Delirium na unidade de terapia intensiva; pp. 137–147

Forsgren L.M., Eriksson M. (2010) Delirium—Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2010;26:296–303. doi: 10.1016/j.iccn.2010.07.003

Good H., (2023) What is phenomenology in qualitative research? Available at: <https://dovetail.com/research/phenomenology-qualitative-research/>

Guenther U, Theuerkauf N, Frommann I, Brimmers K, Malik R, Stori S, Scheidemann M, Putensen C, Popp J. (2013). Predisposing and precipitating factors of delirium after cardiac surgery: a prospective observational cohort study. *Annals of Surgery*; 257: 1160–1167. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318281b01c

Hanifa A. L. B., Bjerregaard A. A., Holm A., Dreyer P., (2023) Nurses' experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study, *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 79, 103508, ISSN 0964-3397, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103508>.

Hennink, M., Hutter, I. and Bailey, A. (2020) *Qualitative Research Methods*. SAGE Publications Limited, Thousand Oaks.

Holt R, Young J, Heseltine D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*; 42: 721–727. DOI: 10.1093/ageing/aft120.

Howarth, C., Foster, J., & Dorrer, N. (2004). Exploring the Potential of the Theory of Social Representations in Health Research and Vice Versa? *Journal of Health Psychology*, 9(2), 229-243. <https://doi.org/10.1177/1359105304040889>

Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*; 340: 669–676. DOI: 10.1056/nejm199903043400901.

iNTGRTY(2020) The Interrelatedness of Ontology, Epistemology, and Methodology Publishing and the Mentoring Network Journal Available at:

<http://www.intgrty.co.za/2020/02/26/the-interrelatedness-of-ontology-epistemology-and-methodology/>

Judge K. S., Menne H. L., & Whitlatch C. J (2010). Stress process model for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 50, 294–302. doi:10.1093/geront/gnp162

Juliebo V, Bjoro K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*; 57: 1354–1361. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x

Khachaturian AS et al. (2020) International drive to illuminate delirium: A developing public health blueprint for action. *Alzheimers Dement* 16, 711–725, doi: 10.1002/alz.12075 (2020).

Kothari, C. R. (2004). undefined. New Age International.

Krupa S, Friganović A, Oomen B, Benko S, Mędrzycka-Dąbrowska W. Nurses' Knowledge about Delirium in the Group of Intensive Care Units Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 27;19(5):2758. doi: 10.3390/ijerph19052758. PMID: 35270453; PMCID: PMC8909941.

Lee G, Roh YS. (2021) Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. *Nurs Crit Care*. 2021. <https://doi.org/10.1111/nicc.12724>.

Lewandowska K., Weisbrot M., Cieloszyk A., Mędrzycka-Dąbrowska W., Krupa S., Ozga D. (2020) Impact of Alarm Fatigue on the Work of Nurses in an Intensive Care Environment—A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:8409. doi: 10.3390/ijerph17228409.

Macedo I.S.C., Mateus D.C., Costa E.M.G.C., Asprino A.C.F., Lourenço E.A. (2009) Avaliação do ruído em unidades de terapia intensiva. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2009;75:844–846. doi: 10.1590/S1808-86942009000600012

Mariz J, Santos NC, Afonso H, Rodrigues P, Faria A, Sousa N, Teixeira J. (2013). Risk and clinical-outcome indicators of delirium in an Emergency Department Intermediate Care Unit (EDIMCU): an observational prospective study. *BMC Emergency Medicine*; 13: 2. DOI: 10.1186/1471-227X-13-2.

Mc Donnell S., & Timmins F (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2488–2498. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04130.x

McPherson JA, Wagner CE, Boehm LM, Hall JD, Johnson DC, Miller LR, Burns KM, Thompson JL, Shintani AK, Ely EW, Pandharipande PP. (2013). Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors. *Critical Care Medicine*; 41: 405–413. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31826ab49b.

Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 52: 79–90. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03557.x.

Morandi A, Jackson JC. (2011). Delirium in the intensive care unit: a review. *Neurol Clin.*; 29: 749–763. DOI: 10.1016/j.ncl. 2011.08.004.

