



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

**Μετάφραση στα ελληνικά και στάθμιση του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ σχετικά με την ετοιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης**

Υπό

**Στυλιανής Νάκα**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία  
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική  
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2017 -----

© Στυλιανή Νάκα



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

**Translation in Greek and validation of the AEPIQ questionnaire measuring  
nursing staff's familiarity with aspects of emergency preparedness**

**STYLIANI NAKA**

Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree in Nursing Pathology.

----- 2017 -----

© STYLIANI NAKA



### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Επιβλέπων:** ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου*

**Μέλη:** ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου*

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*



### ***Ευχαριστίες***

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Παθολογία» της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου υπό την επίβλεψη της κ. Γκούβα Μαίρης, Αν. Καθηγήτριας Ψυχολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής – ΤΕΙ Ηπείρου, στην οποία θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες και τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη για την πολύτιμη καθοδήγηση, εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τον κ. Μαντζούκα Στέφανο, Αν. Καθηγητή Νοσηλευτικής του τμήματος Νοσηλευτικής – ΤΕΙ Ηπείρου και μέλος της Ειδικής Διατμηματικής Επιτροπής για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Νοσηλευτική-Παθολογία», για την καθοριστική του βοήθεια, ο οποίος στάθηκε σημαντικός αρωγός στην προσπάθειά μου και υποστήριξε από την αρχή το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω και την κ. Jennifer Worrall, κατασκευάστρια του ερωτηματολογίου, για την άδεια μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα.

Ακόμη, ευχαριστώ και τους συναδέλφους Νοσηλευτές για το χρόνο που διέθεσαν για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Δεσμεύομαι, τα αποτελέσματα της μελέτης μου, να τα αξιοποιήσω προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες εκπαίδευσης πάνω στις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου Βασίλη και Αφροδίτη, καθώς και τον αδερφό μου Νίκο, που με υπομονή προσέφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας ως και το πέρας της.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....</b>	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> – ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>11</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> – ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>13</b>
2.1 – Ερευνητική ερώτηση.....	13
2.2 – Αναγκαιότητα μελέτης.....	14
2.3 – Αναστοχασμός.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>16</b>
3.1 – Υπόβαθρο θέματος.....	16
3.1.1 – Γενικοί όροι.....	16
3.1.2 – Οι μαζικές καταστροφές ως απειλή της δημόσιας υγείας.....	16
3.1.3 – Επιδημιολογικά δεδομένα.....	17
3.1.4 – Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.....	17
3.1.5 – Ετοιμότητα υπηρεσιών υγείας.....	18
3.2 – Συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση.....	18
3.2.1 – Αναζήτηση ερωτηματολογίου.....	18
3.2.2 – Αποτελέσματα αναζήτησης.....	20
3.3 – Κριτική ανάλυση βιβλιογραφίας.....	20
3.4 – Περιγραφή επιλεγμένου ερωτηματολογίου.....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>23</b>
4.1 – Επιστημολογία.....	23
4.2 – Μεθοδολογία.....	24
4.2.1 – Μέθοδοι μετάφρασης.....	24
4.2.2 – Άδεια μετάφρασης.....	26
4.2.3 – Διαδικασία μετάφρασης στην Ελληνική γλώσσα.....	26
4.3 – Δειγματοληπτική τεχνική.....	27
4.4 – Περιγραφή δείγματος.....	27
4.5 – Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού δείγματος.....	27



4.6 – Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	28
4.7 – Μέθοδος διαχείρισης αναπάντητων ερωτήσεων.....	29
4.8 – Ηθική της έρευνας.....	29
4.8.1 – Βασικές αρχές.....	29
4.8.2 – Ενήμερη συγκατάθεση.....	30
4.8.3 – Ανωνυμία/ Εμπιστευτικότητα.....	30
4.8.4 – Κατοχύρωση αρχών του ερευνητή.....	30
4.8.5 – Χαρακτηριστικά ηθικής έρευνας.....	30
4.9 – Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	31
4.10 – Διαδικασία στάθμισης ερωτηματολογίου.....	32
4.10.1 – Αξιοπιστία.....	32
4.10.2 – Εγκυρότητα.....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>36</b>
5.1 – Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων νοσηλευτών.....	36
5.2 – Προβλήματα υγείας νοσηλευτών σχετιζόμενα με αγχώδεις διαταραχές.....	37
5.3 – Στάθμιση ερωτηματολογίου.....	38
5.3.1 – Έλεγχος αξιοπιστίας.....	38
5.3.1.1 – Εσωτερική συνοχή.....	38
5.3.1.2 – Επαναληπτικές μετρήσεις.....	39
5.3.2 – Έλεγχος εγκυρότητας.....	39
5.3.2.1 – Διερευνητική ανάλυση παραγόντων.....	39
5.4 – Αποτελέσματα στην εξοικείωση των συμμετεχόντων για την κλίμακα ΑΕΡΙQ.....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>53</b>
6.1 – Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	53
6.2 – Αξιολόγηση ερευνητικής διαδικασίας.....	54
6.2.1 – Αξιολόγηση στάθμισης ερωτηματολογίου.....	54
6.2.2 – Δυνατά σημεία έρευνας.....	54
6.2.3 – Περιορισμοί μελέτης.....	54
6.3 – Προτάσεις και εφαρμογή αποτελεσμάτων της έρευνας.....	55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>56</b>
7.1 – Συμπεράσματα.....	56
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>57</b>
<b>ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>58</b>



<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>60</b>
▪ Δημογραφικά στοιχεία.....	61
▪ Πρωτότυπη εκδοχή του Adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ).....	62
▪ Ελληνική εκδοχή του Adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ).....	65
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>68</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – ΕΓΓΡΑΦΑ.....</b>	<b>72</b>



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Τα ποσοστά των καταγεγραμμένων μαζικών καταστροφών και γενικότερα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης αυξάνονται συνεχώς τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε εθνικό. Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό μέρος του δυναμικού του συστήματος υγείας. Γι' αυτό, οι νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων πρέπει να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν σε ενδεχόμενη κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Τα σταθμισμένα εργαλεία που εκτιμούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάδειξη των αδυναμιών που αυτοί ενδέχεται να εμφανίζουν σε πιθανή καταστροφή. Η προσαρμοσμένη έκδοση του Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης που σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την εξοικείωση των νοσηλευτών σχετικά με την ετοιμότητα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

**Σκοπός:** Στόχος της μελέτης μου είναι η μετάφραση και η στάθμιση του εργαλείου αυτό-αξιολόγησης ΑΕΡΙQ με σκοπό την εκτίμηση του βαθμού εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης.

**Μέθοδος:** Στη Φάση 1, μεταφράστηκε η κλίμακα Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ) στην Ελληνική γλώσσα χρησιμοποιώντας τη μέθοδο translation/back-translation, εξετάστηκε για την πολιτιστική της ισοδυναμία και ακολούθησε η διαδικασία στάθμισης. Στη φάση 2, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 109 άτομα (ηλικίας  $M=43,73$  έτη,  $SD=7,669$ , εύρος= 43) από νοσηλευτικά ιδρύματα της ευρύτερης περιοχής της Θεσσαλίας.

**Αποτελέσματα:** Το ΑΕΡΙQ παρουσιάζει εσωτερική συνοχή (Cronbach's  $\alpha=0,954$ ) και με αξιοπιστία της επαναληπτικής μέτρησης υψηλή  $r = .86$  ( $p < .001$ ). Σε επίπεδο υποκλιμάκων οι συσχετίσεις ήταν: α) Σύστημα χειρισμού συμβάντων  $r = .90$ , β) Διαλογή  $r = .87$ , γ) Επικοινωνία και συνδεσιμότητα  $r = .70$ , δ) Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός  $r = .81$ , ε) Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα  $r = .74$ , στ) Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων  $r = .77$ , ζ) Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων  $r = .87$ , και η) Βιολογικοί παράγοντες  $r = .91$ .

**Συζήτηση:** Η κλίμακα Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ) διαθέτει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί ως ένα ερευνητικό εργαλείο για την εκτίμηση του βαθμού εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης στην Ελλάδα. Η ελληνική έκδοση διατηρεί τη δομή των 8 κατηγοριών, όπως προτείνεται από τους δημιουργούς της κλίμακας.

**Λέξεις Κλειδιά:** ετοιμότητα, έκτακτη ανάγκη, αυτό-αξιολόγηση, νοσηλευτές, Ελλάδα





## Abstract

**Background:** The number of reported emergency incidents and mass casualty incidents continue to rise worldwide. Nurses comprise a significant percent of national health system. As a result, nurses of all specialties should be able to respond effectively in a potential emergency incident or even disaster. Validated questionnaires measuring nurses' familiarity regarding emergency preparedness have a significant role in revealing the weaknesses that nurses might have when disaster occurs. The adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (AEPIQ) is a valid and reliable tool, capable of assessing knowledge and familiarity with aspects of emergency preparedness among nursing staff.

**Objectives:** The aims of this study were to translate the adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (AEPIQ) and to evaluate the psychometric properties.

**Methods:** In Phase 1, the AEPIQ was translated into Greek using the translation/back-translation technique, was reviewed for cultural equivalence and was evaluated. In Phase 2, the questionnaire was administered to 109 persons (age  $M=43,72$  years,  $SD=7,669$  range= 43 years) representing different hospitals of Thessaly.

**Results:** The factor structure of the AEPIQ consisted of eight factors, which replicated the eight-dimensional structure of the initial instruments. The AEPIQ showed good internal consistency (Cronbach's  $\alpha =0,954$ ) and test-retest reliability  $r = .86$  ( $p <.001$ ). On a subscale level the correlation was: a) Incident command system  $r = .90$ , b) Triage  $r = .87$ , c) Communication and connectivity  $r = .70$ , d) Psychological issues and special populations  $r = .81$ , e) Isolation, decontamination and quarantine  $r = .74$ , f) Epidemiology and clinical decision making  $r = .77$ , g) Reporting and accessing critical resources  $r = .87$ , και h) Biological agents  $r = .91$

**Discussion:** The AEPIQ has satisfactory psychometric properties and has the potential to be used as a research instrument for measuring of nurses' preparedness in emergencies. The Greek version retains the eight factor structure as proposed by the initial authors.

**Key words:** emergency preparedness, nursing staff, evaluation tool, assessment, Greece.



## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

**ΑΕΡΙQ:** Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire

**CBRNE:** Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (agents)

**DPET:** Disaster Preparedness Evaluation Tool

**EPIQ:** Emergency Preparedness Information Questionnaire

**ICN:** International Council of Nurses

**IFRC:** International Federation of Red Cross and Red Crescent

**ICS:** Incident Command System

**WHO:** World Health Organization

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**ΣΧΣ:** Σύστημα Χειρισμού Συμβάντων

**ΧΒΡΠ:** Χημικοί, Βιολογικοί, Ραδιενεργοί και Πυρηνικοί (παράγοντες)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση σοβαρών καταστροφών, σε παγκόσμιο επίπεδο, σημειώνει ραγδαία αύξηση έχοντας σαν αποτέλεσμα τραυματισμούς, αυξημένα επίπεδα θνησιμότητας και συνέπειες σε κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. Συνήθως, η εμφάνιση αυτού του είδους καταστροφών είναι απρόβλεπτη. Ωστόσο, είναι απαραίτητο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει υψηλού βαθμού ετοιμότητα ώστε να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) όλα τα έθνη, ανεξάρτητα από τη συχνότητα εμφάνισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, πρέπει να διασφαλίζουν την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας για ενδεχόμενη καταστροφή. Ωστόσο, ένας μικρός αριθμός αυτών -και ιδιαίτερα νοσηλευτών- έχουν εμπειρία σε έκτακτες καταστάσεις ενώ οι περισσότεροι νιώθουν απροετοίμαστοι απέναντι σε ενδεχόμενη καταστροφή (WHO & ICN, 2009). Η αυτο-αξιολόγηση και η κατανόηση των νοσηλευτικών αντιλήψεων σχετικά με την ετοιμότητα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης θεωρείται κρίσιμο στάδιο ώστε να δημιουργηθούν αποτελεσματικές στρατηγικές και εκπαιδευτικά προγράμματα.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων και του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ιωαννίνων υπό την επίβλεψη της κ. Γκούβα Μαίρης, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου. Η εργασία απαρτίζεται από έξι κύρια κεφάλαια τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια και το παρόν πρώτο κεφάλαιο της εισαγωγής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας πραγματοποιείται ανάλυση του στόχου και των σκοπών της εργασίας. Προκειμένου να σχηματιστεί η ερευνητική ερώτηση αναλύεται η τεχνική σχηματισμού ερωτήσεων PICO ενώ ακολουθεί αιτιολόγηση και ανάλυση του σκεπτικού της εργασίας. Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται και το κομμάτι του αναστοχασμού μέσω του οποίου διαφαίνεται πως η μελέτη σχετίζεται με προσωπικά βιώματα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στο υπόβαθρο της μελέτης μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Επίσης, πραγματοποιείται συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας προκειμένου να εντοπιστεί το ερευνητικό κενό. Τέλος, γίνεται περιγραφή του επιλεγόμενου ερωτηματολογίου.



Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την περάτωση της εργασίας. Γίνεται αναφορά στην επιστημολογία στην οποία βασίστηκε η μελέτη και ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των παραμέτρων που απαρτίζουν την μεθοδολογία της μετάφρασης και της στάθμισης του ερωτηματολογίου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της μελέτης με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων. Παράλληλα, παρουσιάζονται και οι στατιστικοί έλεγχοι που απορρέουν από τη διαδικασία της στάθμισης καθώς και αυτών που πραγματοποιήθηκαν για τον έλεγχο των υποθέσεων.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων της μελέτης και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές εφαρμογές του ερωτηματολογίου ενώ στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η έρευνα.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως για τη διενέργεια της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας λήφθηκαν οι απαιτούμενες άδειες τόσο από την επιστημονική επιτροπή του Πανεπιστημίου όσο και από τα νοσοκομεία στα οποία διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>– ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

### 2.1 - Ερευνητική ερώτηση

Τα ερωτήματα που συχνά θέτουμε για ένα κλινικό θέμα προκύπτουν σε μία μορφή που καθιστά δυσχερή την εύρεση απαντήσεων. Ο διαχωρισμός της ερώτησης σε μέρη από τα οποία απαρτίζεται διευκολύνει αισθητά την εύρεση των καλύτερων τεκμηρίων. Τα μέρη από τα οποία αποτελείται ένα κλινικό ερώτημα είναι: πληθυσμός, παρέμβαση, σύγκριση, έκβαση. (**P**opulation. **I**ntervention. **C**omparator. **O**utput) (Gordon, et al, 2012)

Στην παρούσα εργασία το ερώτημα που προκύπτει είναι:

*“Η αναγκαιότητα της αυτο-αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού ενός νοσοκομείου ως προς την εξοικείωση τους με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ώστε να εκτιμηθεί ο βαθμός ετοιμότητάς τους”*

*“ The necessity of self-evaluation of hospitals’ nursing staff in their familiarity to emergencies and disasters in order to assess the emergency preparedness rate ”*

Αναλυτικά, τα μέρη της ερώτησης είναι:

**P:** νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου / hospitals’ nursing staff

**I:** αυτο-αξιολόγηση/ self-evaluation

**C:** καμία / none

**O:** εκτίμηση βαθμού ετοιμότητας/ assessment of emergency preparedness rate

**Ερευνητική ερώτηση:** «Πόσο εξοικειωμένο είναι το νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας μας με τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και ποια η ετοιμότητά τους;».

Με βάση το ερευνητικό ερώτημα και την απουσία βιβλιογραφικών δεδομένων καθορίστηκε ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης μου.

**Στόχος** της παρούσας μελέτης είναι η ανάπτυξη ενός εργαλείου αυτο-αξιολόγησης με σκοπό την εκτίμηση του βαθμού εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.



Πιο συγκεκριμένα, οι **αντικειμενικοί σκοποί** της μελέτης θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας με στόχο την αναζήτηση αξιόπιστων εργαλείων, που έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση του βαθμού εξοικείωσης των νοσηλευτών με καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης.
2. Μετάφραση και στάθμιση του καταλληλότερου ερωτηματολογίου το οποίο δύναται να χρησιμοποιηθεί από τους νοσηλευτές στην Ελλάδα.
3. Πιλοτική έρευνα με στόχο την εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε κατάλληλο δείγμα.

Με βάση την διατύπωση των ανωτέρων σκοπών διερευνήθηκαν για την επαλήθευσή τους οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

Ερευνητική υπόθεση Α: Η ελληνική εκδοχή του προσαρμοσμένου ERIQ αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αυτο-αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την ετοιμότητά τους σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης.

Ερευνητική υπόθεση Β: Ανάδειξη των γνωστικών κενών και καθορισμός των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών, μέσω της χρησιμοποίησης του ερωτηματολογίου αυτό-αξιολόγησης, σχετικά με την εξοικείωσή τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

## 2.2 Αναγκαιότητα μελέτης

Στην εθνική επιστημονική κοινότητα, τα τελευταία χρόνια αρχίζει να διαφαίνεται το πρόβλημα της μη επάρκειας γνώσεων των νοσηλευτών και της απουσίας σχεδίου εκτάκτου ανάγκης σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών. Σύμφωνα με τους Κοσσιώρη και συνεργάτες, το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει σε μεγάλο ποσοστό τις γνώσεις και την ετοιμότητα έναντι των μαζικών καταστροφών όπως επίσης και τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Για το λόγο αυτό, θεωρείται αναγκαία η ανάπτυξη σχεδίου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, με διεθνή πρότυπα, τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο όσο και σε πλαίσια συνεχούς εκπαίδευσης. (Κοσσιώρης, και συνεργάτες, 2014).

Η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα επί του θέματος που διαπραγματεύεται η εργασία προκύπτει από το γεγονός πως η νοσηλευτική μαζικών καταστροφών είναι ένας κλάδος ο οποίος δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στη χώρα μας με αποτέλεσμα να έχουμε σημαντικές εκπτώσεις σε γνωστικό επίπεδο (Κοσσιώρης, και συνεργάτες, 2014). Έρευνα απαιτείται επίσης και για την εκτίμηση της εξοικείωσης των νοσηλευτών με ζητήματα ετοιμότητας σε περιπτώσεις εκτάκτου



ανάγκης καθώς είναι σημαντικό να διαθέτουμε νοσηλευτικό προσωπικό έτοιμο να παρέμβει και να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε κατάσταση προκύψει (Garbutt, et al, 2008).