Moscovici, S. (1973). Health and illness. A social psychological analysis. In C. Herzlich (Ed.), *Health and illness. A social psychological analysis*. Academic Press.

Muijs, D. (2010). *Doing quantitative research in education with SPSS*. SAGE.

Oldham MA & Holloway RG (2020) Delirium disorder: Integrating delirium and acute encephalopathy. *Neurology* 95, 173–178, doi: 10.1212/WNL.00000000000009949

Ouimet S. et al. (2007) Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive care medicine* 33, 1007–1013, doi: 10.1007/s00134-007-0618-y.

Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. (2007). Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Medicine*; 33: 66–73. DOI: 10.1007/s00134-006-0399-8.

Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2016). *How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. BMJ Open*, 6(1), e009678. doi:10.1136/bmjopen-2015-009678

Papaioannou M, Papastavrou E, Kouta C, Tsangari H, Merkouris A. (2023) Investigating nurses' knowledge and attitudes about delirium in older persons: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2023 Jan 11;22(1):10. doi: 10.1186/s12912-022-01158-9. PMID: 36631856; PMCID: PMC9832247.

Pandharipande PP et al. (2013) Long-term cognitive impairment after critical illness. *The New England journal of medicine* 369, 1306–1316, doi: 10.1056/NEJMoa1301372

Ragheb, J., Norcott, A., Benn, L. *et al.* (2023) Barriers to delirium screening and management during hospital admission: a qualitative analysis of inpatient nursing perspectives. *BMC Health Serv Res* 23, 712 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09681-4>



Reid, C., Calia, C., Guerra, C., Grant, L., Anderson, M., Chibwana, K., Kawale, P., & Amos, A. (2021). Ethics in global research: Creating a toolkit to support integrity and ethical action throughout the research journey. *Research Ethics*, 17(3), 359–374. <https://doi.org/10.1177/1747016121997522>

Ribeiro S.C.L., Nascimento E.R.P., Lazzari D.D., Jung W., Boes A.A., Bertencello K. Cilene. (2015) Knowledge of nurses about delirium in critical patients: Collective subject discourse. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24:513–520. doi: 10.1590/0104-07072015001702014.

Robinson TN, Raeburn CD, Tran ZV, Angles EM, Brenner LA, Moss M. (2009). Postoperative delirium in the elderly: risk factors and outcomes. *Annals of Surgery*; 249: 173–178. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31818e4776.

Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L, Weiner LS, Marcantonio ER, Jones RN, Inouye SK, Schulman-Green D. (2019) Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*. 2019 Mar 14;59(2):327-337. doi: 10.1093/geront/gnx153. PMID: 30870568; PMCID: PMC6417767.

Serafim RB, Dutra MF, Saddy F, Tura B, de Castro JE, Villarinho LC, da Gloria Santos M, Bozza FA, Rocco JR. (2012). Delirium in postoperative nonventilated intensive care patients: risk factors and outcomes. *Annals of Intensive Care*; 2: 51. DOI: 10.1186/2110-5820-2-51.

Sharma A, Malhotra S, Grover S, Jindal SK. (2012). Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: a study from India. *General Hospital Psychiatry*; 34: 639–646. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2012.06.009.

Silva C.L., Firmino J.S., Knopfholz J., Roznowski K.C. (2011) Delirium: Emergência clínica de difícil diagnóstico e os cuidados de enfermagem aos pacientes. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde.* 2011;17:91–97. doi: 10.5212/Publ.Biologicas.v.17i2.0002

Stenwall E., Sandberg J., Jönhagen M. E., & Fagerberg I (2007). Encountering the older confused patient: Professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 515–522. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00505.x

Svenningsen H., Tonnesen E. (2011) Delirium incidents in three Danish intensive care units. *Nurs. Crit. Care.* 2011;16:186–192. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00421.x.

Salluh J.I.F., Pandharipande P. (2012) Prevenção do delirium em pacientes críticos: Um recomeço? *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2012;24:1–3. doi: 10.1590/S0103-507X2012000100001.

Tachibana, M., Inada, T., Ichida, M., & Ozaki, N. (2021). Factors affecting hallucinations in patients with delirium. *Scientific reports*, 11(1).

Tauro R. (2014) Delirium awareness - improving recognition and management through education and use of a care pathway. *BMJ Qual Improv Rep.* 2014;2.

Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Critical Care*; 13: R77. DOI: 10.1186/cc7892.

Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*; 26: 277–287. DOI: 10.1016/j.bpa.2012.07.003.

Vidan MT, Sanchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*; 57: 2029–2036. DOI: 10.1111/j.1532- 5415.2009.02485.x.

Voyer P., Richard S., McCusker J., Cole M.G., Monette J., Champoux N., Ciampi A., Belzile E. (2012) Detection of delirium and its symptoms by nurses working in a long term care facility. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2012;13:264–271. doi: 10.1016/j.jamda.2010.11.002

Wells LG. (2012). Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Australian Critical Care*; 25: 157–161. DOI: 10.1016/j.aucc.2012.03.002.

Williams ST, Dhesi JK & Partridge JSL (2020) Distress in delirium: causes, assessment and management. *Eur Geriatr Med* 11, 63–70, doi: 10.1007/s41999-019-00276-z (2020).

Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, Slooter AJC, Ely EW. (2020) Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 12;6(1):90. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Dec 1;6(1):94. PMID: 33184265; PMCID: PMC9012267

Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R, Guideline Development G. (2010). Diagnosis, prevention, and management of delirium: Summary of NICE guidance. *BMJ*; 341: c3704. DOI: 10.1136/ bmj.c3704.

### ***Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία***

Ίσσαρη Φ., Πούρκος Μ., (2015) Ποιοτική Έρευνα Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών ΑΘΗΝΑ

Παπαγεωργίου Γ., (2014) Ποσοτική έρευνα Διαθέσιμο στο:  
[https://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou\\_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf](https://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf)



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

|  |  |
|--|--|
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :</b>             | <b>ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ</b>                          |
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :</b>         | <b>ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ</b>                                  |
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :</b> | <b>ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ</b><br><b>ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ</b> |

**1. Ενδεικτικός Τίτλος :**

**«ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

**1. Σύνοψη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :**

Οι ασθενείς με οργανοψυχωσικό σύνδρομο ζουν εκτός πραγματικότητας, επηρεασμένοι από γεγονότα του παρελθόντος, που τα εντάσσουν στο παρόν. Ο λόγος τους είναι ακατανόητος και η συμπεριφορά τους ανάρμοστη, πολλές φορές. Είναι μια περιπέτεια στη ζωή του ασθενή, που αφήνει «πληγές», γιατί πολλοί θυμούνται εκ των υστέρων τα όσα συνέβησαν. Οι νοσηλευτές αλληλενεργούν με τον ασθενή και παρεμβαίνουν ελέγχοντας την κατάσταση. Οι χειρισμοί αυτοί είναι ζωτικής σημασίας, γι' αυτό πρέπει να στηρίζονται στη φροντίδα και στην κατανόηση.(Andersson et al., 2003)

Διάγνωση ICD-10: Παραλήρημα. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, παρατηρείται αποδιοργάνωση της αντίληψης, της συγκέντρωσης της νοημοσύνης. Εξελίσσεται πολλές φορές μέσα σε λίγες ώρες και στο διάστημα της ημέρας υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις.( Hübscher & Isenmann, 2016 )

“Η φροντίδα και η ανίχνευση του παραληρήματος επηρεάζονται από τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα των νοσηλευτών.» (Lim et al., 2022, p.13)

Οι συμμετέχοντες στη διαχείριση του συνδρόμου διακατέχονται από αγωνία, ανησυχία, φόβο. Οι νοσηλευτές συγκεκριμένα χαρακτηρίζουν τη διαχείριση περιστατικού με παραλήρημα «δύσκολη, αγχωτική και μερικές φορές επικίνδυνη» (G. O' Malley et al., 2008)

Οι περισσότεροι φροντιστές λειτουργούν με την αντίληψη της αμηχανίας. Οι ασθενείς από την πλευρά τους δημιουργούν ένα κλίμα αναστάτωσης και άγχους, που απαιτείται διαρκή επαγρύπνηση και πολλές φορές επείγουσα διαχείριση από το προσωπικό. Δεν είναι ικανοποιητικά τα θεραπευτικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα τη μη σωστή και ακατάλληλη, ίσως, παρέμβαση. Μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, υψηλότερες δαπάνες νοσηλείας, άνοδο της θνητότητας και αύξηση των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο.( Palacios-Ceña et al., 2016)