Προκειμένου να συγκροτηθεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι απαραίτητο να ανιχνευθούν τυχόν κενά στις γνώσεις και στις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Για το λόγο αυτό, το κυριότερο βήμα για την εξέλιξη των δεξιοτήτων τους αποτελεί η αυτο-αξιολόγηση των νοσηλευτών ως προς τις γνώσεις τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Worrall, 2012), (Wisniewski, Dennik-Champion & Peltier, 2004).

### **2.3 - Αναστοχασμός**

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος σχετικά με την ετοιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτου ανάγκης προέκυψε κατόπιν εντατικής μελέτης καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης συμπεριλαμβανομένων των μαζικών καταστροφών είναι θέμα πιο επίκαιρο από ποτέ τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο. Τα νοσοκομεία της χώρας μας έχοντας πληγεί από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έρχονται όλο και πιο συχνά αντιμέτωπα με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η επικαιροποίηση του ζητήματος της ετοιμότητας σε συνδυασμό με την προσωπική μου ενασχόληση με τις πρώτες βοήθειες και τη συμμετοχή μου σε εθελοντικές ομάδες άμεσης επέμβασης με οδήγησαν στο να αναρωτηθώ πολλές φορές ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία σχετικά με την ετοιμότητα και τη διαχείριση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας μας να ανταποκριθεί άμεσα και με επιτυχία σε ενδεχόμενη καταστροφή; Έτσι, αφού τέθηκαν πολλά ερωτήματα επί του θέματος, ξεκίνησε μια έρευνα προκειμένου να ανακαλυφθούν δεδομένα και τρόποι εκτίμησης της ετοιμότητας στην Ελλάδα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 3.1 – Υπόβαθρο θέματος

#### 3.1.1 – Γενικοί όροι

Ως μαζικές καταστροφές χαρακτηρίζονται οι απότομες ή σταδιακές μειώσεις της κατάστασης υγείας μιας κοινότητας οι οποίες δεν καθίσταται δυνατόν να αντιμετωπιστούν επαρκώς με τις τρέχουσες δυνατότητες του συστήματος υγείας (Κοσσιώρης, και συνεργάτες, 2014). Οι αιτίες πρόκλησης μαζικών καταστροφών, εκτός από τις εμπόλεμες καταστάσεις, είναι ατυχήματα σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία, αεροπλάνα, τρένα), φυσικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες κ.α), βιομηχανικά ατυχήματα (εκρήξεις, τοξικές ουσίες κ.α.) και τρομοκρατικές ενέργειες (π.χ. εκρήξεις, μαζικές μολύνσεις) (Hodgetts, & Miles, 1996).

Στο χώρο της Υγείας καταστροφή σημαίνει συμφορά με πολλά θύματα των οποίων η τύχη καθορίζεται κυρίως από την ετοιμότητα των Κρατικών Υπηρεσιών και την επάρκεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και εξαρτάται αποκλειστικά από την “συμπεριφορά υγείας” του πληθυσμού (Δαρδαβέσης, 1990)

#### 3.1.2 – Οι μαζικές καταστροφές ως απειλή της δημόσιας υγείας

Καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορούν να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε με δραματικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο και την κοινωνία. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν, μικρής ή μεγάλης έκτασης, φυσικές καταστροφές, τρομοκρατικές ενέργειες, βιομηχανικά ατυχήματα κ.α. απειλούν την ποιότητα ζωής της κοινωνίας.

Η εμφάνιση όλων των ειδών των καταστροφών – είτε ανθρωπογενών είτε φυσικών- είναι απρόβλεπτη και η συχνότητά αυτών σημειώνει συνεχή άνοδο. Δεδομένης αυτής της πολυπλοκότητάς τους, το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων πρέπει να είναι έτοιμο να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε κατάσταση (Worrall, 2012).

Οι αναπτυσσόμενες κοινωνίες είναι ουσιαστικά ευάλωτες εξαιτίας της μη χρησιμοποίησης επαρκών πόρων ως προς την ετοιμότητα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Οι καταστροφές όλων των ειδών έχουν τεράστιο αντίκτυπο στο σύστημα υγείας, στην οικονομία και γενικά στην κοινωνική αποδιοργάνωση και κατ’ επέκταση στην χώρα ολόκληρη. Αντίθετα, έθνη τα οποία διαθέτουν πόρους εμφανίζονται πιο ευέλικτα στην επαναφορά και αποκατάσταση της οικονομίας και της κοινωνίας. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις επιπτώσεις στην οικονομία και στις υποδομές, μια





καταστροφή είναι πάντα καταστροφική για τον άνθρωπο και την υγεία της κοινωνίας. (Ibrahim, 2014).

### ***3.1.3 - Επιδημιολογικά δεδομένα***

Ο αριθμός των καταγεγραμμένων φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών συνεχίζει να αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, οι μαζικές καταστροφές έχουν ταξινομηθεί ως η νούμερο ένα παγκόσμια απειλή για την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων (WHO, 2009). Ο διεθνής οργανισμός του Ερυθρού Σταυρού και της Ερυθράς ημισελήνου εκτιμά πως ο μέσος όρος εμφάνισης καταστροφής σε παγκόσμιο επίπεδο είναι μια καταστροφή τη βδομάδα που χρήζει βοήθειας (IFRC, 2001). Την τελευταία δεκαετία έχουν καταγραφεί πάνω από 2,6 εκατομμύρια ανθρώπων που έχουν προσβληθεί από φυσικά φαινόμενα. Με τις καταστροφές να εμφανίζονται όλο και πιο συχνά σε παγκόσμιο επίπεδο, η ανάγκη για ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας ποτέ δεν ήταν μεγαλύτερη (Loke, & Fung, 2014).

Σύμφωνα με την παγκόσμια αναφορά καταστροφών (World Disasters Report) το 2007 καταγράφηκε άνοδος κατά 60% σε καταστροφές την τελευταία δεκαετία (1997-2007) σε σχέση με την προηγούμενη (1987-1996). Επιπρόσθετα, ο αριθμός των καταγεγραμμένων θανάτων ξεπέρασε το 1,2 εκατομμύριο σε σχέση με τις 600.000 της προηγούμενης δεκαετίας, ενώ ο αριθμός των πληγηθέντων σημείωσε άνοδο 17% (270 εκατομμύρια έναντι των 230 εκατομμυρίων της προηγούμενης δεκαετίας) (Ibrahim, 2014).

Τα στοιχεία που έχουν δηλωθεί για την Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία (2006-2016) ανέρχονται σε 104 θανάτους που οφείλονται σε φυσικές καταστροφές με κυριότερο αίτιο τις πυρκαγιές του 2007. Ο αριθμός των θυμάτων από τεχνολογικές καταστροφές ανέρχεται σε 352 με κυριότερο αίτιο τα ατυχήματα μέσων μαζικής μεταφοράς (International Disaster Database, 2016).

### ***3.1.4 – Ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης***

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών (WHO & ICN, 2009). Στην οξεία φάση της καταστροφής ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού έγκειται στη διασφάλιση της υγείας μέσω δεξιοτήτων για διαλογή και κριτική φροντίδα. Ωστόσο, ο ρόλος των νοσηλευτών συνεχίζεται και στα στάδια της προετοιμασίας και της αποκατάστασης καθώς πρέπει να διαθέτουν ευρύ πεδίο δεξιοτήτων. Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν: τον έλεγχο και την εκτίμηση των λοιμώξεων, την παρακολούθηση της ψυχικής κατάστασης των επιβιωσάντων –



κυρίως για συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες-, τις διοικητικές και ηγετικές ικανότητες και ικανότητες εκπαίδευσης άλλων νοσηλευτών όσον αφορά την ετοιμότητά τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, ένας τους πιο σημαντικούς ρόλους των νοσηλευτών είναι η καταγραφή και η αναφορά πληροφοριών σχετικά με τη φύση των τραυμάτων και των ασθενειών κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής (Yin, et al, 2011).

### **3.1.5 – Ετοιμότητα υπηρεσιών υγείας**

Η ετοιμότητα σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης αναφέρεται στο συνδυασμό θεωρητικών γνώσεων, δεξιοτήτων, ικανοτήτων και ενεργειών που πρέπει να διαθέτει κάποιος ώστε να είναι έτοιμος και ικανός να ανταπεξέλθει σε συμβάντα απειλητικά για τη ζωή όπως φυσικές καταστροφές, τρομοκρατικές ενέργειες, ατυχήματα μεγάλης έκτασης κ.α. (Slepski, 2005).

Σύμφωνα με την Αμερικανική ένωση νοσηλευτικών σχολών και τη διεθνή ένωση εκπαίδευσης για μαζικές καταστροφές, όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες ώστε να είναι ικανοί να ανταποκριθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Παρόλη αυτή την ανάγκη για εκπαίδευση, εξακολουθεί να υπάρχει κενό στο πρόγραμμα σπουδών των νοσηλευτικών σχολών (Garbutt et al, 2008).

Η Νοσηλευτική των καταστροφών είναι ένας κλάδος της νοσηλευτικής με κύριο αντικείμενο τόσο την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ομάδες ατόμων – θύματα των καταστροφών όσο και την διασφάλιση και την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Η αναγκαιότητά της διαφαίνεται εάν ληφθούν υπόψη πως στις μαζικές καταστροφές παρατηρείται συνεχής αύξηση και πως οι επιπτώσεις αυτών στην υγεία, την κοινωνία και στην οικονομία είναι δραματικές (Δαρδαβέσης, 1990)

## **3.2 – Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση**

### **3.2.1 – Αναζήτηση ερωτηματολογίου**

Για τη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό να διερευνηθεί η ύπαρξη ερευνών που να περιλαμβάνουν τα κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης της ετοιμότητας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά – διαδικτυακά στις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του ΤΕΙ Ηπείρου μέσω κατάλληλων διαδικτυακών βάσεων δεδομένων (Pubmed) αλλά και μέσα από μηχανές αναζήτησης (Google Scholar) για την αναζήτηση βιβλίων, διατριβών και άρθρων. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε και δευτερογενής αναζήτηση από



τις βιβλιογραφικές αναφορές κατά το πρώτο στάδιο αναζήτησης. Η αναζήτηση έγινε τόσο σε ελληνική όσο και σε διεθνή βιβλιογραφία.

Χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια για τη δημιουργία όρων αναζήτησης (λέξεις – κλειδιά) στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα.

- Στην Αγγλική γλώσσα: emergency preparedness, nursing disaster, evaluation tool, familiarity, questionnaire, assessment.
- Στην Ελληνική γλώσσα: ετοιμότητα, μαζικές καταστροφές, έκτακτη ανάγκη, αξιολόγηση, ερευνητικό εργαλείο, ερωτηματολόγιο

Για την αύξηση της αποτελεσματικότητας της αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν τελεστές Boolean. Η λογική των τελεστών Boolean (Boolean logic) είναι πως με την μέθοδο αυτή συνδυάζονται όροι σε μια αναζήτηση με τη χρήση των λέξεων and, or, not, near. Συγκεκριμένα έγινε χρήση του τελεστή «and» ο οποίος με συνδυασμό όρων οδηγεί στην αναζήτηση ιστοσελίδων που περιέχουν όλους τους όρους αναζήτησης. Με τον τρόπο αυτόν επιτυγχάνεται ακριβής αναζήτηση ενώ μειώνονται και τα αποτελέσματα που πρέπει να ερευνηθούν (Μισιχρόνης, 2011).

**1. Pubmed**: Αποτελεί μια μηχανή αναζήτησης με δωρεάν πρόσβαση κυρίως στη βάση δεδομένων MEDLINE, τη μεγαλύτερη βιβλιογραφική βάση δεδομένων στις ΗΠΑ.

**2. Google Scholar**: Αποτελεί επίσης μια μηχανή αναζήτησης με δωρεάν πρόσβαση σε μεγάλες βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων και περιοδικών.

Η αναζήτηση και στις δυο μηχανές αναζήτησης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των όρων:

α. Emergency preparedness and evaluation tool

β. Emergency preparedness and questionnaire

γ. Nursing disaster and evaluation tool

δ. Emergency preparedness and nursing

ε. Nurses assessment tool in disaster nursing

στ. Ετοιμότητα νοσηλευτών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και αξιολόγηση



Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του κατάλληλου άρθρου και με βάση αυτών επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ήταν τα εξής:

- Κριτήριο 1: Να παρέχει πλήρη κάλυψη του θέματος.
- Κριτήριο 2: Πρόσφατη έκδοση (εντός της τελευταίας πενταετίας)
- Κριτήριο 3: Ερωτηματολόγιο σταθμισμένο στην Αγγλική γλώσσα.
- Κριτήριο 4: Κατάλληλο για χρήση από επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Κριτήριο 5: Να αποτελεί εργαλείο αυτο-αξιολόγησης.
- Κριτήριο 6: Να έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία.

### **3.2.2 – Αποτελέσματα αναζήτησης**

Κατόπιν αξιολόγησης των αποτελεσμάτων προέκυψαν αρκετές μελέτες σχετικές με το θέμα της παρούσας μελέτης. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των δημοσιεύσεων προέκυψε από τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar, με τις ΗΠΑ και τις Ασιατικές χώρες να κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό αυτών, ενώ στην ελληνική βιβλιογραφία οι αναφορές είναι ελάχιστες.

Συνολικά, τα άρθρα τα οποία βρέθηκαν από όλες τις αναζητήσεις ήταν 989. Ο αριθμός των αποτελεσμάτων μειώθηκε σημαντικά με την χρήση των κριτηρίων που τέθηκαν κατά την αναζήτηση των άρθρων. Έτσι, από τα άρθρα που βρέθηκαν, έγινε αναγνώριση των ερωτηματολογίων που καλύπτουν πλήρως το θέμα (κριτήριο 1) και που χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό (κριτήριο 4).

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν ανέδειξε αρκετά εργαλεία αυτο-αξιολόγησης με αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία (κριτήρια 5 και 6).

### **3.3 – Κριτική ανάλυση βιβλιογραφίας**

Από την αρχική αναζήτηση, τέσσερα άρθρα φάνηκαν να πληρούν τα κριτήρια που τέθηκαν: (αναλυτικά χαρακτηριστικά Παράρτημα Β, Πίνακας 1Β)

- 1> *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET)* (Khalailah, et al, 2010). Δημιουργήθηκε για να εκτιμήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών σχετικά με την ετοιμότητά τους



πριν και μετά την εμφάνιση μιας καταστροφής. Έχει καλή αξιοπιστία ωστόσο είναι ιδιαίτερα εκτενές και με ελλιπή έγκυρα ποσοτικά χαρακτηριστικά.

2> Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ) (Wisniewski, Dennik-Champion & Peltier, 2004). Αποτελεί ένα καλό εργαλείο αυτό-αξιολόγησης σχετικά με την ετοιμότητα των νοσηλευτών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Έχει καλή αξιοπιστία με κύριο μειονέκτημά του τη διαθεσιμότητά του μόνο διαδικτυακά.

3> Adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (A-EPIQ) (Worrall, 2012). Προσαρμοσμένη εκδοχή του προηγούμενου ερωτηματολογίου με επίσης καλή αξιοπιστία. Υπερτερεί καθώς είναι πιο σύντομο και σε σύγκριση με την πρωτότυπη εκδοχή προκύπτουν τα εξής:

- Η προσαρμοσμένη εκδοχή του EPIQ συνοδεύεται και από πρόγραμμα εκπαίδευσης όπου δεν ισχύει το ίδιο και για την αρχική εκδοχή.
- Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμο για συμπλήρωση μόνο διαδικτυακά μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας.
- Η προσαρμοσμένη εκδοχή δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και ακολουθεί κατά κανόνα ευρωπαϊκούς κανονισμούς. Αυτό το καθιστά και πιο κατάλληλο για χρήση στην Ελλάδα καθώς αποτελεί Ευρωπαϊκή χώρα και ακολουθούνται ευρωπαϊκά πρότυπα.

### 3.4 – Περιγραφή επιλεγμένου ερωτηματολογίου

Το εργαλείο που επιλέχθηκε να μεταφραστεί και να σταθμιστεί, έπειτα από την κατάλληλη αναζήτηση, είναι η προσαρμοσμένη εκδοχή του Emergency Preparedness Information Questionnaire (Adapted version of EPIQ).

Η Worrall το 2011 προκειμένου να εφαρμόσει και να καθιερώσει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο EPIQ στους επαγγελματίες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο διεξάγει πιλοτική έρευνα με μια προσαρμοσμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου. Η εκδοχή αυτή προέκυψε ύστερα από τη διαπίστωση πως η αρχική χρήση κάποιων όρων δε θα ήταν οικεία προς τους νοσηλευτές του Ηνωμένου Βασιλείου.

Η προσαρμοσμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 41 ερωτήσεις (δηλώσεις, statements) ομαδοποιημένες σε 8 κατηγορίες (υποκλίμακες). Οι δυνατές απαντήσεις - τις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν την προτίμησή τους- είναι εκφρασμένες σε μια πεντάβαθμη κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης – Likert scale (1:πολύ ενήμερος/εξοικειωμένος έως και 5:καθόλου ενήμερος/εξοικειωμένος) (Worrall, 2012)



Οι ομάδες στις οποίες κατηγοριοποιούνται οι 41 ερωτήσεις είναι α) Incident command system - Σύστημα χειρισμού συμβάντων (1,2,3,4,5,6,7,8), β) Triage - Διαλογή (9,10,11,12,13), γ) Communications and connectivity - Επικοινωνία και συνδεσιμότητα (14,15,16,17,18,19,20), δ) Psychological issues and special populations - Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικοί πληθυσμοί (21,22,23,24,25,26), ε) Isolation, decontamination and quarantine - Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα (27,28,29,30,31), στ) Epidemiology and clinical decision making - Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων (32,33,34), ζ) Reporting and accessing critical resources - Υποβολή αναφοράς και προσβασιμότητα σε κρίσιμους πόρους (35,36,37,38) η) Biological agents - Βιολογικοί παράγοντες (39,40,41).

Οι δυο εκδοχές του ερωτηματολογίου, η πρωτότυπη στα Αγγλικά και η μεταφρασμένη στα Ελληνικά παρουσιάζονται στο Παράρτημα Α.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 - Επιστημολογία

Ο όρος επιστημολογία αναφέρεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο παράγεται η επιστημονική γνώση και στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αυτής και του ερευνητή (Σταμοβλάσης, 2013). Έτσι, η μεθοδολογία και η μέθοδος που θα ακολουθηθεί για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι απόρροια της επιστημολογικής θέσης που θα υιοθετηθεί (Δαρβίρη, 2009). Οι γνώσεις επιστημολογίας προσδίδουν σημαντικό υπόβαθρο στον ερευνητή ώστε να επιλέξει ορθά το είδος της έρευνας που θα προσεγγίσει καθώς και να θέσει αποτελεσματικά την ηθική βάση της έρευνας (Δημητρόπουλος, 2001).