Η αναπαράσταση, στη συγκεκριμένη περίπτωση των νοσηλευτών, είναι η αναπαραγωγή ενός σκηνικού για αντιπαραβολή συμπεριφοράς. Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις οι άνθρωποι προσπαθούν να αντιληφθούν ή να βαθμολογήσουν τις αντιδράσεις, τις ενέργειες, τις ιδέες του διπλανού τους και να ανταλλάξουν μηνύματα. Εμφανίζονται με δύο πλευρές, την απεικόνιση, που προβάλλει ξανά το ίδιο φαινόμενο, και την έννοια, που ξετυλίγεται μέσα από την πραγματικότητα. Με αυτόν τον τρόπο κάθε απεικόνιση ανταποκρίνεται σε μία έννοια και κάθε έννοια σε μία απεικόνιση. ( Ρήγα, 1991)

«Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις έχουν μία διάσταση απόδοσης αιτιών, που δίνει ο Heider. Το ίδιο σύστημα αξιών καθορίζει ποια συμπεριφορά θα «επιζητήσουν» ή θα «αποφύγουν» τα μέλη της ομάδας».(Ρήγα, 1991, σελ. 162)

## 2. Σκοπός και Στόχοι :

Στόχος της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι να αναδείξει την εικόνα, συναισθήματα των νοσηλευτών κατά τη διαχείριση ασθενών με παραλήρημα.

Σκοπός της μελέτης είναι η εξεύρεση συντελεστών, που παίζουν ρόλο στην αλλαγή των αναπαραστάσεων, η διερεύνηση της προσέγγισης των νοσηλευτών σε ασθενείς με οργανοψυχωσικό σύνδρομο. Απώτερος σκοπός η βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και η βέλτιστη έκβαση της υγείας αυτών.)

Ως γενικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι η μελέτη των αναπαραστάσεων των νοσηλευτών σχετικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών

Αναλυτικότερα, τα κύρια ερωτήματα αφορούν τις παρακάτω διαστάσεις:

- Πώς ερμηνεύουν οι νοσηλευτές το οργανικό ψυχοσύνδρομο;
- Τι είδους εικόνες υπάρχουν πίσω από τις λέξεις;
- Είναι αυτές οι εικόνες κοινές για τους νοσηλευτές;
- Αν ναι, πώς διαχέεται το περιεχόμενο τους στο Κλινικό Τμήμα;

## 3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον **Ιούνιο** του 2023. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία και των δύο φύλων. Ο σχεδιασμός της μελέτης θα περιλαμβάνει την αξιολόγηση των απόψεων των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Οι νοσηλευτές που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα έχουν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και θα έχουν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου της). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

### **Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία**

### **1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, την ειδικότητα, την οικογενειακή κατάσταση και τις επαγγελματικές συνθήκες

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

#### **Μέτρηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων**

Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των Νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλεύομενων ασθενών θεωρείται η κατάρτιση ενός ερωτηματολογίου, δομημένου σε δύο μέρη: Το πρώτο μέρος θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων του δείγματος, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, την ειδικότητα, το Κλινικό Τμήμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, ενώ το δεύτερο θα περιλαμβάνει οκτώ (8) ερωτήσεις-φράσεις οι οποίες αναφέρονταν στις λέξεις «ψυχοσύνδρομο», «ψυχοσύνδρομο και οικογένεια», «ψυχοσύνδρομο και ηλικιωμένοι», «ψυχοσύνδρομο και μεσήλικες ασθενείς» και «ψυχοσύνδρομο και φάρμακα», διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν τον ελεύθερο συνειρμό. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει στα άτομα να εκφραστούν αβίαστα, χωρίς άμεση ή έμμεση καθοδήγηση, συνεπώς χωρίς να προσβληθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων, ζητώντας τους να αναφέρουν τις τρεις (3) πρώτες λέξεις που τους έρχονται στο μυαλό για κάθε μία από τις οκτώ φράσεις (Χατζή, 1999).