Η μεθοδολογία της έρευνας, λόγω ύπαρξης διαφόρων φιλοσοφικών θεωρήσεων σχετικά με την αντίληψη της πραγματικότητας, εμφανίζει ποικίλες προσεγγίσεις. Η διχοτόμηση της πραγματικότητας σε αντικειμενική και υποκειμενική θεώρηση, οδήγησε στην εμφάνιση τεσσάρων κυρίως προσεγγίσεων. (Σταμοβλάσης, 2013).

α) *Θετικιστική επιστημολογία*: έχει ως βασική παραδοχή ότι η επιστημονική γνώση είναι έγκυρη αν βασίζεται σε αντικειμενική και ανεξάρτητη πραγματικότητα (Σταμοβλάσης, 2013).

β) *Νέο-θετικιστική επιστημολογία*: αποτελεί προέκταση της θετικιστικής με βασική παραδοχή την ύπαρξη αντικειμενικής πραγματικότητας η οποία ωστόσο δεν γίνεται πλήρως κατανοητή λόγω αδύναμων ανθρωπίνων ικανοτήτων (Μαντζούκας, 2015).

γ) *Ερμηνευτική επιστημολογία*: θέτει την υποκειμενικότητα ως κυριότερη παράμετρο για την αντίληψη της πραγματικότητας (Μαντζούκας, 2015).

δ) *Κριτική επιστημολογία*: βασίζεται στο ότι η πραγματικότητα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς κ.α. (Μαντζούκας, 2015).

Το υπόβαθρο της παρούσας έρευνας βασίζεται στη νέο-θετικιστική επιστημολογία καθώς το θέμα προϋποθέτει γενίκευση και αξιολογική ουδετερότητα. Η νέο-θετικιστική επιστημολογία αποτελεί προέκταση της θετικιστικής με βασική παραδοχή την ύπαρξη αντικειμενικής πραγματικότητας η οποία ωστόσο δεν γίνεται πλήρως κατανοητή λόγω αδύναμων ανθρωπίνων ικανοτήτων. Ο ερευνητής και το αντικείμενο της έρευνας δε συνδέονται μεταξύ τους αλλά ο ερευνητής προσπαθεί να λαμβάνει υπόψη του όσες περισσότερες παραμέτρους καθίσταται δυνατό. Τέτοιου είδους έρευνες χρησιμοποιούν κυρίως ποσοτικά ερωτηματολόγια και κλίμακες



(Μαντζούκας, 2015). Σε αυτήν την περίπτωση, ακολουθούνται γενικοί κανόνες κατά τη σχεδίαση της έρευνας ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις του ερευνητή και την προσωπική του εμπλοκή. Με αυτό το σκεπτικό, η περάτωση της έρευνας γίνεται με ποσοτική διάσταση με μεθοδολογία και μεθόδους που θα αναλυθούν στα επόμενα κεφάλαια (Ανδρεαδάκης, & Βάμβουκας, 2011)

## **4.2 - Μεθοδολογία**

Στη νοσηλευτική έρευνα η ύπαρξη διαπολιτισμικών και διεθνώς συνεργατικών μελετών κρίνεται απαραίτητη. Σε μελέτες που θα χρησιμοποιηθούν ποσοτικές μετρήσεις, είναι αναγκαία η μετάφραση αυτών των μεγεθών στη γλώσσα που πρόκειται να μελετηθεί. Η διαδικασία αυτή δεν είναι απλή καθώς οι έννοιες και οι αξίες που αποδίδονται στην πρότυπη μελέτη ενδέχεται να διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα. Προκειμένου να μελετηθούν ζητήματα που αφορούν άτομα με ποικίλα πολιτιστικά υπόβαθρα, τα εργαλεία πρέπει να είναι αξιόπιστα και έγκυρα σε οποιαδήποτε κουλτούρα μελετώνται. (Maneesriwongul, & Dixon, 2004)

Επιπλέον, η ποιότητα της μετάφρασης και η εγκυρότητα του μεταφρασμένου εργαλείου παίζει σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση ότι τα αποτελέσματα δεν προκύπτουν λόγω λαθών στην μετάφραση αλλά λόγω διαφορών ή ομοιοτήτων μεταξύ πολιτισμών.

Στην παρούσα μελέτη, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και έπειτα πραγματοποιήθηκε ψυχομετρικός έλεγχος του εργαλείου. Για τη στάθμισή του πραγματοποιήθηκαν συγκεκριμένοι ψυχομετρικοί έλεγχοι για την αξιοπιστία (reliability), την εγκυρότητα (validity), ενώ πραγματοποιήθηκε και έλεγχος της δομής του (factor analysis).

### **4.2.1 – Μέθοδοι μετάφρασης**

Στις διαπολιτισμικές έρευνες, η χρησιμοποίηση εργαλείων που έχουν προηγουμένως αναπτυχθεί με καλές ψυχομετρικές μεθόδους μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και προσπάθεια. Ωστόσο, τα εργαλεία αυτά πρέπει να είναι πολιτισμικά αποδεκτά και να μεταφραστούν κατάλληλα ώστε να είναι αξιόπιστα. Για το λόγο αυτό, η διαδικασία της μετάφρασης αποτελεί σημαντικό μέρος μιας διαπολιτισμικής έρευνας (Van de Vijver, & Leung, ).

Η εισαγωγή μιας κλίμακας για χρήση σε μια άλλη γλώσσα ή κουλτούρα συχνά απαιτεί αξιοσημείωτη προσπάθεια από τους ερευνητές προκειμένου να διατηρήσουν την ποιότητα της μετάφρασης (Brislin, 1970). Υπάρχουν τέσσερις βασικές τεχνικές ώστε να διατηρηθεί η ισοδυναμία μεταξύ της αρχικής εκδοχής του εργαλείου και της μεταφρασμένης: i) αντίστροφη μετάφραση





(back translation), ii) δίγλωσσική τεχνική (bilingual technique), iii) προσέγγιση επιτροπής (committee approach), iv) δοκιμασία προκαταρτικού τεστ (pretest procedure) (Cha, et al, 2007).

i) *Αντίστροφη μετάφραση (back translation)*: Αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέθοδο διατήρησης ισοδυναμίας μεταξύ της αρχικής και της μεταφρασμένης εκδοχής. Το κλασικό μοντέλο αντίστροφης μετάφρασης του Brislin είναι ευρέως διαδεδομένο για την αξιοπιστία του εργαλείου. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί αρκετούς ανεξάρτητους δίγλωσσους μεταφραστές καθώς αποτελείται από διαδικασίες με επαναλαμβανόμενες μεταφράσεις και αντίστροφες μεταφράσεις. Ένας δίγλωσσος μεταφραστής μεταφράζει το εργαλείο από τη γλώσσα – πηγή (source language) στη γλώσσα-στόχο (target language) ενώ στη συνέχεια ένας δεύτερος κάνει αντίστροφη μετάφραση του εργαλείου, ανεξάρτητα από τον πρώτο μεταφραστή. Κατόπιν, οι δυο εκδοχές του εργαλείου συγκρίνονται ως προς την εννοιολογική ισορροπία. Σε περίπτωση που προκύψει κάποιο λάθος στην εκδοχή της αντίστροφης μετάφρασης, ένας άλλος μεταφραστής καλείται να ξαναμεταφράσει το εργαλείο. Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται έως ότου μια ομάδα δίγλωσσων μεταφραστών συμφωνήσει πως οι δυο εκδοχές του εργαλείου είναι πανομοιότυπες και δεν περιέχουν λάθη στην ερμηνεία (Brislin, 1970).

ii) *Δίγλωσσική τεχνική (bilingual technique)*: Η χρήση της δίγλωσσης τεχνικής απαιτεί τη διαχείριση του εργαλείου τόσο στη γλώσσα – πηγή όσο και στη γλώσσα- στόχο. Τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων και στις δυο μορφές συγκρίνονται προκειμένου να ανακαλυφθούν τυχόν διαφορές. Επιπλέον, οι απαντήσεις των δίγλωσσων συμμετεχόντων ενδέχεται να διαφέρουν από τον πληθυσμό – στόχο καθώς τα δίγλωσσα άτομα συνδέονται πολιτισμικά και με τις δυο κουλτούρες. Αυτή η συνδεσιμότητα τους διαχωρίζει σε πληθυσμό διαφορετικό από τους μονόγλωσσους και έτσι καθίσταται δυνατή η σημείωση διαφορετικών απαντήσεων ακόμα και αν οι δυο εκδοχές (πρωτότυπη και γλώσσα – στόχος) έχουν ισοδυναμία περιεχομένου (Cha, Kim, & Erlen, 2007).

iii) *Προσέγγιση επιτροπής (committee approach)*: Η προσέγγιση μέσω επιτροπής επιτυγχάνεται με μια ομάδα δίγλωσσων ειδικών οι οποίοι μεταφράζουν την πρωτότυπη εκδοχή του εργαλείου στην γλώσσα-στόχο. Αυτή η προσέγγιση παρέχει μια πιο ξεκάθαρη εκδοχή του μεταφρασμένου εργαλείου καθώς ένα λάθος από ένα μέλος της ομάδας μπορεί εύκολα να ανιχνευθεί και να διορθωθεί από τα υπόλοιπα μέλη. Η μέθοδος αυτή είναι κατάλληλη να χρησιμοποιηθεί όταν οι δίγλωσσοι μεταφραστές δείχνουν προτίμηση προς τη γλώσσα-στόχο και είναι διαθέσιμος μικρός αριθμός μεταφραστών για την αντίστροφη μετάφραση. Σημειώνεται πως η συγκεκριμένη μέθοδος απαιτεί πάνω από 3 δίγλωσσους μεταφραστές (Cha, Kim, & Erlen, 2007).



iv) *Δοκιμασία προκαταρτικού τεστ (pretest procedure)*: Η προ-δοκιμή αναφέρεται σε μια πιλοτική μελέτη. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει τους ερευνητές να αναγνωρίσουν πιθανά προβλήματα όταν ο πληθυσμός, οι συνθήκες μελέτης και οι μετρήσεις που θα χρησιμοποιηθούν είναι οι ίδιες με την πιλοτική μελέτη. Επιπλέον, δύναται να αποκτηθούν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με πιθανά προβλήματα ανάλογα με τον αριθμό των ομοιοτήτων των συνθηκών μελέτης.

Ενώ η αντίστροφη μετάφραση (back translation) συχνά χρησιμοποιείται για να διατηρεί ισοδυναμία περιεχομένου στην μεταφρασμένη εκδοχή, υπάρχουν αδυναμίες όταν χρησιμοποιείται η κλασική μετάφραση κατά το μοντέλο του Brislin. Για το λόγο αυτό προτείνεται συνδυασμός μεθόδων και τροποποιήσεις στα μοντέλα του Brislin (Cha, Kim, & Erlen, 2007).

#### **4.2.2 – Άδεια μετάφρασης**

Η κατασκευάστρια της προσαρμοσμένης εκδοχής του ερωτηματολογίου EPIQ, Jennifer Worrall, Νοσηλεύτρια επειγόντων στο Trowbridge Hospital στο Wiltshire του Ηνωμένου Βασιλείου, ενημερώθηκε αναλυτικά για το σκοπό της μελέτης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου όπου και ζητήθηκε η γραπτή συγκατάθεσή της για τη μετάφραση και τη στάθμιση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα. Η άδεια δόθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στις 18 Ιουλίου 2016 (Παράρτημα Γ). Επιπλέον, η κα Worrall παρακάλεσε να της αποστείλουμε αντίγραφο του μεταφρασμένου στα Ελληνικά ερωτηματολογίου μετά το πέρας της έρευνας.

#### **4.2.3 – Διαδικασία μετάφρασης στην Ελληνική γλώσσα**

Η διαδικασία της μετάφρασης της προσαρμοσμένης εκδοχής του ερωτηματολογίου Emergency Preparedness Information Questionnaire (Adapted - EPIQ) ξεκίνησε έπειτα από την εξασφάλιση της γραπτής συγκατάθεσης της δημιουργού του ερωτηματολογίου και διήρκεσε περίπου ένα μήνα.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη μετάφραση ήταν η μέθοδος της διπλής κατευθύνσεως (forward – backtranslation) (σύμφωνα με van de Vijver & Leung, 1997) κατά την οποία δυο ανεξάρτητοι και δίγλωσσοι επαγγελματίες υγείας μετέφρασαν στα ελληνικά την αρχική εκδοχή του ερωτηματολογίου. Έπειτα, οι δυο εκδοχές του μεταφρασμένου εργαλείου συγκρίθηκαν μεταξύ τους και έγιναν ελάχιστες τροποποιήσεις ώστε να προκύψει η τελική συμφωνηθείσα εκδοχή. Η εκδοχή αυτή μεταφράστηκε από έναν δίγλωσσο επαγγελματία υγείας από τα ελληνικά στα αγγλικά χωρίς να γνωρίζει την πρωτότυπη εκδοχή. Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο



συγκρίθηκε με το πρωτότυπο χωρίς ωστόσο να πραγματοποιηθούν αλλαγές στο τελικό συμφωνηθέντα ερωτηματολόγιο.

Η εκδοχή που προέκυψε από την παραπάνω διαδικασία αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στο δείγμα της μελέτης προκειμένου να γίνει η στάθμιση.

#### **4.3 – Δειγματοληπτική τεχνική**

Η δειγματοληψία αναφέρεται στις διαδικασίες και στις τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν από τον ερευνητή προκειμένου να συλλεχθεί το δείγμα το οποίο θα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου. Οι δειγματοληπτικές τεχνικές γενικά κατανέμονται σε δυο κατηγορίες: τη δειγματοληψία πιθανότητας (probability sampling) και μη πιθανότητας (non probability sampling) (Δαρβίρη, 2009).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται σε μελέτες στάθμισης ερωτηματολογίου ανήκουν στην κατηγορία της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και είναι κυρίως η δειγματοληψία κρίσης (Judgment sampling) και η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) (Δαρβίρη, 2009). Ωστόσο, επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας καθώς η δειγματοληψία κρίσης προϋποθέτει την προσωπική κρίση του δειγματολήπτη (Αποστολάκης, και συνεργάτες, 2003).

Κατά τη χρήση της τεχνικής της δειγματοληψίας ευκολίας προκύπτει το δείγμα ευκολίας το οποίο αναφέρεται σε άτομα, τα οποία είναι εύκολα προσβάσιμα ή διαθέσιμα. Η προτίμηση της μεθόδου αυτής οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί την καταλληλότερη μέθοδο για την αξιολόγηση ενός πιλοτικού ερευνητικού εργαλείου.

#### **4.4 – Περιγραφή του δείγματος**

Δείγμα για τη συμπλήρωση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου EPIQ αποτέλεσαν 109 νοσηλευτές, άνδρες και γυναίκες, από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας (δείγμα ευκολίας). Η κύρια πηγή του δείγματος ήταν τα γενικά νοσοκομεία κάθε περιοχής.

#### **4.5 – Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού δείγματος**

Για το σωστό καθορισμό του πληθυσμού είναι απαραίτητο να καθοριστούν τόσο κριτήρια αποδοχής όσο και κριτήρια αποκλεισμού δείγματος προκειμένου τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αξιόπιστα (Δαρβίρη, 2009). Οι παράγοντες που επιτρέπουν τη συμμετοχή ενός ατόμου στη μελέτη αναφέρονται ως κριτήρια αποδοχής ή συμμετοχής (inclusion criteria) ενώ αυτά που δεν



επιτρέπουν αναφέρονται ως κριτήρια αποκλεισμού (exclusion criteria) (Αποστολάκης και συνεργάτες, 2003).

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων τέθηκαν ως εξής:

1. Να ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός ελληνικού νοσηλευτικού ιδρύματος.
2. Να είναι άριστοι γνώστες της Ελληνικής γλώσσας.
3. Να έχουν ενημερωθεί και να έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους.

Ως κριτήριο αποκλεισμού δεν τέθηκε τίποτα παραπάνω εκτός του να πληρούν όλα τα κριτήρια επιλογής.

#### **4.6 – Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Η παρούσα μελέτη είναι μια ποσοτική έρευνα και κατ' επέκταση τα δεδομένα θα είναι ποσοτικά, θα φέρουν δηλαδή τη μορφή αριθμών και ως τέτοια θα επεξεργαστούν.

Η συλλογή δεδομένων αποτελεί καθοριστικής σημασίας στάδιο στην έρευνα και γι' αυτό είναι σημαντικό θα επιλεγθεί σωστά η μέθοδος με την οποία θα πραγματοποιηθεί η διαδικασία. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων τόσο θεωρητικών και πρακτικών (θέμα υπό μελέτη, αριθμός και είδος δείγματος) όσο και αυτών που σχετίζονται με τους διαθέσιμους πόρους και το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (Δαρβίρη, 2009).

Στην ποσοτική έρευνα χρησιμοποιούνται, ως μέθοδοι συλλογής δεδομένων, τα ερωτηματολόγια και η συλλογή στατιστικών δεδομένων μέσω διαρκούς παρακολούθησης και καταγραφής (Δημητρόπουλος, 2001).

Σημαντικό σημείο στη συλλογή δεδομένων είναι η ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων μέτρησης όπως τα τυχαία ή συστηματικά σφάλματα. Καθώς δεν υπάρχει εργαλείο μέτρησης που να εξασφαλίζει την αποφυγή σφαλμάτων, ο ερευνητής δύναται να ακολουθήσει τεχνικές ελαχιστοποίησης αυτών (Δαρβίρη, 2009).

Ως το καταλληλότερο μεθοδολογικό μέσο για την παρούσα έρευνα θεωρήθηκε το αυτο-συμπληρώμενο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις το οποίο σχεδιάστηκε αρχικά το 2004 και τροποποιήθηκε από την Jennifer Worrall το 2011. Επιπλέον, η προσθήκη δημογραφικών



χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, έτη εργασίας, οικογενειακή κατάσταση) δύναται να αναδείξει ύπαρξη εξάρτησης με το ερευνητικό αντικείμενο.

Η συγκεκριμένη μέθοδος συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε καθώς το ερωτηματολόγιο αυτό έχει ήδη χρησιμοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και έχει ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα. Επίσης, περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις οι οποίες αποτελούνται από καθορισμένες απαντήσεις. Πλεονεκτεί έναντι των ανοικτού τύπου ερωτήσεων, ως προς τη χρησιμότητά του σε μεγάλα δείγματα και ως προς την ύπαρξη δομημένης μορφής επιτρέποντας την αποτύπωση σαφών ερωτήσεων. Κύριο μειονέκτημα είναι η αδυναμία καταγραφής αυθόρμητων απαντήσεων των ερωτώμενων (Δημητρόπουλος, 2001). Επιλέχθηκε η διανομή να γίνει δια ζώσης σε συγκεκριμένους χώρους ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και όχι μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης καθώς τίθεται υπό αμφισβήτηση η διατήρηση της ανωνυμίας. Πλεονέκτημα αυτού είναι η εξοικονόμηση χρόνου που προσδίδει στον ερωτώμενο ελευθερία, ενώ ταυτόχρονα ελλοχεύει ο κίνδυνος να μην επιστραφούν όλα τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν (Ανδρεαδάκης, & Βάμβουκας, 2011).