#### **4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :**

Η αναγκαιότητα διεξαγωγής της μελέτης είναι πάρα πολύ μεγάλη, μια και δεν υπάρχουν τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς μελέτες εστιασμένες στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του οργανικού ψυχοσυνδρόμου καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν τους ασθενείς. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το οργανικό ψυχοσύνδρομο και το ρόλο των νοσηλευτών, καθώς και στην επικέντρωση των διαστάσεων των αναπαραστάσεων ως δυναμικά σύνολα διαμόρφωσης και επικράτησης μιας επιστημονικής νοσηλευτικής συμπεριφοράς.



## 5. Χρονοδιάγραμμα :

**Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023 :** Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

**Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023 :** Συλλογή ερωτηματολογίων

**Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023 :** Στατιστική Επεξεργασία και Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

**Ιούνιος 2023 :** Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

## 6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

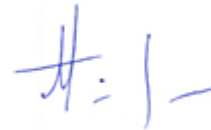
## 7. Παραπομπές:

- Andersson, E., Hallberg, I., Edberg, A., 2003, Nurses' experiences of the encounter with elderly patients in acute confusional state in orthopaedic care, *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), p. 437-448.
- Hübscher, A., Isenmann, S., 2016, Delirium: Concepts, Etiology, and Clinical Management, *Fortschr Neurol Psychiatr*, 84(4), p.233-44.
- Lim, X., Lim, Z., Ignacio, J., 2022, Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: A qualitative systematic review and meta-aggregation, *International Journal of Nursing Studies*, 127.
- Palacios-Ceña, D., et al., 2016, How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups, *BMJ JOURNALS*, 6(1).
- Ρήγα, Α.-Β., 1991. Από τις στάσεις στις κοινωνικές αναπαραστάσεις: μια ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας, *The Greek Review of Social Research*, 80 , p. 156-165, <https://doi.org/10.12681/grsr.630>.

- Χατζή Α. (1999). *Κοινωνική ψυχολογία*. Στο Σ. Βοσνιάδου (Επιμ.) Εισαγωγή στην ψυχολογία (Τόμ. Β). Αθήνα: Gutenberg.

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέπουσας



**Μαίρη Γκούβα**

Ημερομηνία: 12/1/2023

## Παράρτημα 2: Έγκριση πρωτοκόλλου



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ  
Συμπρόση Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, 22/02/2023

### **ΕΚΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**



Προς Παν Ενδιαφερόμενο,

Στην υπ' αριθ. 3<sup>η</sup> Συνέλευση της Επιτροπής Προγράμματος Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων που συνεδρίασε στις 22/02/2023 **ενέκρινε** το Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της φοιτήτριας **ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ** με τίτλο **«ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΙΑ ΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»** και με Επιβλέπων Καθηγητή την κ. ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ.

Εκ μέρους της Επιτροπής  
Προγράμματος Σπουδών του  
(Δ)Π.Μ.Σ. Νοσηλευτική Φροντίδα