#### **4.7 – Μέθοδος διαχείρισης αναπάντητων ερωτήσεων**

Τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και οι ερωτήσεις που δεν συμπληρώθηκαν δεν συμπεριλήφθηκαν για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων

#### **4.8 – Ηθική της έρευνας**

Στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, η ηθική της έρευνας είναι ιδιαίτερος σημαντική καθώς εστιάζει κυρίως σε ανθρώπινα αντικείμενα και σε συμπεριφορές τους. Για το λόγο αυτό, η διεξαγωγή μιας επιτυχούς έρευνας εγείρει ηθικά θέματα περί του τι είναι σωστό και ηθικό (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

Η επιστημονική έρευνα διέπεται από δεοντολογικές αρχές ενός εκτεταμένου νομοθετικού πλαισίου, με κύριο στόχο τόσο την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και αξιοπρέπειας αλλά και την προστασία της ίδιας της ερευνητικής δραστηριότητας. Έτσι, η συμπεριφορά του ερευνητή διαμορφώνεται από την ύπαρξη δεοντολογικών αρχών (Γκαράνη- Παπαδάτο, 2012).

##### **4.8.1 – Βασικές αρχές**

Κάθε μελέτη με κέντρο τον άνθρωπο και τις συμπεριφορές του οφείλει να διασφαλίζει, από τον σχεδιασμό του ακόμα, την εφαρμογή των τριών βασικών αρχών ηθικής βάσει των οποίων



πρέπει να κινηθεί η μελέτη ώστε να γίνονται σεβαστά τα ανθρώπινα δικαιώματα (Σαρρής,2001).

Οι βασικές αυτές αρχές είναι:

α) η αρχή σεβασμού στον άνθρωπο και στα δικαιώματά του

β) η αρχή οφέλους και μη βλάβης

γ) η αρχή δικαιοσύνης

#### **4.8.2 – Ενήμερη συγκατάθεση**

Για την συμμετοχή στην έρευνα απαιτήθηκε η ύπαρξη γραπτής ή προφορικής ενήμερης συγκατάθεσης η οποία πλαισιώνεται από ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας. Έτσι, εξασφαλίζεται πλήρης νοητική διαύγεια από πλευράς συμμετέχοντος (Δημητρόπουλος, 2001).

#### **4.8.3 – Ανωνυμία / Εμπιστευτικότητα**

Κάθε έρευνα πρέπει να είναι σε θέση να εξασφαλίζει την ανωνυμία του συμμετέχοντος ενώ για την άρση αυτής απαιτείται συγκατάθεση. Για την τήρηση της εμπιστευτικότητας δεν επιτρέπεται να παραβιάζεται το ατομικό απόρρητο και τα ατομικά προσωπικά δεδομένα, πόσο μάλλον να τα γνωστοποιεί σε τρίτους χωρίς γραπτή συγκατάθεση (Γκαράνη- Παπαδάτου, 2012). Στην παρούσα έρευνα, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα θα διατηρηθούν με την συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων και την επιστροφή αυτών σε κλειστό φάκελο.

#### **4.8.4 –Κατοχύρωση αρχών του ερευνητή**

Όσον αφορά τον ίδιο τον ερευνητή και το ερευνητικό του περιβάλλον, είναι σημαντικό να τηρούνται βασικές αρχές δεοντολογίας έτσι ώστε να κατοχυρώνει ο ερευνητής τις αρχές του απέναντι στην επιστημονική κοινότητα αλλά και να προσδίδει κύρος στην έρευνα (Δημητρόπουλος, 2001). Το γεγονός αυτό διασφαλίζεται με την κατάλληλη αναφορά και παραπομπή στις πηγές όπως και με το σεβασμό στον παράγοντα αδειοδότησης για χρήση του ερωτηματολογίου από τη δημιουργό του.

#### **4.8.5 – Χαρακτηριστικά ηθικής έρευνας**

Προκειμένου η έρευνα μας να είναι ηθική δύναται να διαθέτει μια σειρά χαρακτηριστικών: (Δαρβίρη, 2009), (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).



- Επιστημονική αντικειμενικότητα. Ο ερευνητής πρέπει να έχει συνείδηση των αξιών του και να απέχει από οποιαδήποτε κακή διαχείριση ή απάτης σχετικά με την έρευνα. Έτσι, περιλαμβάνονται όλα τα δεδομένα ακόμα και αυτά με τα οποία δεν είναι σύμφωνος ο ερευνητής.
- Ολοκλήρωση στην παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας. Δεν ενθαρρύνεται η απόκρυψη πληροφοριών σχετικά με κινδύνους, οφέλη και την απάτη των συμμετεχόντων.
- Συνεργασία με εξουσιοδοτημένα όργανα επιθεώρησης των ερευνητικών σχεδίων. Κατατίθεται ερευνητικό πρωτόκολλο με την προτεινόμενη μελέτη στους αρμόδιους φορείς προκειμένου να διασφαλιστεί η έγκριση της μελέτης κυρίως από ηθικής πλευράς.
- Δίκαιη αναγνώριση της συνεισφοράς άλλων στην έρευνα με καταγραφή των συνεργατών.
- Διαφάνεια στην προβολή του σκοπού, των μεθόδων και των αποτελεσμάτων. Δεν αποκρύπτονται ούτε παραποιούνται πληροφορίες όσον αφορά τις διαδικασίες ή τα αποτελέσματα.
- Λεπτότητα στην εφαρμογή διαδικασιών, ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Αποκάλυψη τυχόν πηγών οικονομικών πόρων.
- Διερεύνηση επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής, μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών ευρημάτων
- Θάρρος στη δημόσια διευκρίνιση κάθε παρεξήγησης.

#### **4.9 – Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Η επεξεργασία των δεδομένων αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που ακολουθεί τον ερευνητή καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, από τη δημιουργία της ερευνητικής ερώτησης μέχρι και την περάτωση της έρευνας. Τα δεδομένα που θα προκύψουν από την έρευνα θα είναι ποσοτικά και επομένως απαιτούν κυρίως στατιστικές επεξεργασίες είτε απλούστερης μορφής είτε πιο σύνθετης (Δημητρόπουλος, 2001).

Στην παρούσα μελέτη, έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS version 20 προκειμένου να γίνουν οι κατάλληλες στατιστικές επεξεργασίες των δεδομένων. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε τρία στάδια επεξεργασίας. Το πρώτο στάδιο αποτέλεσε ο έλεγχος σωστής δειγματοληπτικής τεχνικής. Κατά το δεύτερο στάδιο έγινε κωδικοποίηση των δεδομένων, μετατροπή δηλαδή των ποιοτικών στοιχείων σε ποσοτικές μεταβλητές. Τέλος, το τρίτο στάδιο



αποτελέσει η μηχανογραφική επεξεργασία και οι κατάλληλες στατιστικές επεξεργασίες για την ανάλυση των δεδομένων (Δημητρόπουλος, 2001).

#### **4.10 – Διαδικασία στάθμισης ερωτηματολογίου**

Στις μελέτες που διεξάγονται στον χώρο της υγείας, η εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων επιτυγχάνεται μέσω της αναζήτησης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των ερευνητικών εργαλείων τα οποία είναι σπουδαία κριτήρια. Ένα εργαλείο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα, αν δεν έχει προηγουμένως εξασφαλίσει ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity) (Σαχίνη – Καρδάση, 2007).

Οι μεταφράσεις εργαλείων χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του μεταφρασμένου εργαλείου, λόγω του ότι η μετάφραση ενδέχεται να αλλάξει τη δομή του αρχικού ερωτηματολογίου. Το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο θεωρείται ισότιμο με το πρωτογενές μόνο όταν η αξιοπιστία, η εγκυρότητα και ο έλεγχος της δομής του είναι παρόμοια με την πρωτογενή εκδοχή. Για το λόγο αυτό, κάθε χρήση ενός εργαλείου μέτρησης πρέπει να ακολουθείται από έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας και σε συνδυασμό με την επανειλημμένη εφαρμογή τους βελτιώνονται και επαναξιολογούνται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011).

Προκειμένου να ακολουθηθούν σωστές διαδικασίες κατά τη στάθμιση του εργαλείου πρέπει να κατανοηθούν πλήρως οι δυο βασικές έννοιες ‘‘αξιοπιστία’’ και ‘‘εγκυρότητα’’ (Γαλάνης, 2013).

##### **4.10.1 - Αξιοπιστία**

Η αξιοπιστία αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό που πρέπει να διαθέτει ένα ερευνητικό εργαλείο και αντανακλά στη σταθερότητα που εμφανίζει έπειτα από διαδοχικές μετρήσεις ή αλλιώς στη συνέπεια με την οποία όλα τα στοιχεία του εργαλείου μετρούν την ίδια έννοια ή μεταβλητή που θεωρείται ότι μετρούν (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011), (Gerrish, et al, 2014).

Ένα ερευνητικό εργαλείο θεωρείται αξιόπιστο στην περίπτωση που στο ίδιο δείγμα και σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε διαφορετικές χρονικές στιγμές εμφανίζει σταθερά ίδια αποτελέσματα. Έτσι, η αξιοπιστία προσδίδει στο εργαλείο χαρακτήρα σταθερότητας και εσωτερικής συνοχής. Η ύπαρξη υψηλής αξιοπιστίας ενός ερευνητικού εργαλείου συνδέεται με τον εκμηδενισμό τυχαίου σφάλματος καθώς η παρουσία τυχαίου σφάλματος προσδίδει στο εργαλείο χαρακτήρα μη αξιόπιστο και ανακριβή (Γαλάνης, 2013).





1> Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής/συνάφειας (internal consistency): Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής αναφέρεται στο βαθμό κατά τον οποίο όλες οι καταγραφές που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη διάσταση μιας κλίμακας μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή) (Σαχίνη – Καρδάση, 2007). Περιλαμβάνει, δηλαδή, τον έλεγχο για την ομοιογένεια (Γαλάνης, 2013).

Όταν ένα εργαλείο μέτρησης εφαρμόζεται για πρώτη φορά σε πληθυσμό με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά και μεταφρασμένο, τότε κρίνεται επιβεβλημένος ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Βασικός τύπος συντελεστή για την εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας αποτελεί ο συντελεστής  $\alpha$  που δημιουργήθηκε από τον Cronbach εάν οι απαντήσεις στα στοιχεία αποτελούνται σε πάνω από 2 κατηγορίες (κλίμακα Likert) (Γαλάνης, 2013). Για να είναι αποδεκτές οι τιμές αυτών των συντελεστών πρέπει να είναι τουλάχιστον  $\geq 0,7$ . Όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές των συντελεστών τόσο αυξάνεται και η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας ενώ επιτυγχάνει το άριστο όταν λαμβάνονται τιμές  $0,9 - 0,94$  (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Χρηζουν ιδιαίτερης προσοχής όταν λαμβάνονται τιμές  $> 0,95$  για το λόγο του ότι χαρακτηρίζονται δύσπιστα και μη επιθυμητά καθώς τα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι ακριβώς ίδια μεταξύ τους και αποτελούν στην ουσία επανάληψη προσφέροντας ακριβώς την ίδια πληροφορία (Γαλάνης, 2013). Στην περίπτωση που μια κλίμακα λαμβάνει μικρού βαθμού εσωτερική συνάφεια δηλαδή μη αποδεκτές τιμές  $< 0,7$  ή  $> 0,95$  καθίσταται επιβεβλημένη η τροποποίηση ή η αφαίρεση στοιχείων ή προτάσεων, έτσι ώστε να προκύψουν αποδεκτές τιμές (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Σημειώνεται πως το επιτρεπτό όριο αφαίρεσης στοιχείων είναι 20% των στοιχείων του αρχικού ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013)

2> Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test – retest): Αποτελεί την ικανότητα του ερωτηματολογίου να εμφανίζει όμοια αποτελέσματα σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Η διαδικασία περιλαμβάνει επανάληψη των μετρήσεων, μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, όπου οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν ξανά το ερωτηματολόγιο. Ο υπολογισμός γίνεται μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$  για τους συμμετέχοντες στις δυο διαφορετικές περιόδους. Ύπαρξη αξιοπιστίας ελέγχου – επανελέγχου προκύπτει από την ισχυρή θετική συσχέτιση.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στα δυο χρονικά διαστήματα καθώς πρέπει να εξασφαλίζονται ακριβώς ίδιες συνθήκες. Το χρονικό διάστημα πρέπει να είναι ικανοποιητικό ώστε να μην προκύψουν σφάλματα όπως αποτέλεσμα μνήμης όταν το χρονικό διάστημα είναι πολύ μικρό (Γαλάνης, 2013).



Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μας εκτιμήθηκε μέσω της εσωτερικής συνέφειας (internal consistency) και της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (test –retest reliability).

#### **4.10.2 - Εγκυρότητα**

Η εγκυρότητα ενός εργαλείου μέτρησης είναι ακόμα ένα σημαντικό κριτήριο με το οποίο αξιολογείται η ποιότητα του εργαλείου (Σαχίνη – Καρδάση, 2007). Ένα εργαλείο μπορεί να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία αλλά να μην είναι έγκυρο γι' αυτό παράλληλα με την εκτίμηση της αξιοπιστίας του είναι επιβεβλημένος και ο έλεγχος της εγκυρότητάς του. Πιο συγκεκριμένα, η εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης «αντικατοπτρίζει» την έννοια την οποία πραγματικά υποτίθεται ότι μετρά (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011).

1> Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζεται ένα ερωτηματολόγιο έτσι ώστε να καλύπτει εννοιολογικά όλες τις διαστάσεις της έννοιας ή της μεταβλητής που μετράει. Ως απόρροια αυτού, το ερώτημα που τίθεται για την εγκυρότητα του περιεχομένου είναι εάν οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι αντιπροσωπευτικές της μεταβλητής που διατείνεται ότι μετρά (Γαλάνης, 2013).

2> Εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity): αναφέρεται στη χρήση ενός ήδη υπάρχοντος ερωτηματολογίου με αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία, βάσει του οποίου θα εκτιμηθεί το νέο ερωτηματολόγιο ως προς την έννοια ή μεταβλητή που διατείνεται ότι μετρά (Γαλάνης, 2013).

Η εγκυρότητα κριτηρίου περιλαμβάνει:

α) Συνυπάρχουσα εγκυρότητα (concurrent validity): αποτελεί την επιβεβαίωση ότι το νέο ερωτηματολόγιο εμφανίζει βαθμό συσχέτισης με το ήδη υπάρχον (Bowling, 2013). Στατιστικά ο βαθμός συσχέτισης των δυο εργαλείων εκφράζεται με τον συντελεστή συσχέτισης  $r$  (correlation coefficient) η θετικότητα του οποίου υποδηλώνει υψηλή ταυτόχρονη εγκυρότητα για το νέο ερωτηματολόγιο (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011).

β) Προβλεπτική εγκυρότητα (predictive validity): αποτελεί την επιβεβαίωση ότι το εργαλείο μέτρησης εμφανίζει προβλεπτική ικανότητα σε μελλοντικά γεγονότα, συμπεριφορές ή φαινόμενα (Σαχίνη – Καρδάση, 2007). Η προβλεπτική εγκυρότητα εκτείνεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς η συσχέτιση πραγματοποιείται μεταξύ μιας μεταβλητής και άλλων μελλοντικών μετρήσεων της ίδιας έννοιας έχοντας ως απόρροια τον υπολογισμό του βαθμού συσχέτισης μεταξύ των δυο ερωτηματολογίων. Υψηλή συσχέτιση μεταξύ αυτών δηλώνει υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα του νέου ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013).



3> *Δομική εγκυρότητα (construct validity)*: εκφράζει το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μέτρησης αντιπροσωπεύει το πραγματικό θεωρητικό πλαίσιο της έννοιας που διατείνεται ότι μετρά (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας είναι μια πολύτιμη διαδικασία αλλά ταυτόχρονα δύσκολη καθώς απαιτείται η ανίχνευσή της αφού δεν είναι απευθείας παρατηρήσιμη (Γαλάνης, 2013).

Ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας επιτυγχάνεται προσεγγίζοντας την μελέτη με τους εξής παράγοντες:

α) *Παραγοντική εγκυρότητα (factorial validity)*: χρησιμοποιεί την παραγοντική ανάλυση (factor analysis) προκειμένου να αναζητηθούν στοιχεία στο εργαλείο μέτρησης που να σχετίζονται μεταξύ τους τόσο στατιστικά όσο και εννοιολογικά. Εάν με την παραγοντική ανάλυση αποδειχθεί εννοιολογική συμφωνία των στοιχείων με το εργαλείο μέτρησης, τότε θεωρείται πως το εργαλείο διαθέτει δομική εγκυρότητα (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011).

β) *Συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity)*: αναφέρεται στη συσχέτιση μεταξύ δυο διαφορετικών εργαλείων που μετρούν την ίδια μεταβλητή ή μεταξύ ενός νέου εργαλείου και ενός ήδη υπάρχοντος που φέρει αποδεδειγμένη εγκυρότητα (Γαλάνης, 2013). Υψηλός βαθμός συσχέτισης των εργαλείων μέτρησης επιβεβαιώνει την ύπαρξη συγκλίνουσας εγκυρότητας και ως εκ τούτου δομικής εγκυρότητας (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011).

Ο έλεγχος KMO και ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της καταλληλότητας των δεδομένων. Υψηλές τιμές KMO >0,5 υποδεικνύουν την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης (Δαφέρμος, 2005).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1 – Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συμμετείχαν τυχαία 150 νοσηλευτές στους οποίους δόθηκαν αρχικά τα ερωτηματολόγια. Από αυτά τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 109, με ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη 72.6%.

Το τελικό δείγμα αποτελείται από 109 νοσηλευτές εκ των οποίων οι 87 (79,8%) ήταν γυναίκες και οι 22 (20,2%) ήταν άνδρες.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43,72 έτη ( $\pm 7,67$  έτη). Η ηλικία των ανδρών κυμαίνονταν από 29 έως 56 έτη, με μέση τιμή τα 45,73 έτη ενώ ο μέσο όρος ηλικίας των γυναικών ήταν 43,22 έτη με εύρος από 20 έως 63 έτη.

Στην ερώτηση πόσα χρόνια εξασκείτε το νοσηλευτικό επάγγελμα οι απαντήσεις κυμαίνονταν από 1 έως 32 έτη, με μέσο όρο τα 19,02 ( $\pm 8,52$ ) έτη.

Στον πίνακα 5.1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του συνόλου του δείγματος (N=109) με τη μορφή της απόλυτης (n) και σχετικής (%) συχνότητας. Οι μεταβλητές και οι κατηγορίες των απαντήσεων αντιστοιχούν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της πρώτης σελίδας (Παράρτημα Α). Από τον πίνακα είναι εμφανές ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, έγγαμες με παιδιά. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν κυρίως απόφοιτοι Τ.Ε.Ι (59 και 54,1%) ενώ οι απόφοιτοι Α.Ε.Ι ήταν μόλις 11 (10,1%) (Παράρτημα Β – Γράφημα 1B). Ως προς τον εργασιακό τομέα οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονταν σε Καρδιολογική κλινική και σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (n=12 και 11%) με μέση τιμή τα 19,02 ( $\pm 8,52$ ) έτη εργασίας. Τέλος, ως προς το βαθμό ικανοποίησης εργασίας οι περισσότεροι νοσηλευτές (n=51) δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε ποσοστό 46,8% (Παράρτημα Β – Γράφημα 2B).

*Πίνακας 5.1 – Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=109)*

Χαρακτηριστικό		n (%)
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	22 (20,2%)
	Γυναίκες	87 (79,8%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος	15 (13,8%)
	Έγγαμος	81 (74,3%)
	Διαζευγμένος	7 (6,4%)
	Σε σχέση	1 (0,9%)
	Χήρος	5 (4,6%)
<b>Υπαρξη τέκνων</b>	Ναι	92 (84,4 %)
	Όχι	15 (13,8 %)
	Γυμνάσιο	2 (1,8%)



<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Λύκειο	37 (33,9%)
	A.E.I	7 (6,4%)
	T.E.I	46 (42,2%)
	Μεταπτυχιακό	17 (45,6%)
<b>Ειδικότητα</b>	Νοσηλεύτης Π.Ε.	11 (10,1%)
	Νοσηλεύτης T.E.	59 (54,1%)
	B. Νοσηλεύτη Δ.Ε.	38 (34,9%)
	Άλλο	1 (0,9%)
<b>Βαθμός ικανοποίησης εργασίας</b>	Καθόλου	2 (1,8 %)
	Πολύ λίγο	7 (6,4 %)
	Μέτρια	33 (30,3 %)
	Αρκετά	51 (46,8 %)
	Πάρα πολύ	16 (14,7 %)
<b>Εργασιακός τομέας</b>	Παθολογική	8 (7,3 %)
	Χειρουργική	11 (10,1 %)
	Καρδιολογική	12 (11 %)
	TEΠ	12 (11 %)
	Βραχείας νοσηλείας	5 (4,6 %)
	ΜΕΘ	10 (9,2 %)
	Μονάδα εμφραγμάτων	7 (6,4 %)
	Μονάδα τεχνητού νεφρού	9 (8,3 %)
	Ορθοπαιδική	6 (5,5 %)
	Οφθαλμολογική	3 (2,8 %)
	Ουρολογική	1 (0,9 %)
	Παιδιατρική	3 (2,8 %)
	Εξωτερικά ιατρεία	7 (6,4 %)
	Αιματολογική	5 (4,6 %)
	ΩΡΛ	1 (0,9 %)
Άλλη κλινική	9 (8,3 %)	

## 5.2 – Προβλήματα υγείας των νοσηλευτών σχετιζόμενα με αγχώδεις διαταραχές

Στην υποενότητα αυτή παρουσιάζονται στοιχεία που σχετίζονται με προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων που αφορούν αγχώδεις διαταραχές. Η μεταβλητή αυτή προστέθηκε προκειμένου να εκτιμηθούν έμμεσα τα ποσοστά εκδήλωσης αγχώδους διαταραχής. Στον πίνακα 5.2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις επί του συνόλου του δείγματος (n=109). Οι απαντήσεις αντιστοιχούν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της πρώτης σελίδας. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν προκύπτει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν εκδηλώσει ταχυκαρδίες (n=46 - 42,2%) ενώ μόνο 2 (1,8%) λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Κοινές εκδηλώσεις άγχους από το γαστρεντερικό σύστημα κατείχαν ποσοστά 26,6% και 21,1% για εντερικές διαταραχές και στομαχικές διαταραχές αντίστοιχα.



**Πίνακας 5.2 – Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία αναφορικά με προβλήματα υγείας που σχετίζονται με αγχώδεις διαταραχές**

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>n (%)</b>
Καρδιολογικό πρόβλημα	3 (2,8%)
Φαρμακευτική αγωγή για καρδιολογικό πρόβλημα	<i>Ναι:</i> 1 (0,9%) <i>Όχι:</i> 108 (99,1%)
Πρόβλημα με το έντερο	29 (26,6%)
Φαρμακευτική αγωγή για εντερικό πρόβλημα	<i>Ναι:</i> 3 (2,8%) <i>Όχι:</i> 106 (97,2%)
Πρόβλημα με το στομάχι	23 (21,1%)
Φαρμακευτική αγωγή για πρόβλημα με το στομάχι	<i>Ναι:</i> 4 (3,7%) <i>Όχι:</i> 106 (97,2%)
Υπέρταση	19 (17,4%)
Φαρμακευτική αγωγή για υπέρταση	<i>Ναι:</i> 9 (8,3%) <i>Όχι:</i> 100 (91,7%)
Κρίσεις πανικού	20 (18,3%)
Φαρμακευτική αγωγή για κρίση πανικού	<i>Ναι:</i> 3 (2,8%) <i>Όχι:</i> 106 (97,2%)
Ταχυκαρδίες	46 (42,2%)
Φαρμακευτική αγωγή για ταχυκαρδίες	<i>Ναι:</i> 2 (1,8%) <i>Όχι:</i> 107 (98,2%)
Φοβίες	19 (17,4%)

### **5.3 – Στάθμιση του ερωτηματολογίου**

#### **5.3.1 – Έλεγχος αξιοπιστίας**

##### **5.3.1.1 – Εσωτερική συνοχή**

Η εσωτερική συνοχή (internal consistency) αποτελεί δείκτη αξιοπιστίας ερωτηματολογίου και εκφράζεται με τον δείκτη Cronbach που στην προκειμένη περίπτωση βρέθηκε  $\alpha = 0,954$  στο σύνολο του δείγματος (N=109) για το ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙΩ.

Η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του  $\alpha$  του Cronbach για όλους τους παράγοντές του.



<b>Πίνακας 1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Παραγόντων και Cronbach's Alpha</b>				
	N	Mean	Std. Deviation	Cronbach's Alpha
ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ_ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ	109	21,93	8,521	,996
ΔΙΑΛΟΓΗ	109	11,39	4,657	,961
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	109	18,18	6,869	,882
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ_ΖΗΤΗΜΑΤΑ	109	15,58	6,538	,757
ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ	109	13,08	5,396	,831
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	109	7,91	2,885	,789
ΚΡΙΣΙΜΟΙ_ΠΟΡΟΙ	109	9,28	4,145	,901
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ_ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	109	8,76	2,364	,749

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, όλοι οι παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστοι, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7.

### **5.3.1.2 – Επαναληπτικές μετρήσεις**

Τρεις μήνες αργότερα, η Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ) επαναχορηγήθηκε σε τυχαία επιλεγμένο υποσύνολο του αρχικού δείγματος (N = 40), προκειμένου να αξιολογηθεί η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης. Στην περίοδο επανεξέτασης για αυτό το υποσύνολο ο Cronbach's για κάθε παράγοντα ήταν: α) Σύστημα χειρισμού συμβάντων (Cronbach's Alpha: ,901), β) Διαλογή (Cronbach's Alpha: ,892), γ) Επικοινωνία και συνδεσιμότητα (Cronbach's Alpha: ,799), δ) Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός (Cronbach's Alpha: ,820), ε) Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα (Cronbach's Alpha: ,795), στ) Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων (Cronbach's Alpha: ,923), ζ) Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων (Cronbach's Alpha: ,995), και η) Βιολογικοί παράγοντες (Cronbach's Alpha: ,740).

Η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης ήταν  $r = .86$  ( $p < .001$ ) για τη συνολική Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ). Σε επίπεδο υποκλιμάκων οι συσχετίσεις ήταν: α) Σύστημα χειρισμού συμβάντων  $r = .90$ , β) Διαλογή  $r = .87$ , γ) Επικοινωνία και συνδεσιμότητα  $r = .70$ , δ) Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός  $r = .81$ , ε) Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα  $r = .74$ , στ) Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων  $r = .77$ , ζ) Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων  $r = .87$ , και η) Βιολογικοί παράγοντες  $r = .91$ .



### 5.3.2 – Έλεγχος εγκυρότητας

#### 5.3.2.1 – Διερευνητική ανάλυση παραγόντων

Αρχικά, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ανάλυση παραγόντων, ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων μέσω του υπολογισμού του ολικού συντελεστή συσχέτισης Kaiser-Meyer-Olkin (ΚΜΟ) ο οποίος βρέθηκε 0,888.

Πίνακας 2 Αποτελέσματα ΚΜΟ and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,888
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3978,229
	Df	820
	Sig.	,000

Στον πίνακα 2, μπορούμε να παρατηρήσουμε τον έλεγχο σφαιρικότητας (Barlett's test) και το αποτέλεσμα του ΚΜΟ test. Αναφορικά με τον πρώτο έλεγχο παρατηρούμε ότι η τιμή του ελέγχου είναι στατιστικώς σημαντική επομένως τα δεδομένα είναι συσχετισμένα. Για να συγκρίνουμε το σχετικό μέγεθος των συντελεστών συσχέτισης με τους μερικούς συντελεστές συσχέτισης υπολογίσαμε το ΚΜΟ, η τιμή του οποίου είναι "αρκετά καλή" για να προχωρήσουμε με την παραγοντική ανάλυση.

Έπειτα, πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση των ευρημάτων και βασικός στόχος μας ήταν να βρούμε την ύπαρξη των κοινών παραγόντων από το σύνολο των μεταβλητών ώστε να δούμε πόσο καλά προσαρμόζονται οι απαντήσεις στους "θεωρητικούς" μας άξονες.

- Σύστημα χειρισμού συμβάντων
- Διαλογή
- Επικοινωνία και συνδεσιμότητα
- Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός
- Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα
- Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων
- Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων
- Βιολογικοί παράγοντες

Έτσι, πραγματοποιήσαμε την απαιτούμενη ανάλυση ώστε να εξετάσουμε αν οι θεωρητικοί άξονες σχηματίζονται από τις ερωτήσεις. Για την παραπάνω μέθοδο χρησιμοποιήσαμε την ορθογώνια περιστροφή και την μέθοδο Varimax ώστε να ελαχιστοποιήσουμε τον αριθμό των μεταβλητών που ερμηνεύουν κάθε παράγοντα. Αρχικά, για να εξετάσουμε την ύπαρξη





συσχετίσεων μεταξύ των "ομάδων" των ερωτήσεων πραγματοποιήσαμε τον απαραίτητο έλεγχο συσχετίσεων για κάθε ένα από τους παράγοντες (άξονες).

• **Άξονας Α (1,2,3,4,5,6,7,8) - Σύστημα χειρισμού συμβάντων**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 3 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση (χαμηλότερη τιμή δείκτη συσχέτισης έχουν οι ερωτήσεις 2. *‘Την τοποθεσία στην οποία θα παρουσιαστείτε εάν λάβει χώρα κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας’* και 8. *“Καθήκοντα που δεν πρέπει να ανατεθούν σε εθελοντές κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας”*, με τιμή 0,039).

<b>Πίνακας 3 Αποτελέσματα συσχετίσεων του πρώτου άξονα (επ.1,2,3,4,5,6,7,8)</b>								
	ΑΕΡΙQ							
	1	ΑΕΡΙQ2	ΑΕΡΙQ3	ΑΕΡΙQ4	ΑΕΡΙQ5	ΑΕΡΙQ6	ΑΕΡΙQ7	ΑΕΡΙQ8
ΑΕΡΙQ 1	Correlation Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,665**	,582**	,546**	,549**	,565**	,538**	,274**
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 2	Correlation Coefficient	,665**						
	Sig. (2-tailed)	,624**	,443**	,397**	,476**	,409**		,039
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,624
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 3	Correlation Coefficient	,582**	,624**					
	Sig. (2-tailed)	,563**	,563**	,563**	,564**	,518**	,523**	,247**
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 4	Correlation Coefficient	,546**	,443**	,563**				
	Sig. (2-tailed)	,700**	,573**	,545**	,289**			
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 5	Correlation Coefficient	,549**	,397**	,564**	,700**			
	Sig. (2-tailed)	,667**	,633**	,387**		,667**	,633**	,387**
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 6	Correlation Coefficient	,565**	,476**	,518**	,573**	,667**		
	Sig. (2-tailed)	,615**	,376**				,615**	,376**
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 7	Correlation Coefficient	,538**	,409**	,523**	,545**	,633**	,615**	
	Sig. (2-tailed)	,519**						,519**
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		109	109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ 8	Correlation Coefficient	,274**	,039	,247**	,289**	,387**	,376**	,519**
	Sig. (2-tailed)	,001	,624	,002	,000	,000	,000	,000
	N	109	109	109	109	109	109	109



• **Άξονας Β (9,10,11,12,13)- Διαλογή**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση

<b>Πίνακας 4 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ.9,10,11,12,13)</b>						
		ΑΕΡΙQ				
		9	ΑΕΡΙQ10	ΑΕΡΙQ11	ΑΕΡΙQ12	ΑΕΡΙQ13
ΑΕΡΙQ9	Correlation Coefficient		,663**	,395**	,389**	,368**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N		109	109	109	109
ΑΕΡΙQ10	Correlation Coefficient	,663**		,443**	,440**	,453**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	109		109	109	109
ΑΕΡΙQ11	Correlation Coefficient	,395**	,443**		,524**	,413**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	109	109		109	109
ΑΕΡΙQ12	Correlation Coefficient	,389**	,440**	,524**		,444**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	109	109	109		109
ΑΕΡΙQ13	Correlation Coefficient	,368**	,453**	,413**	,444**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	109	109	109	109	

• **Άξονας Γ (14,15,16,17,18,19,20) - Επικοινωνία και συνδεσιμότητα**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 5 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.



Πίνακας 5 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δευτέρου άξονα (ερ.14,15,16,17,18,19,20)							
	ΑΕΡΙQ1						ΑΕΡΙQ2
	4	ΑΕΡΙQ15	ΑΕΡΙQ16	ΑΕΡΙQ17	ΑΕΡΙQ18	ΑΕΡΙQ19	0
ΑΕΡΙQ14 Correlation Coefficient		,698**	,600**	,435**	,486**	,387**	,261**
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,001
N		109	109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ15 Correlation Coefficient	,698**		,708**	,549**	,546**	,463**	,190*
Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,019
N	109		109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ16 Correlation Coefficient	,600**	,708**		,525**	,614**	,484**	,234**
Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,004
N	109	109		109	109	109	109
ΑΕΡΙQ17 Correlation Coefficient	,435**	,549**	,525**		,697**	,510**	,263**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,001
N	109	109	109		109	109	109
ΑΕΡΙQ18 Correlation Coefficient	,486**	,546**	,614**	,697**		,515**	,262**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,001
N	109	109	109	109		109	109
ΑΕΡΙQ19 Correlation Coefficient	,387**	,463**	,484**	,510**	,515**		,443**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
N	109	109	109	109	109		109
ΑΕΡΙQ20 Correlation Coefficient	,261**	,190*	,234**	,263**	,262**	,443**	
Sig. (2-tailed)	,001	,019	,004	,001	,001	,000	
N	109	109	109	109	109	109	

• Άξονας Δ (21,22,23,24,25,26) - Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 6 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.



**Πίνακας 6 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ. 21,22,23,24,25,26)**

	ΑΕΡΙQ2					
	1	ΑΕΡΙQ22	ΑΕΡΙQ23	ΑΕΡΙQ24	ΑΕΡΙQ25	ΑΕΡΙQ26
ΑΕΡΙQ21 Correlation Coefficient		,665**	,766**	,403**	,610**	,539**
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
N		109	109	109	109	109
ΑΕΡΙQ22 Correlation Coefficient	,665**		,599**	,400**	,514**	,497**
Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
N	109		109	109	109	109
ΑΕΡΙQ23 Correlation Coefficient	,766**	,599**		,473**	,641**	,572**
Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
N	109	109		109	109	109
ΑΕΡΙQ24 Correlation Coefficient	,403**	,400**	,473**		,623**	,532**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
N	109	109	109		109	109
ΑΕΡΙQ25 Correlation Coefficient	,610**	,514**	,641**	,623**		,702**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
N	109	109	109	109		109
ΑΕΡΙQ26 Correlation Coefficient	,539**	,497**	,572**	,532**	,702**	
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
N	109	109	109	109	109	

• Άξονας Ε (27,28,29,30,31) - Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.



<b>Πίνακας 7 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ. 27,28,29,30,31)</b>						
	ΑΕΡΙQ2				ΑΕΡΙQ3	
	7	ΑΕΡΙQ28	ΑΕΡΙQ29	ΑΕΡΙQ30	1	
ΑΕΡΙQ27	Correlation Coefficient		,684**	,482**	,377**	,499**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N		109	109	109	109
ΑΕΡΙQ28	Correlation Coefficient	,684**		,683**	,470**	,604**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	109		109	109	109
ΑΕΡΙQ29	Correlation Coefficient	,482**	,683**		,628**	,575**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	109	109		109	109
ΑΕΡΙQ30	Correlation Coefficient	,377**	,470**	,628**		,555**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	109	109	109		109
ΑΕΡΙQ31	Correlation Coefficient	,499**	,604**	,575**	,555**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	109	109	109	109	

• **Άξονας ΣΤ (32,33,34) - Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 8 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

<b>Πίνακας 8 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ. 32,33,34)</b>				
	ΑΕΡΙQ32	ΑΕΡΙQ33	ΑΕΡΙQ34	
ΑΕΡΙQ32	Correlation Coefficient		,660**	,479**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N		109	109
ΑΕΡΙQ33	Correlation Coefficient	,660**		,531**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	109		109
ΑΕΡΙQ34	Correlation Coefficient	,479**	,531**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	109	109	



• **Άξονας Ζ (35,36,37,38) - Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 9 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

<b>Πίνακας 9 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ. 35,36,37,38)</b>					
		ΑΕΡΙQ35	ΑΕΡΙQ36	ΑΕΡΙQ37	ΑΕΡΙQ38
ΑΕΡΙQ35	Correlation Coefficient		,669**	,498**	,559**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N		109	109	109
ΑΕΡΙQ36	Correlation Coefficient	,669**		,467**	,529**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	109		109	109
ΑΕΡΙQ37	Correlation Coefficient	,498**	,467**		,515**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	109	109		109
ΑΕΡΙQ38	Correlation Coefficient	,559**	,529**	,515**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	109	109	109	

• **Άξονας Η (39,40,41) - Βιολογικοί παράγοντες**

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που φαίνονται στον πίνακα 10 παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτήσεις εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

<b>Πίνακας 10 Αποτελέσματα συσχετίσεων του δεύτερου άξονα (ερ. 39,40,41)</b>				
		ΑΕΡΙQ39	ΑΕΡΙQ40	ΑΕΡΙQ41
ΑΕΡΙQ39	Correlation Coefficient		,771**	,618**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N		109	109
ΑΕΡΙQ40	Correlation Coefficient	,771**		,601**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	109		109
ΑΕΡΙQ41	Correlation Coefficient	,618**	,601**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	109	109	



### Chi-Square ( $\chi^2$ )

Με βάση τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι ο έλεγχος chi-square δεν απορρίπτει τη μηδενική υπόθεση των 8 παραγόντων, επιβεβαιώνοντας με αυτό το αποτέλεσμα το ότι οι 8 άξονες μπορούν να υπάρξουν.

Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square		
Chi-Square	df	Sig.
29,051	41	,917

### Rotated Component Matrix

Με βάση λοιπόν την ανάλυση παραγόντων και μετά την περιστροφή των μεταβλητών οι 8 παράγοντες που διαμορφώνονται είναι:



Πίνακας 12 Αποτελέσματα περιστροφής των παραγόντων για καλύτερη ερμηνεία τους

## Rotated Component Matrix

	Component							
	3	5	2	1	4	8	6	7
ΑΕΡΙQ1	,252	,199	,256	,762	-,056	,048	,062	-,140
ΑΕΡΙQ2	,035	,138	,378	,720	,127	,170	,025	-,327
ΑΕΡΙQ3	,183	,089	,197	,783	,171	,147	,152	-,089
ΑΕΡΙQ4	,241	,274	,051	,707	,164	-,059	,072	,316
ΑΕΡΙQ5	,367	,227	,075	,701	,276	,007	,035	,286
ΑΕΡΙQ6	,238	,258	,176	,710	,056	,116	,090	,228
ΑΕΡΙQ7	,601	,264	,224	,496	,099	,110	-,028	,212
ΑΕΡΙQ8	,212	,003	,185	,547	,044	,121	-,011	,532
ΑΕΡΙQ9	,181	,238	,613	,173	,163	,082	,080	,032
ΑΕΡΙQ10	,191	,226	,907	,184	,139	,105	,092	,041
ΑΕΡΙQ11	,178	,221	,517	,169	,144	,087	,087	,034
ΑΕΡΙQ12	,195	,259	,889	,190	,176	,095	,076	,037
ΑΕΡΙQ13	,181	,238	,813	,173	,163	,082	,080	,032
ΑΕΡΙQ14	,964	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ15	,654	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ16	,864	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ17	,701	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ18	,496	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ19	,542	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ20	,701	,108	,120	,141	,054	,083	,087	,021
ΑΕΡΙQ21	,201	,320	,280	,121	,772	,195	,139	,009
ΑΕΡΙQ22	,014	,188	,457	,248	,645	,153	,218	,013
ΑΕΡΙQ23	,040	,398	,329	,188	,686	,198	,174	,025
ΑΕΡΙQ24	,208	,154	,214	,201	,281	,126	,060	,185
ΑΕΡΙQ25	,092	,641	,284	,268	,428	,115	-,026	,227
ΑΕΡΙQ26	,159	,358	,359	,248	,401	,094	-,098	,036
ΑΕΡΙQ27	,215	,644	,275	,220	,155	,216	,041	,290
ΑΕΡΙQ28	,119	,697	,221	,226	,065	,177	,396	,230
ΑΕΡΙQ29	,266	,405	,211	,248	,141	,232	,640	-,018
ΑΕΡΙQ30	,370	,304	,113	,072	,224	,159	,657	,029
ΑΕΡΙQ31	,325	,565	,131	,113	,290	,137	,389	-,147
ΑΕΡΙQ32	,073	,611	,246	,171	,115	,101	,473	-,034
ΑΕΡΙQ33	,157	,139	,165	,148	,062	,148	,296	,205
ΑΕΡΙQ34	,049	,184	,087	,020	,106	,265	,657	,063
ΑΕΡΙQ35	,100	,174	,131	,177	,139	,074	,055	-,220
ΑΕΡΙQ36	,022	,130	,412	,312	,228	,157	-,006	-,259
ΑΕΡΙQ37	,254	,107	,081	,154	,098	,142	,032	-,318
ΑΕΡΙQ38	-,015	,103	,212	,174	,026	,097	,010	-,837
ΑΕΡΙQ39	,229	,339	,117	,121	,209	,752	,182	-,052
ΑΕΡΙQ40	,184	,481	,107	,050	,105	,740	,094	-,070
ΑΕΡΙQ41	,180	,280	,223	,183	,159	,697	,099	,186





Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα βλέπουμε ότι οι θεωρητικοί άξονες που έχουμε συμπίπτουν με τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Αυτό σημαίνει πως το συγκεκριμένο εργαλείο είναι σωστά δομημένο και έγκυρα σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό αφού οι 41 ερωτήσεις του μπορούν να ομαδοποιηθούν σε 8 παράγοντες-άξονες. Με βάση δηλαδή την ανάλυση βλέπουμε ότι η συνολική μεταβλητότητα που ερμηνεύεται από τους 8 άξονες είναι 66.67% κάτι που σημαίνει ότι αν αντί για τις 41 μεταβλητές χρησιμοποιήσουμε 8 τότε θα έχουμε το 66,67% της πληροφορίας.

#### 5.4 - Αποτελέσματα στην εξοικείωση των συμμετεχόντων για την κλίμακα ΑΕΡΙQ

Στον πίνακα 5.4 παρουσιάζονται τα ποσοστά, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για καθεμία από τις προτάσεις της κλίμακας ΑΕΡΙQ. Για την κλίμακα ΑΕΡΙQ η κάθε πρόταση βαθμολογήθηκε από 1-5 βαθμούς (1=πολύ, 2=αρκετά, 3=μέτρια, 4=λίγο, 5=καθόλου) οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 41-205 βαθμούς. Αναλυτικότερα, για την υποκλίμακα ‘‘Σύστημα Χειρισμού Συμβάντων’’ η βαθμολογία κυμαίνεται από 8-40 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘διαλογή’’ από 5-25 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘επικοινωνία και συνδεσιμότητα’’ από 7-35 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός’’ από 6-30 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα’’ από 5-25 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων’’ από 3-15 βαθμούς, για την υποκλίμακα ‘‘αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων’’ από 4-20 βαθμούς και για την υποκλίμακα ‘‘βιολογικοί παράγοντες’’ από 3-15 βαθμούς.

**Πίνακας 5.4 - (N=109): Ποσοστά απαντήσεων, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις σε κάθε μια από τις 41 προτάσεις του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ**

Μεταβλητές (Βαθμός εξοικείωσης)	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (SD)
Πρόταση 1	10 (9,2%)	40 (36,7%)	32 (29,4%)	20 (18,3%)	7 (6,4%)	2,76	1,062
Πρόταση 2	20 (18,3%)	34 (31,2%)	36 (33%)	14 (12,8%)	5 (4,6%)	2,54	1,076
Πρόταση 3	16 (14,7%)	26 (23,9%)	37 (33,9%)	23 (21,1%)	7 (6,4%)	2,81	1,126
Πρόταση 4	14 (12,8%)	37 (33,9%)	30 (27,5%)	16 (14,7%)	12 (11%)	2,77	1,183
Πρόταση 5	13 (11,9%)	30 (27,5%)	42 (38,5%)	18 (16,5%)	6 (5,5%)	2,76	1,044
Πρόταση 6	15 (13,8%)	40 (36,7%)	35 (32,1%)	15 (13,8%)	4 (3,7%)	2,57	1,013
Πρόταση 7	14 (12,8%)	26 (23,9%)	37 (33,9%)	30 (27,5%)	2 (1,8%)	2,82	1,038



<b>Πρόταση 8</b>	10 (9,2%)	26 (23,9%)	44 (40,4%)	21 (19,3%)	8 (7,3%)	2,92	1,046
<b>Πρόταση 9</b>	24 (22%)	42 (38,5%)	32 (29,4%)	10 (9,2%)	1 (0,9%)	2,28	0,944
<b>Πρόταση 10</b>	24 (22%)	38 (34,9%)	37 (33,9%)	10 (9,2%)	-	2,30	0,918
<b>Πρόταση 11</b>	47 (43,1%)	41 (37,6%)	19 (17,4%)	2 (1,8%)	-	1,78	0,798
<b>Πρόταση 12</b>	28 (25,7%)	45 (41,3%)	29 (26,6%)	4 (3,7%)	3 (2,8%)	2,17	0,948
<b>Πρόταση 13</b>	13 (11,9%)	50 (45,9%)	32 (29,4%)	13 (11,9%)	1 (0,9%)	2,44	0,886
<b>Πρόταση 14</b>	13 (11,9%)	30 (27,5%)	41 (37,6%)	19 (17,4%)	6 (5,5%)	2,77	1,051
<b>Πρόταση 15</b>	13 (11,9%)	41 (37,6%)	34 (31,2%)	18 (16,5%)	3 (2,8)	2,61	0,991
<b>Πρόταση 16</b>	17 (15,6%)	39 (35,8%)	38 (34,9%)	13 (11,9%)	2 (1,8%)	2,49	0,959
<b>Πρόταση 17</b>	7 (6,4%)	40 (36,7%)	42 (38,5%)	17 (15,6%)	3 (2,8%)	2,72	0,904
<b>Πρόταση 18</b>	9 (8,3%)	39 (35,8%)	40 (36,7%)	17 (15,6%)	4 (3,7%)	2,71	0,956
<b>Πρόταση 19</b>	16 (14,7%)	45 (41,3%)	33 (30,3%)	15 (13,8%)	-	2,43	0,906
<b>Πρόταση 20</b>	15 (13,8%)	44 (40,4%)	34 (31,2%)	12 (11%)	4 (3,7%)	2,50	0,987
<b>Πρόταση 21</b>	22 (20,2%)	35 (32,1%)	40 (36,7%)	9 (8,3%)	3 (2,8%)	2,41	0,993
<b>Πρόταση 22</b>	18 (16,5%)	32 (29,4%)	45 (41,3%)	11 (10,1%)	3 (2,8%)	2,53	0,977
<b>Πρόταση 23</b>	22 (20,2%)	39 (35,8%)	39 (35,8%)	7 (6,4%)	2 (1,8%)	2,34	0,935
<b>Πρόταση 24</b>	10 (9,2%)	36 (33%)	29 (26,6%)	29 (26,6%)	5 (4,6%)	2,84	0,935
<b>Πρόταση 25</b>	24 (22%)	41 (37,6%)	36 (33%)	7 (6,4%)	1 (0,9%)	2,27	0,909
<b>Πρόταση 26</b>	27 (24,8%)	38 (34,9%)	32 (29,4%)	10 (9,2%)	2 (1,8%)	2,28	1,001
<b>Πρόταση 27</b>	23 (21,1%)	34 (31,2%)	37 (33,9%)	12 (11%)	3 (2,8%)	2,43	1,031
<b>Πρόταση 28</b>	21 (19,3%)	26 (23,9%)	38 (34,9%)	20 (18,3%)	4 (3,7%)	2,63	1,103
<b>Πρόταση 29</b>	24 (22%)	27 (24,8%)	36 (33%)	20 (18,3%)	2 (1,8%)	2,53	1,085
<b>Πρόταση 30</b>	13 (11,9%)	42 (38,5%)	33 (30,3%)	19 (17,4%)	2 (1,8%)	2,59	0,974
<b>Πρόταση 31</b>	16 (14,7%)	41 (37,6%)	40 (36,7%)	10 (9,2%)	2 (1,8%)	2,46	0,918
<b>Πρόταση 32</b>	12 (11%)	38 (34,9%)	40 (36,7%)	16 (14,7%)	3 (2,8%)	2,63	0,959
<b>Πρόταση 33</b>	11 (10,1%)	31 (28,4%)	45 (41,3%)	18 (16,5%)	4 (3,7%)	2,75	0,973
<b>Πρόταση 34</b>	13 (11,9%)	27 (24,8%)	51 (46,8%)	14 (12,8%)	4 (3,7%)	2,72	0,903



<b>Πρόταση 35</b>	25 (22,9%)	42 (38,5%)	28 (25,7%)	11 (10,1%)	3 (2,8%)	2,31	1,025
<b>Πρόταση 36</b>	23 (21,1%)	47 (43,1%)	27 (24,8%)	12 (11%)	-	2,26	0,917
<b>Πρόταση 37</b>	13 (11,9%)	37 (33,9%)	45 (41,3%)	13 (11,9%)	1 (0,9%)	2,56	0,886
<b>Πρόταση 38</b>	15 (13,8%)	35 (32,1%)	46 (42,2%)	11 (10,1%)	2 (1,8%)	2,54	0,918
<b>Πρόταση 39</b>	11 (10,1%)	43 (39,4%)	39 (35,8%)	13 (11,9%)	3 (2,8%)	2,58	0,926
<b>Πρόταση 40</b>	8 (7,3%)	38 (34,9%)	44 (40,4%)	16 (14,7%)	3 (2,8%)	2,71	0,906
<b>Πρόταση 41</b>	2 (1,8%)	31 (28,4%)	51 (46,8%)	24 (22%)	1 (0,9%)	2,92	0,783
<b>Συνολική βαθμολογία κλίμακα ΑΕΡΙQ</b>						M= 104,44	

Σημείωση: Η αντιστοιχία των προτάσεων με τις ερωτήσεις φαίνεται στο Παράρτημα Α – ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙQ

Από τον πίνακα 5.4 είναι εμφανή τα αποτελέσματα εξοικείωσης των συμμετεχόντων νοσηλευτών ως προς όλες τις προτάσεις του ερωτηματολογίου.

Στην πρώτη κατηγορία «Σύστημα Χειρισμού Συμβάντων» που περιλαμβάνονται οι προτάσεις 1 έως 8 φαίνεται πως οι περισσότεροι νοσηλευτές διαθέτουν αρκετή έως μέτρια εξοικείωση με τις παραμέτρους που περιλαμβάνει η συγκεκριμένη κατηγορία (βλ. Παράρτημα Α-ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙQ). Στην πρόταση 7 σημειώνεται πως το ποσοστό που φαίνεται να δήλωσε λίγη εξοικείωση απέχει μόλις 6,4 μονάδες από το μεγαλύτερο ποσοστό που δήλωσε μέτρια εξοικείωση.

Στη δεύτερη κατηγορία «Διαλογή» (προτάσεις 9-13) οι συμμετέχοντες έχουν αρκετή εξοικείωση με τέσσερις προτάσεις ενώ στην πρόταση 11 που αναφέρεται στις βασικές πρώτες βοήθειες δήλωσαν πως διαθέτουν πολύ εξοικείωση.

Στην τρίτη κατηγορία «Επικοινωνία και συνδεσιμότητα» (προτάσεις 14-20) η εξοικείωση των νοσηλευτών κυμαίνεται επίσης από αρκετά έως μέτρια.

Στην τέταρτη κατηγορία «Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός» (προτάσεις 21-26) φαίνεται οι συμμετέχοντες να έχουν ως επί το πλείστον μέτρια εξοικείωση ενώ στην πρόταση 24 που αφορά την παροχή συμβουλών υγείας και την εκπαίδευση ασθενών με επίδραση ΧΒΡΠΕ παραγόντων το ποσοστό που δήλωσε λίγη εξοικείωση ήταν 26,6% έναντι του 33% που δήλωσε αρκετή εξοικείωση.

Στην πέμπτη κατηγορία «Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα» (προτάσεις 27- 31) και στην έκτη κατηγορία «Επιδημιολογία και λήψη κλινικών αποφάσεων» (προτάσεις 32-34) η εξοικείωση των νοσηλευτών με τις διαδικασίες των κατηγοριών ήταν μέτρια.



Στην έβδομη κατηγορία «Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων» (προτάσεις 35-38) και στην όγδοη κατηγορία «Βιολογικοί παράγοντες» (προτάσεις 39-41) οι νοσηλευτές δήλωσαν κυρίως μέτρια εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες των κατηγοριών.

Από τα παραπάνω είναι εμφανές πως οι νοσηλευτές εμφανίζουν ελλιπή εξοικείωση με τις διαδικασίες που αναφέρονται στις επιμέρους κατηγορίες κυρίως λόγω γνωστικών κενών.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1 – Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε έχοντας ως σκοπό τη μετάφραση στα Ελληνικά και την στάθμιση του ερωτηματολογίου Adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ). Παράλληλα στην έρευνα γίνεται εκτίμηση της εξοικείωσης και των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ετοιμότητά τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η μετάφραση, με τη μέθοδο της διγλωσσικής μετάφρασης, οδήγησε στην μεταφρασμένη στα Ελληνικά εκδοχή του η οποία ονομάζεται «Προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο πληροφοριών σχετικά με την ετοιμότητα σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης». Η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε 109 Νοσηλευτές ενώ η διαδικασία για την αξιοπιστία δοκιμής – επανεξέτασης (test – retest) πραγματοποιήθηκε σε 40 Νοσηλευτές οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δεύτερη φορά, 3 μήνες μετά την πρώτη συμπλήρωση.

Όσον αφορά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου και τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, η εσωτερική συνοχή βρέθηκε αρκετή και αποδεκτή για κάθε υποκλίμακα. Όπως είχε αναφερθεί στο κεφάλαιο 4.10 για την στάθμιση του ερωτηματολογίου, το βασικό κριτήριο για την αξιοπιστία μιας κλίμακας αποτελεί ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  με αποδεκτές τιμές  $\geq 0,7$ . Όσο αυξάνουν οι τιμές των συντελεστών τόσο αυξάνεται και η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας (Ουζούνη, & Νακάκης, 2011). Στην προκειμένη περίπτωση οι τιμές που βρέθηκαν σε όλες τις υποκλίμακες θεωρούνται ικανοποιητικές επιτυγχάνοντας σε κάποιες περιπτώσεις αρκετά υψηλή αξιοπιστία.

Κατά την δοκιμή – επανεξέταση η αξιοπιστία βρέθηκε  $r=0,86$  ( $p<0,001$ ) για το σύνολο των κλιμάκων του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ. Αυτό σημαίνει ότι οι 40 Νοσηλευτές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δεύτερη φορά, έδωσαν σχεδόν ίδιες απαντήσεις με την πρώτη φορά. Προκειμένου να μην προβούμε σε μεθοδολογικά λάθη θεωρήθηκε απαραίτητος ο έλεγχος μερικών σημείων. Αρχικά, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ της πρώτης και δεύτερης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 3 μήνες. Επίσης, κατά τη δεύτερη συμπλήρωση έγιναν μικρές αλλαγές στη σειρά των ερωτήσεων προκειμένου να αποφύγουμε το σφάλμα της απομνημόνευσης των απαντήσεων (Γαλάνης, 2013).