Δρ. Στέφανος Μαντζούρας  
Αν Καθηγητής

### Παράρτημα 3: Έγκριση Άδειας Συλλογής Δεδομένων

|  |   |
|--|---|
|  <p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ<br/>ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ<br/>ΕΘΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ<br/><b>Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ</b></p> <p><b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ</b><br/>Ταχ. Δ/ση : Λεωφόρος Μακρυγιάννη<br/>Τ.Κ. : 450 01 ΙΩΑΝΝΙΝΑ<br/>Τηλέφωνο : 26510 80832</p>   | Βαθμός Ασφαλείας<br>Ιωάννινα, 3/04/2023           |
|  | Αριθ. Πρωτ. : Ε.Σ. 12/                            |
| <b>ΠΡΟΣ:</b> _____<br>κ. Κατσαβριά Αικατερίνη<br>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια<br>του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων   | <b>ΚΟΙΝ:</b> _____<br>1. Τμήμα Εκπαίδευσης 6% ΥΠΕ |
| <b>ΘΕΜΑ: «ΑΙΤΗΜΑ ΑΔΕΙΑΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ»</b>  |   |
| <b>ΣΧΕΤ.:</b> α) Το Αρ.Πρωτ.4656/24-03-2023 αίτημά σας<br>β) Αριθ.4/27-03-23 (9.9) Απόσπασμα πρακτικού Ε.Σ.  |   |
| Σε απάντηση του ανωτέρω (α) σχετικού, σας ενημερώνουμε ότι το Ε.Σ του Νοσοκομείου με το (β) όμοιο γνωμοδότησε σχετικά με το θέμα:  |   |
| «...εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής ερευνητικών δεδομένων στην Αικατερίνη Κατσαβριά, ΤΕ Νοσηλεύτριας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Σχολή Επιστημών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής, Διατμηματικό πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με την προϋπόθεση να λάβει τη σύμφωνη γνώμη των Διευτών των Τμημάτων όπου απευθύνεται η έρευνα, για να μη παρεκλυθεί η εύρυθμη λειτουργία τους, ως προς τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων. |   |
| <u>Τίτλος Εργασίας:</u> «Αναπαραστάσεις των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών»   |   |
| Δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Γ.Ν.Ι. «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ», θα τηρηθούν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, θα διασφαλισθεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.<br><u>Να ενημερωθεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για τα αποτελέσματα της έρευνας».</u>  |   |
|  <p>Ακριβές αντίγραφο<br/>Η Γραμματέας<br/>ΜΠΑΣΣΩΔΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ</p>  | <b>Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.<br/>ΟΥΡΑΝΙΑ ΜΟΥΣΑΦΙΡΗ</b>      |

## Παράρτημα 4: Έγκριση ΥΠΕ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



12.05.2023 09:51:18  
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
Ασθή Καραβέλης  
Χρυσή@yypede.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Ωραϊάνθη Παπαλέξη  
Τηλέφωνο : 2613 -600618  
e-mail : [o.papalexi@yypede.gr](mailto:o.papalexi@yypede.gr)

Πάτρα, 11/05/2023

Α. Π.: 23874

Απάντηση στο έγγραφο: 23874

ΠΡΟΣ

κ. Κατσαβριά Αικατερίνη  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια  
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Το από 06/04/2023 αίτημά σας.

- 2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση.

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας και με την απαραίτητη προϋπόθεση να έχει προηγηθεί η θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Αναπαράσταση των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευομένων ασθενών», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**  
Γ.ΚΑΡΒΕΛΗΣ «Γ.Χατζηκώστα»

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

Παράρτημα 5: Έντυπο ενημέρωσης συμμετεχόντων

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Υ ΤΙΤΛΟΣ</b>      | " ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ "   |
| <b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ</b>     | Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα (Καθηγήτρια)<br><br>Μέλη τριμελούς επιτροπής:<br><br>Έλενα Δραγκιώτη (Αναπλ. Καθηγήτρια)<br><br>Στέφανος Μαντζούκας (Αναπλ. Καθηγητής)<br><br>Ερευνήτρια: Κατσαβριά Αικατερίνη (Νοσηλεύτρια)<br><br>Στοιχεία Επικοινωνίας Ερευνητή: τηλ. 6972550966<br><br>email :katsatsav@gmail.com |
| <b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ</b> | Δεν υπάρχει χρηματοδότηση  |

|  |
|--|
| <b>Υ ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ, ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;</b>  |
| <p>Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση των αναπαραστάσεων των νοσηλευτών για το οργανικό ψυχοσύνδρομο των νοσηλευόμενων ασθενών.</p> <p>Η συμβολή σας στην έρευνα είναι σημαντική γιατί ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να αποκτήσουμε γνώση για το πως οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το οργανικό ψυχοσύνδρομο και τα αίτιά του.</p> |

**ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;**

Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετέχουν νοσηλευτές που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία ανεξάρτητα φύλου ,ηλικίας και επιπέδου σπουδών και εμπειρίας.

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή γιατί ανήκετε στην ομάδα των εργαζόμενων νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο και είστε οι πιο αρμόδιοι να απαντήσετε στα ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας.

**ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;**

Για να συμμετάσχετε στην έρευνα, θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε μια σειρά ερωτημάτων που αποτελούν ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ Ή ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιον κίνδυνο ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς. Σε περίπτωση διαπίστωσης παράνομων πράξεων ή εγκληματικών δράσεων σας ενημερώνουμε ότι τα στοιχεία σας δεν προστατεύονται από τυχόν έρευνα των επίσημων αρχών και ότι ενδέχεται να οφείλουμε να προβούμε στις απαραίτητες νόμιμες ενέργειες ενημέρωσης των αρχών, ειδικά εάν υπάρχει κίνδυνος για την σωματική υγεία ή την ζωή ανθρώπων.

**ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **απολύτως εθελοντική**. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας.



**□ ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΑ;**

Υπεύθυνος Επεξεργασίας των δεδομένων σας είναι το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω προσωπικά δεδομένα σας:

Ηλικία-οικογενειακή κατάσταση- επαγγελματική ιδιότητα.

Τα δεδομένα σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς, επιστημονικούς και στατιστικούς σκοπούς.

Τα δεδομένα σας επεξεργάζονται βάσει της **ρητής συγκατάθεσής σας**, που μας παρέχετε διαμέσου του παρόντος εντύπου.

Τα δεδομένα σας θα ~~αγωνυμοποιηθούν~~ / ~~ψευδωνυμοποιηθούν~~ / κρυπτογραφηθούν / προστατευθούν με την μέθοδο της ανωνυμίας που χρησιμοποιείται στα ερωτηματολόγια.

Με κανέναν τρόπο **δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας** σε δημοσιεύσεις, δημόσιες παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές. Σε περίπτωση που θελήσουμε να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα σας επώνυμα, θα ζητήσουμε προηγουμένως ξεχωριστά την ρητή συγκατάθεσή σας.

Το Πανεπιστήμιο διατηρεί τα δεδομένα της έρευνας για πέντε (5) έτη από την ολοκλήρωση της έρευνας. Κατόπιν, τα δεδομένα θα καταστραφούν/διαγραφούν ασφαλώς. Εφόσον κρίνουμε ότι τα δεδομένα της έρευνας είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν για άλλη έρευνα ή να διατηρηθούν για σκοπούς αρχειοθέτησης, επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς, θα προβούμε σε πλήρη ~~αγωνυμοποίησή~~ τους.

Τα **δικαιώματα** σας αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα είναι τα εξής:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Πρόσβαση              | Να λάβετε αντίγραφα των δεδομένων σας                    |
| Διόρθωση              | Να ζητήσετε διορθώσεις όσον αφορά τα δεδομένα σας        |
| <del>Φορητότητα</del> | Να ζητήσετε να διαβιβάσουμε τα δεδομένα σας σε κάποιον ο |

Επίσης, **έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή.**

Σε περίπτωση που ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας, έχετε επίσης τα εξής δικαιώματα:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Διαγραφή                 | Να ζητήσετε να διαγράψουμε τα δεδομένα σας           |
| Περιορισμός επεξεργασίας | Να ζητήσετε να σταματήσει ένα μέρος της επεξεργασίας |

Για να υποβάλλετε τα αιτήματά σας αλλά και για οποιοδήποτε θέμα αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) του Πανεπιστημίου στο e-mail [dpo@uoi.gr](mailto:dpo@uoi.gr), τηλ. (2651007321)

Για οποιαδήποτε παράβαση αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: +30-210 6475600, e-mail: [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)

|  |
|--|
| <b>□ ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΠΑΡΑΠΟΝΑ Η ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ;</b>   |
| Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. |

**□ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ**

Εσείς παρέχετε συγκατάθεση για το αν θα συμμετέχει ή όχι στην παρούσα έρευνα το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η.

Μπορείτε να αποφασίσετε την αποχώρησή του ατόμου για το οποίο είστε υπεύθυνος/η οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Μπορείτε, επίσης, να αρνηθείτε να απαντήσει σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις, εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσει και να παραμείνει στην έρευνα.

Ο ερευνητής μπορεί να ζητήσει να αποσυρθεί το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή του ατόμου για το οποίο είστε υπεύθυνος/η στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, εφόσον αυτό καθίσταται δυνατό, παρακαλούμε να αποφανθεί και το ίδιο το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η ότι συγκατατίθεται, ελεύθερα και ανεμπόδιστα, να συμμετέχει στην παρούσα έρευνα.

|   |
|---|
| <b>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</b>  |
| Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τους όρους συμμετοχής μου στην έρευνα και την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων. |
| <b>Παρέχω την ρητή συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα και την επεξεργασία των ως άνω αναφερόμενων προσωπικών μου δεδομένων.</b>            |

**Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος**

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

## Παράρτημα 5: Ερευνητικά εργαλεία

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με το επάγγελμά μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ -ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... / ..... / .....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΣΑ; \_\_\_\_\_ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ: \_\_\_\_\_ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ: \_\_\_\_\_

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η   
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η   
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η   
ΧΗΡΟΣ/Α

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ   
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ   
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ: ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ.   
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ.   
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ   
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ   
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ

ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ : ΙΑΤΡΟΣ   
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ   
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ   
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ   
ΑΛΛΟ ΤΙ? \_\_\_\_\_

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ : < 1 ΕΤΟΣ   
<2 ΕΤΗ   
ΜΕΤΑΞΥ 2-5 ΕΤΗ   
>5 ΕΤΗ

ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ : ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ   
ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ   
ΕΝΑΛΛΑΣΟΜΕΝΕΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: \_\_\_\_\_

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η)  ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ  ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η)  ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ  ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ   
 ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ  ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ  ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ  ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ; ΩΡΑΙΑ  ΑΣΧΗΜΑ  ΕΦΙΑΛΤΕΣ  ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ: ΧΡΙΣΤ. ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ  ΧΡΙΣΤ. ΚΑΘΟΛΙΚΟΣ  ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΟΣ   
ΙΕΧΩΒΑ  ΑΘΕΟΣ  ΑΛΛΟ \_\_\_\_\_

ΜΑΡΤΥΡΑΣ ΤΟΥ

ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ ΤΗ ΛΕΞΗ **ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΥΝ;

|    |    |    |
|----|----|----|
| A) | B) | Γ) |
|----|----|----|

ΣΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ **ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

|    |    |    |
|----|----|----|
| A) | B) | Γ) |
|----|----|----|

ΣΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ **ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΕΣΗΛΙΚΕΣ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

|    |    |    |
|----|----|----|
| A) | B) | Γ) |
|----|----|----|

ΣΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ **ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

|    |    |    |
|----|----|----|
| A) | B) | Γ) |
|----|----|----|

ΣΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ **ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

|    |    |    |
|----|----|----|
| A) | B) | Γ) |
|----|----|----|

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει τη νοσηλεία του ασθενούς; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι αρνητικός παράγοντας για τη θεραπεία του ασθενούς; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει το νοσηλευτή στις νοσηλευτικές του πράξεις; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο επιβαρύνει την οικογένεια του ασθενούς; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό σας φοβίζει το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι το οργανικό ψυχοσύνδρομο του ασθενούς φοβίζει την οικογένεια; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

|  |
|--|
| <b>Ποια θεωρείτε τα αίτια του οργανικού ψυχοσύνδρομου;</b> |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### Παράρτημα 6: Συντομογραφίες

**ΣΜ:** Στεφανιαία μονάδα

**ΑΙΜ/ΚΟ:** Αιμοδυναμικό εργαστήριο

**ΚΚ:** Καρδιολογική Κλινική

**ΠΟΛΥΔ/ΜΟ:** Πολυδύναμο (Τμήμα Αντιμετώπισης Της Κρίσης Των Χρηστών  
Ναρκωτικών και Αλκοολισμού)

**ΠΑΙΔ/ΚΗ:** Παιδιατρική Κλινική

**ΧΕΙΡ/ΚΗ:** Χειρουργική Κλινική

**ΤΕΙ:** Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

**ΤΕΠ:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

**ΜΕΘ:** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**ΜΤΝ:** Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

**ΠΑΘ/ΚΗ:** Παθολογική Κλινική

**Χ/Ο:** Χειρουργείο

**ΑΝΑΙΣ/ΚΟ:** Αναισθησιολογικό Τμήμα

**ΟΦΘ/ΚΗ:** Οφθαλμολογική Κλινική

**ΟΡΘ/ΚΗ:** Ορθοπαιδική Κλινική

**ΜΕΛ:** Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων (COVID)