Η παραγοντική ανάλυση εξέτασε τις συσχετίσεις μεταξύ των 41 ερωτήσεων και απέδειξε ότι το ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙQ μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν κλίμακα με ομαδοποίηση των ερωτήσεων σε 8 υποκλίμακες στον ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της παραγοντικής



ανάλυσης συμφωνούν με αυτά της παραγοντικής ανάλυσης της κατασκευάστριας του ερωτηματολογίου κα. Worrall και ήταν αναμενόμενα και στην ελληνική εκδοχή του.

Συνοψίζοντας, το ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο από το νοσηλευτικό προσωπικό, που εκτιμά την εξοικείωση και τις γνώσεις σχετικά με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης υπό τη σφαίρα 8 κρίσιμων κατηγοριών (σύστημα χειρισμού συμβάντων, διαλογή, επικοινωνία, ψυχολογικά ζητήματα, απομόνωση, επιδημιολογία, κρίσιμοι πόροι και βιολογικοί παράγοντες). Κύριος στόχος του ερωτηματολογίου είναι η εφαρμογή του στο χώρο των νοσοκομείων με απώτερο σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ετοιμότητα. Το ερωτηματολόγιο έτυχε θετικού σχολιασμού από τους νοσηλευτές που το συμπλήρωσαν, τόσο ως προς τη δομή του όσο και ως προς το χρόνο συμπλήρωσης. Ωστόσο, αρκετοί εντόπισαν δυσκολία στην κατανόηση κάποιων ερωτήσεων.

## **6.2 – Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας**

### ***6.2.1 – Αξιολόγηση διαδικασίας στάθμισης ερωτηματολογίου***

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας (μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ) ακολουθήθηκαν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες. Αφού διατυπώθηκε ο στόχος και οι αντικειμενικοί σκοποί της μελέτης, ακολούθησε η εύρεση του καταλληλότερου ερωτηματολογίου και η χρησιμοποίηση της καταλληλότερης μεθόδου μετάφρασης.

### ***6.2.2- Δυνατά σημεία έρευνας***

Δυνατό σημείο της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο ΑΕΡΙQ που μεταφράστηκε και σταθμίστηκε είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αυτο-αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Με την αυτο-αξιολόγηση δίνεται η ευκαιρία στους νοσηλευτές να αξιολογήσουν τις γνώσεις τους και τις ικανότητές τους ενθαρρύνοντάς τους παράλληλα να συμμετέχουν ενεργά στη διάρθρωση εκπαιδευτικών αναγκών.

Επίσης, στη συγκεκριμένη μελέτη, το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από δημογραφικά στοιχεία γεγονός που επιτρέπει τη διεξαγωγή περαιτέρω μελετών.

Τέλος, η επικαιροποίηση του θέματος που πραγματεύεται η μελέτη αποτελεί από μόνο του δυνατό σημείο.

### ***6.2.3 – Περιορισμοί μελέτης***

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη μας (109 νοσηλευτές) ήταν δείγμα ευκολίας και ήταν μικρό σε σύγκριση με αυτό της έρευνας του αρχικού ερωτηματολογίου ΕΡΙQ (877



νοσηλεύτες) (Winiewski, et al, 2004). Ωστόσο, σε σύγκριση με το αρχικό ΑΕΡΙQ της Worrall (33 νοσηλεύτες και 8 βοηθοί νοσηλευτών) ήταν επαρκές.

Επίσης, όπως και στο αρχικό ερωτηματολόγιο ΕΡΙQ αλλά και στην προσαρμοσμένη εκδοχή του (ΑΕΡΙQ) η κλίμακα Likert παράμεινε ίδια (μεγαλύτερη εξοικείωση σημειώνεται με το χαμηλότερο βαθμό, π.χ. 1). Το γεγονός αυτό ίσως προκάλεσε σύγχυση στους συμμετέχοντες και να επηρέασε τα αποτελέσματα καθώς είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με το αντίθετο σύστημα (μεγαλύτερη εξοικείωση σημειώνεται με το μεγαλύτερο βαθμό, π.χ 5).

Τέλος, ως περιορισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί και το γεγονός ότι δε ζητήθηκε γραπτή ανατροφοδότηση για το ερωτηματολόγιο από τους συμμετέχοντες. Ίσως βοηθούσε στην καλύτερη αξιολόγησή του.

### **6.3 – Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Η χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ, που μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και σταθμίστηκε, αναμένεται να αποτελέσει ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης που δίνει το έναυσμα για τη διενέργεια περαιτέρω αξιόπιστων ερευνών. Στόχος είναι η πλήρης κατανόηση των αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η αξιοποίηση της ελληνικής εκδοχής του ΑΕΡΙQ και η χρησιμοποίησή του στα Ελληνικά νοσοκομεία αναμένεται να αποτελέσει μια μέθοδο αξιολόγησης των γνώσεων και των ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Επίσης, η χρήση του ερωτηματολογίου σηματοδοτεί την αρχή για την ανάπτυξη ενός προγράμματος ετοιμότητας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δίνοντας την ευκαιρία να προταθούν και να εφαρμοστούν πολιτικές με σκοπό τη βελτίωση των ικανοτήτων των νοσηλευτών για απόκριση σε έκτακτες καταστάσεις και την επίτευξη της βέλτιστης ετοιμότητας. Αξίζει να αναφερθεί ότι με την ανάλυση των διαστάσεων (υποομάδες) που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο θα καθοριστούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να σχεδιαστούν στοχευμένα προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με την ετοιμότητα σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης

Τέλος, αναφορικά με τους νοσηλεύτες, καθίσταται αναγκαίο να αντιληφθούν οι ίδιοι τον καίριο ρόλο που διαδραματίζουν στην αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, να αναζητούν τη συνεχή εκπαίδευση καθώς και να συμμετέχουν δυναμικά και ενεργά στη διαμόρφωση εκπαιδευτικών αναγκών προκειμένου να καλυφθούν όλες οι ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό, οι νοσηλεύτες θα είναι σε θέση να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους ώστε να είναι άρτια καταρτισμένοι και έτοιμοι να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε έκτακτη ανάγκη.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 7.1 – Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν με βάση το ερευνητικό ερώτημα, τον στόχο, τους αντικειμενικούς σκοπούς και τις ερευνητικές υποθέσεις είναι τα ακόλουθα:

1. Αναπτύχθηκε ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και επομένως πραγματοποιήθηκε επίτευξη του στόχου που τέθηκε εξαρχής.
2. Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να βρεθεί το κατάλληλο εργαλείο. Έπειτα από κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας επιλέχθηκε η προσαρμοσμένη εκδοχή (Adapted version) του ερωτηματολογίου Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ) να μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και να σταθμιστεί οπότε και επετεύχθησαν οι αντικειμενικοί σκοποί που είχαν τεθεί.
3. Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του και αποδείχθηκε ότι αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αυτό-αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την εξοικείωση και την ετοιμότητά τους σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί η ερευνητική υπόθεση Α της μελέτης.
4. Μέσω της συμπλήρωσης της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ΑΕΡΙQ αναδείχθηκαν περιπτώσεις μη επαρκούς εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με περιπτώσεις που αφορούν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Τα αποτελέσματα αυτά κυρίως οφείλονται σε γνωστικά κενά των νοσηλευτών οπότε μπορεί να υποστηριχθεί η ερευνητική υπόθεση Β της μελέτης καθώς επίσης και να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα.





## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρεαδάκης, Ν., & Βάμβουκας, Μ., (2011) “Όδηγός για την εκπόνηση και τη σύνταξη γραπτής ερευνητικής εργασίας: σεμιναριακής, πτυχιακής, διπλωματικής”, *Εκδόσεις Διάδραση, 2011*
2. Αποστολάκης, Ι., Καστανιά, Α., & Πιερράκου, Χ., (2003) “Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων στην Υγεία”, *Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003.*
3. Γαλάνης, Π., (2013) “Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες”, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2013; 30(1);97-110.*
4. Γκαράνη- Παπαδάτου, Τ., (2015) “Ηθική και Δεοντολογία της επιστημονικής έρευνας”, 2012.
5. Δαρβίρη, Χ., (2009) “Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της υγείας”, *Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2009.*
6. Δαρδαβέσης, Θ., (1990) “Η Περίθαλψη των Θυμάτων και η Προστασία της Δημόσιας Υγείας στις Μαζικές Καταστροφές”, *Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1990.*
7. Δαφέρμος, Βασίλης, (2005) “Κοινωνική Στατιστική με το SPSS”, *Εκδόσεις Ζήτη, Μάιος 2005, Θεσσαλονίκη*
8. Δημητρόπουλος, Ε., (2001) “Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας”, *Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις ‘ΕΛΛΗΝ’ –Γ. Παρίκος, 2001.*
9. Κοσσιώρης, Α., Ευαγγέλου, Ε., Νέστωρ, Α., Κοτανίδου, Α., Γκογκόσης, Κ., & Κυρίτση, Ε., (2014) “Ετοιμότητα του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού για την Αντιμετώπιση Μαζικών Καταστροφών”, *Νοσηλευτική, 53(1), 95-110, 2014*
10. Μαντζούκας, Σ., (2015) “Μεθοδολογία της Έρευνας. Ενότητα 3: επιστημολογία, μεθοδολογία, μέθοδος”. *Διάλεξη για το τεχνολογικό ίδρυμα Ηπείρου, 2015.*
11. Μισιχρόνης, Γ., (2011) “Ασφάλεια στην μηχανή αναζήτησης της Google”, *Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Τμήμα Διδακτικής της Τεχνολογίας και Ψηφιακών Συστημάτων – Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2011.*
12. Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ., (2011) “Η αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές μελέτες”, *Νοσηλευτική 2011, 50(2): 231–239*
13. Σαρρής, Μ., (2001) “Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής”, *Εκδόσεις Παπαζήση, 2001*
14. Σαχίνη – Καρδάση, Α., (2000) “Μεθοδολογία της έρευνας – Εφαρμογές στο χώρο της υγείας”, *Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2000.*



15. Σταμοβλάσης, Δ., (2013) “ Μεθοδολογία της έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες: Εξελίξεις”, *Συμπόσιο με θέμα ‘Εκπαίδευση και Κοινωνία’, Τμήμα Φιλοσοφίας και Παιδαγωγικής, 2013.*

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brislin, R.W. (1970) “Back-translation for cross-cultural research”, *Journal of Cross-Cultural Psychology 1*, 185 – 216.
2. Bowling, A., (2014) “Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία”, *εκδόσεις Πασχαλίδης, 2014*
3. Cha, E.S., Kim, K.H., & Erlen, J.A., (2007) “Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques”, *Journal of Advanced Nursing 58(4)*, 386-395 *doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x*
4. Garbutt S.J., Peltier J.W., & Fitzpatrick J.J., (2008). “Evaluation of an Instrument to Measure Nurses’ Familiarity with Emergency Preparedness”, *Military Medicine*, 173, 11:1073, 2008.
5. Gerrish, K., Lathlean, J., & Cormack, D., (2014) “The research process in nursing: 7th edition”, *Wiley – Blackwell publications, April 2014.*
6. Gordon G., Drummond R., Maureen M., & Deborah C. (2012). “Οδηγός στην Ιατρική Βιβλιογραφία”, Μεταφρασμένο από τα αγγλικά από Ιωαννίδη Ι., Ντζάνη Ε., Ευαγγέλου Ε. *Εκδόσεις Παρισιανού, 2012*
7. Hodgetts, T., Miles. St, (1996) “Major incidents. In: ABC of major trauma. ” (Eds) *BmJ, Bristol 1996; 135-40*
8. Ibrahim F.A.A., (2014). “Nurses knowledge, attitudes, practices and familiarity regarding disaster and emergency preparedness- Saudi Arabia”, *American Journal Of Nursing Science 2014; 3(2): 18-25*
9. International Council of Nurses, (2009). “ICN Framework of Disaster Competencies”. *Available at: <http://www.icn.ch>*
10. International Disaster Database, (2016) Country profile. *Available at: <http://www.emdat.be>*
11. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), (2001). World Disaster Report 2001; focus on recovery. *Geneva, Switzerland: IFRC.*
12. Khalaileh, M.A.A, Bond, A.E., Beckstrand, R.L & Talafha, A., (2009) “The Disaster Preparedness Evaluation Tool: psychometric testing of the classical Arabic version”, *Journal of Advanced Nursing 66(3)*, 664-672. *doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05208.x*



13. Loke A.Y, & Fung O.W. M, (2014). ‘‘Nurses’ Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health’’, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11(3), 3289-3303; doi: 10.3390/ijerph110303289.
14. Maneesriwongul, W., & Dixon, J.K., (2004) ‘‘Instrument translation process: a methods review’’, *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 175-186.
15. Slepski L.A., (2005). ‘‘Emergency preparedness: concept development for nursing practice, *NursClin North Am* 2005; 40: 419-30.
16. Yin H., He H., Arbon P., Zhu J., Tan J., & Zhang L. (2011). ‘‘Optimal qualifications, staffing and scope of practice for first responder nurses in disaster’’, *Journal of Clinical Nursing*, 21, 264-271 doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03790.x
17. Yu, D.S.F., Lee, D.T.F., & Woo, J., (2004) ‘‘Issues and challenges of instrument translation’’, *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 307-320.
18. Van de Vijver, F.J.R., & Leung, K. (1997) ‘‘Methods and data analysis for cross-cultural research’’, Thousand Oaks. CA: Sage.
19. Winiewski R., Dennik-Champion G., & Peltier J.W., (2004). ‘‘Emergency Preparedness Competencies’’, *JONA*, Vol.34, No10, October 2004.
20. WHO & ICN (2009). ‘‘ICN Framework of Disaster Nursing Competencies’’, *WHO*, Geneva.
21. Worrall J., (2012). ‘‘Are emergency care staff prepared for disaster?’’, *Emergency Nurse*, February 2012, Volume 19, Number 9.



# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**



## ΠΑΝ/ΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε τις γνώσεις σας και την ετοιμότητα σας σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης 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.

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../...../.....

ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ   
ΓΥΝΑΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η \_\_\_\_\_ ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ \_\_\_\_\_ ΕΓΓΑΜΟΣ/Η \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ<150.000 \_\_\_\_\_ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ>150.000 \_\_\_\_\_ ΣΕ ΣΧΕΣΗ \_\_\_\_\_ ΧΗΡΟΣ/Α \_\_\_\_\_ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΣΑ: \_\_\_\_\_

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η)  ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ  ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η)  ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ  ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ  ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ  ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ  ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ \_\_\_\_\_ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ \_\_\_\_\_ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ \_\_\_\_\_ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ \_\_\_\_\_ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ \_\_\_\_\_ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ \_\_\_\_\_ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ \_\_\_\_\_ ΑΛΛΟ \_\_\_\_\_ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ \_\_\_\_\_ 

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ: \_\_\_\_\_

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ \_\_\_\_\_ 

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: \_\_\_\_\_

ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: \_\_\_\_\_

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

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

Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ)
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;			
Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;			
Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;			
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;			



## Ελληνική Έκδοση (ΑΕΡΙQ)

## Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και κυκλώστε έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τη δική σας εξοικείωση σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

	ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗΣ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ
Σύστημα Χειρισμού Συμβάντων	1. Τη λειτουργική ομάδα του συστήματος χειρισμού συμβάντων (ΣΧΣ) στην οποία ανήκετε κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	2. Την τοποθεσία στην οποία θα παρουσιαστείτε εάν λάβει χώρα κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	3. Την ετοιμότητα της υπηρεσίας σας για απόκριση σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	4. Το περιεχόμενο του επιχειρησιακού σχεδίου εκτάκτου ανάγκης, ή του σχεδίου σοβαρού περιστατικού, της τοπικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.	1	2	3	4	5
	5. Τη λογική της στρατηγικής αντιμετώπισης του ΣΧΣ και το σχέδιο δράσης.	1	2	3	4	5
	6. Την εκτίμηση της ασφάλειας της τοποθεσίας για τον εαυτό σας, τους συνεργάτες και τα θύματα κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	7. Τις διαφορές μεταξύ των διαδικασιών λήψης αποφάσεων του ΣΧΣ σε έκτακτη ανάγκη μεγάλης κλίμακας και σε μη έκτακτη ανάγκη.	1	2	3	4	5
	8. Καθήκοντα που δεν πρέπει να ανατεθούν σε εθελοντές κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
Διαλογή	9. Την εκτέλεση ταχείας φυσικής εκτίμησης θύματος σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	10. Τη βοήθεια στη διαλογή κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	11. Τις Βασικές πρώτες βοήθειες, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης οξυγόνου και αερισμού, κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	12. Την Εκτέλεση γρήγορης ψυχικής εκτίμησης θύματος σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	13. Την Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των ενεργών σας κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
Επικοινωνία και	14. Την αλυσίδα επιτήρησης κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	15. Την αναγνώριση των διαφορετικών ικανοτήτων των βασικών συνεργατών σας στις επείγουσες επιχειρήσεις σας ή σε σχέδια μειζόνων επιπτώσεων.	1	2	3	4	5



	16. Τη διαδικασία για τεκμηρίωση παροχής φροντίδας κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	17. Την αποτελεσματική παρουσίαση των πληροφοριών σχετικά με το βαθμό του κινδύνου σε διαφορετικά ακροατήρια.	1	2	3	4	5
	18. Τις κατάλληλες διαδικασίες απολογισμού μετά από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	19. Τις διαδικασίες για την μετάδοση κρίσιμων πληροφοριών του ασθενούς στα άτομα που μεταφέρουν τους ασθενείς.	1	2	3	4	5
	20. Τη χρήση όλων των κατηγοριών των συσκευών επικοινωνίας	1	2	3	4	5
<b>Ψυχολογικά ζητήματα και ειδικός πληθυσμός</b>	21. Τα σημεία μετα-τραυματικού στρες των ασθενών που έχουν βρεθεί σε ελέγχους ρουτίνας μετά από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	22. Τον εντοπισμό και την αξιολόγηση του μετα-τραυματικού στρες ή άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά ή έφηβο.	1	2	3	4	5
	23. Την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη σε όλα τα άτομα που εμπλέκονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	24. Την παροχή συμβουλών υγείας και εκπαίδευσης σε ασθενείς με μακροχρόνια επίδραση χημικών, βιολογικών, ακτινολογικών, πυρηνικών και εκρηκτικών (ΧΒΡΠΕ) παραγόντων.	1	2	3	4	5
	25. Την κατάλληλη φροντίδα ασθενών ευπαθών ομάδων κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
	26. Τις διαδικασίες παροχής φροντίδας σε παιδιά και νεαρά άτομα κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης όταν δεν μπορεί να ληφθεί συγκατάθεση από γονείς ή τους νόμιμους κηδεμόνες.	1	2	3	4	5
<b>Απομόνωση, απολύμανση και καραντίνα</b>	27. Την επιλογή του κατάλληλου εξοπλισμού ατομικής προστασίας κατά τη φροντίδα ασθενών εκτεθειμένων σε ΧΒΡΠΕ παράγοντες.	1	2	3	4	5
	28. Τις διαδικασίες απομόνωσης για άτομα εκτεθειμένα σε βιολογικούς και χημικούς παράγοντες.	1	2	3	4	5
	29. Τις διαδικασίες απομόνωσης και καραντίνας της υπηρεσίας σας.	1	2	3	4	5
	30. Τις διαδικασίες απολύμανσης που αναφέρονται στις εγκαταστάσεις σας σχετικά με επείγουσες επιχειρήσεις ή σε σχέδια μειζόνων περιστατικών.	1	2	3	4	5
	31. Τον αντίκτυπο των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας στο περιβάλλον.	1	2	3	4	5
<b>Επιδημιολογία και λήψη κλινικών</b>	32. Την αξιολόγηση του ιστορικού και σωματικών δεδομένων όταν υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας ότι ένας ασθενής έχει εκτεθεί σε βιολογικό παράγοντα.	1	2	3	4	5
	33. Την αναγνώριση της έξαρσης των υποκείμενων ασθενειών εξαιτίας της έκθεσης σε ΧΒΡΠΕ παράγοντες.	1	2	3	4	5



	34. Τα ηθικά, νομικά, πολιτιστικά και ασφάλειας θέματα που σχετίζονται με τον κατάλληλο χειρισμό των νεκρών κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5
Αναφορά και πρόσβαση κρίσιμων πόρων	35. Τις ασθένειες που αναφέρονται άμεσα στο Υπουργείο Υγείας.	1	2	3	4	5
	36. Το πότε πρέπει να αναφέρονται ασυνήθιστα συμπτώματα.	1	2	3	4	5
	37. Τον καθορισμό της αρμόδιας υπηρεσίας στην οποία οι υποχρεωτικός δηλούμενες ασθένειες πρέπει να κατευθύνονται.	1	2	3	4	5
	38. Τη γρήγορη πρόσβαση σε ενημερωμένες πηγές σχετικά με ΧΒΡΠΕ παράγοντες.	1	2	3	4	5
Βιολογικοί παράγοντες	39. Τους τρόπους μετάδοσης διαφορετικών τύπων βιολογικών παραγόντων όπως ο άνθρακας και η ευλογιά	1	2	3	4	5
	40. Τα σημεία και συμπτώματα της έκθεσης σε διαφορετικούς βιολογικούς παράγοντες	1	2	3	4	5
	41. Την εκτίμηση της εξοικείωσης του προσωπικού με ενέργειες απόκρισης και ετοιμότητας κατά τη διάρκεια κατάστασης έκτακτης ανάγκης μεγάλης κλίμακας.	1	2	3	4	5



**Πρωτότυπη Εκδοχή (ΑΕΡΙQ)****Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire (ΑΕΡΙQ)**

<b>Dimension</b>	<b>Score between 1 (“very familiar”) and 5 (“unfamiliar”) the extent to which are you familiar with:</b>	<b>score</b>
<b>Incident command system</b>	1. The functional group in the incident command system (ICS) to which you are assigned during large-scale emergency events	
	2. The location to which you would report if a large-scale emergency event occurred.	
	3. Your agency’s preparedness for responding to large-scale emergency events.	
	4. The content of the emergency operations plan, or major incident plan, in the local primary care trust.	
	5. The strategic rationale for the ICS response and action plan.	
	6. Assessing site safety for yourself, co-workers and victims during large-scale emergency events.	
	7. Differences between the ICN’s decision-making processes for large-scale emergency and non-emergency events.	
	8. Tasks that should not be delegated to volunteers during large-scale emergency events.	
<b>Triage</b>	9. Performing a rapid physical assessment of a victim of large-scale emergency events.	
	10. Assisting with triage during large-scale emergency events.	
	11. Basic first aid, including oxygen administration and ventilation, during large-scale emergency events.	
	12. Performing a rapid mental health assessment of a victim of a large-scale emergency event.	
	13. Evaluating the effectiveness of your actions during large-scale emergency events.	
<b>Communications and connectivity</b>	14. The chain of custody during large-scale emergency events.	
	15. Identifying the different abilities of key partners in your emergency operation or major incident plans.	
	16. The procedure for documenting provision of care during large-scale emergency events.	
	17. Presenting information about degree of risk effectively to different audiences.	



	18. Appropriate debriefing activities following a large-scale emergency event.	
	19. Procedures for communicating critical patient information to people transporting patients.	
	20. The use of all types of communication devices.	
<b>Psychological issues and special populations</b>	21. Signs of post-traumatic stress in patients who have been seen for routine healthcare checks following a large-scale emergency event.	
	22. Detecting and evaluating post-traumatic stress or other mental health problems in a child or teenager.	
	23. Appropriate psychological support for all people involved in a large-scale emergency event.	
	24. Providing health counselling and education to patients	
	25. The appropriate care of especially vulnerable patients during large-scale emergency events.	
	26. Procedures for providing care to children and younger people during large-scale emergency events when consent cannot be obtained from their parents or legal guardians.	
<b>Isolation, decontamination and quarantine</b>	27. Selecting the appropriate personal protective equipment when caring for patients exposed to CBRNE agents.	
	28. Isolation procedures for people exposed to biological or chemical agents.	
	29. Your facility's isolation and quarantine procedures.	
	30. The decontamination procedures stated in your facility's emergency operations or major incident plans.	
	31. The impact on the environment of large-scale emergency events.	
<b>Epidemiology and clinical decision making</b>	32. Assessing history and physical data when there is a high index of suspicion that a patient has been exposed to a biological agent.	
	33. Identifying the exacerbation of underlying diseases due to exposure to CBRNE agents.	
	34. The ethical, legal, cultural and safety issues relating to the proper handling of the dead during large-scale emergency events.	



<b>Reporting and accessing critical resources</b>	35. The diseases that are immediately reportable to the Department of Health.	
	36. When unusual symptoms should be reported.	
	37. Determining the appropriate agency to which reportable diseases are to be directed.	
	38. Accessing up-to-date resources quickly about specific CBRNE agents.	
<b>Biological agents</b>	39. Modes of transmission for different types of biological agents such as anthrax and smallpox.	
	40. Signs and symptoms of exposure to different biological agents.	
	41. Assessing staff familiarity with response activities and preparedness during large-scale emergency events.	



# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**

## **ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

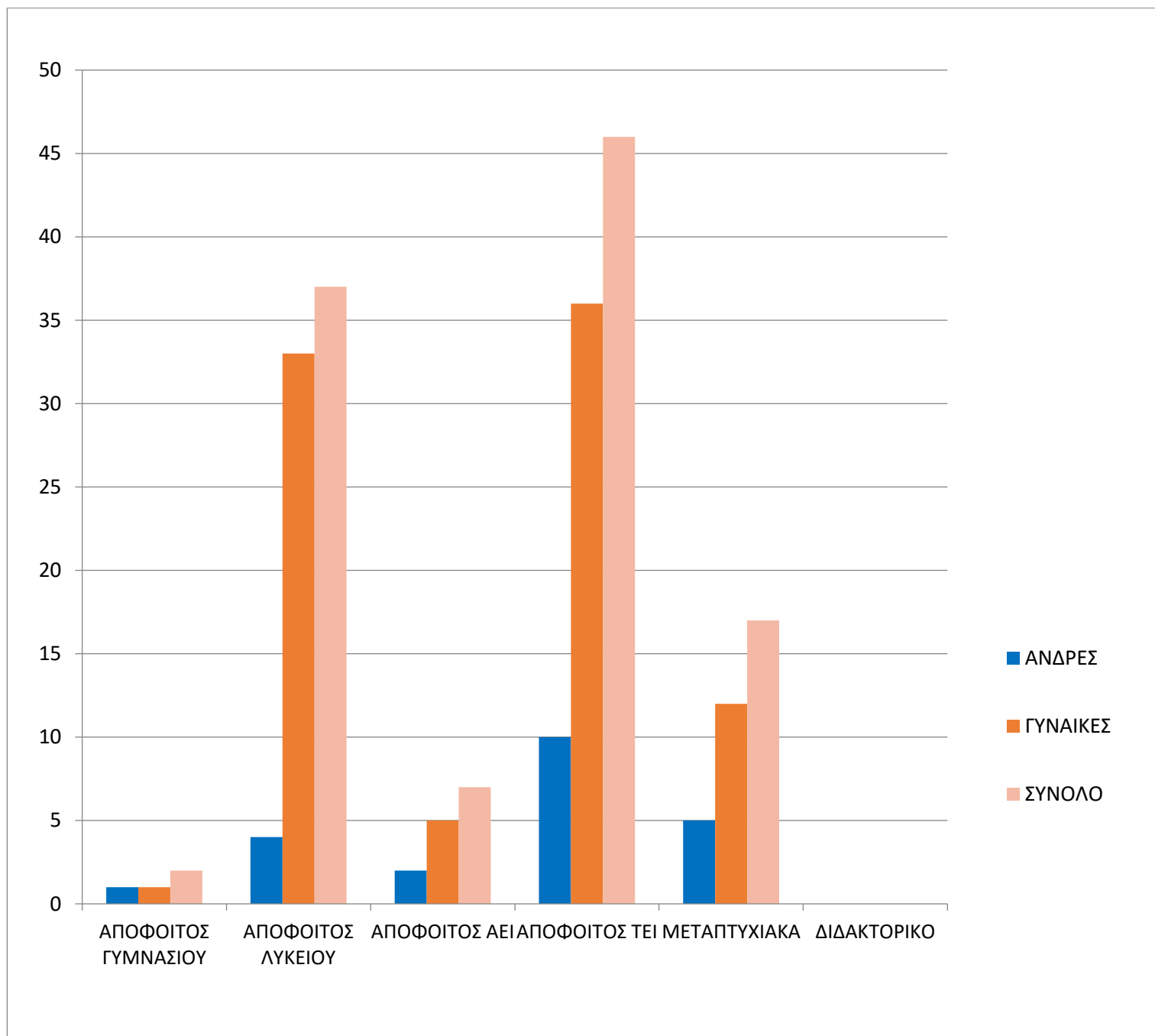


**Πίνακας 1B – Ερωτηματολόγια εκτίμησης γνώσεων και δεξιοτήτων νοσηλευτών σχετικά με την ετοιμότητα σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης.**

	<b>Περιγραφή</b>	<b>Αξιοπιστία/ Εγκυρότητα</b>	<b>Πλεονεκτήματα</b>	<b>Αδυναμίες</b>	
	<b>Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET)</b>	68 ερωτήσεις σε εξάβαθμη Likert scale, 21 ερωτήσεις ανοικτού τύπου και ερωτήσεις με δημογραφικά στοιχεία	Cronbach a=0,91	-Εντός δεκαετίας (2007) - Καλά ψυχομετρικά στοιχεία	- Αδυναμία γενίκευσης στον πληθυσμό. Δείγμα κυρίως από γυναίκες (99,2%) - Έλλειψη έγκυρων ποσοτικών προσδιορισμών - Ιδιαίτερα εκτενές
	<b>Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ)</b>	45 ερωτήσεις σε Likert scale χωρισμένες σε 8 κατηγορίες	Cronbach a=0,94	- Καλά ψυχομετρικά στοιχεία - Μεγάλο δείγμα	- Διαθέσιμο μόνο διαδικτυακά μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας -
	<b>Adapted version of EPIQ</b>	41 ερωτήσεις σε Likert scale χωρισμένες σε 8 κατηγορίες	Cronbach a=0,94	- Προσαρμόστηκε πρόσφατα (2012) - Προσαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο βάσει ευρωπαϊκών προτύπων - Ακολουθείται από πρόγραμμα εκπαίδευσης - Συντομότερο και πιο εύχρηστο από το προηγούμενο	- Δε διαθέτει δημογραφικά στοιχεία - Μικρό δείγμα

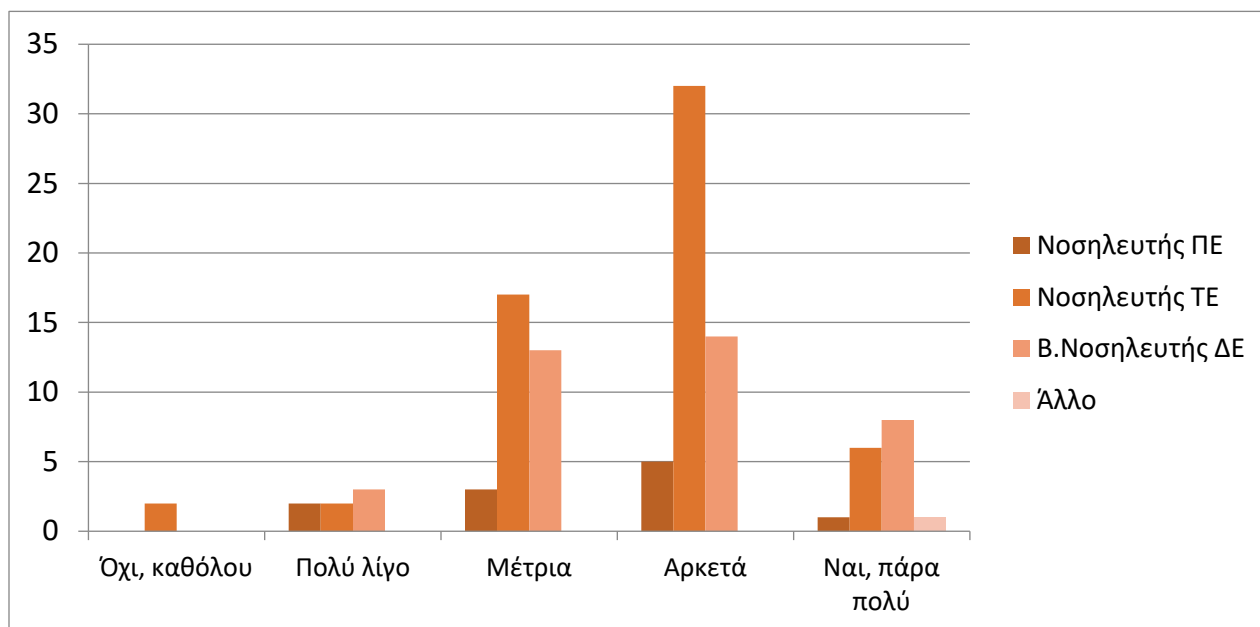


Γράφημα 1B – Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων και συσχέτιση με το φύλο





**Γράφημα 2B - Βαθμός ικανοποίησης εργασίας σε σύγκριση με την ειδικότητα**





# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**

## **ΕΓΓΡΑΦΑ**





## Βεβαίωση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

### Βεβαίωση

Βεβαιώνεται ότι η Νάκα Στυλιανή μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Παθολογία» στο Πτυχίο εκπονήει τη Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία με τίτλο «Μετάφραση στα ελληνικά και στάθμιση του ερωτηματολογίου ERIQ σχετικά με την ετοιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης» υπό την επίβλεψη της κας Μαίρης Γκούβα, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου.

Το θέμα εγκρίθηκε στη Συνεδρίαση της Ειδικής Διατμηματικής Επιτροπής του ΠΜΣ Νοσηλευτική Παθολογία την 12η Οκτωβρίου 2016.

Η παρούσα χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

Ιωάννινα, 10 Φεβρουαρίου 2017

Ο Διευθυντής,

Δημήτριος Χριστοδούλου  
Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

ΠΜΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Διεύθυνση  
Ερευνητικό Εργαστήριο Ανατολογίας,  
Τμήμα Ιατρικής  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
T.K.45110, ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Τηλέφωνο  
Διευθυντής: 265107838  
Γραμματέας: 265107838

Fax  
26510 07883

email  
skoutsaki@cc.uoi.gr



## Έντυπο ενημέρωσης εθελοντή για συμπλήρωση ερωτηματολογίου



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δια-τμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

### ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

**Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης:** «Μετάφραση στα ελληνικά και στάθμιση του ερωτηματολογίου ERIQ σχετικά με την ετοιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης».

**Σκοπός Μελέτης:** είναι η μετάφραση στα ελληνικά και η στάθμιση του ερωτηματολογίου ERIQ από-αξιολόγησης ώστε να αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο από-αξιολόγησης νοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

**Σχολή/Τμήμα:** Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών "Νοσηλευτική Παθολογία", Τμήμα Ιατρικής Ιωαννίνων και Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου.

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:** Νάκα Στυλιανή

**Επιβλέπων καθηγητής:** Γκούβα Μαίρη

Σας καλούμε να λάβετε μέρος στην ερευνητική μας μελέτη. Πριν αποφασίσετε αν θέλετε να συμμετέχετε είναι σημαντικό να διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες προκειμένου να αποκτήσετε μια πληρέστερη εικόνα γιατί πραγματοποιούμε την ερευνητική αυτή μελέτη και τι θα περιλαμβάνει.

Αφιερώστε χρόνο για να αποφασίσετε αν θέλετε να λάβετε μέρος. Αν οτιδήποτε δεν είναι ξεκάθαρο μπορείτε να απευθυνθείτε σε εμάς για περισσότερες πληροφορίες Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο που αφιερώσατε για να διαβάσετε αυτό το έντυπο ενημέρωσης.

**Τι θα περιλαμβάνει η συμμετοχή μου σε αυτή την έρευνα;**

Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα θα περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου η σύνθεση του οποίου περιλαμβάνει τρία ερευνητικά εργαλεία και τα απαραίτητα δημογραφικά στοιχεία για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

**Γιατί επιλέχθηκα;**

Οι επιλεγθέντες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρέπει να είναι νοσηλευτές και να εργάζονται σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα.

***Είναι υποχρεωτικό να λάβω μέρος;***

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Έχετε πάντα το δικαίωμα να αποσυρθείτε από την έρευνα οποτεδήποτε το εαυθυμίσετε χωρίς να δώσετε καμία εξήγηση. Η απόφασή σας να μην συμμετέχετε δεν θα επηρεάσει την πρόοδο της μελέτης και εσείς δε θα έχετε καμία επίπτωση.

Ο υπεύθυνος ερευνητής αυτής της έρευνας έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη συμμετοχή σας σε οποιονδήποτε χρόνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μη αναμενόμενη αντίδρασή σας, ή σε μη επιτυχή παρακολούθηση των οδηγιών από εσάς, ή επειδή έχει σταματήσει η έρευνα εξ ολοκλήρου.

***Τι θα γίνει από τη στιγμή που θα αποφασίσω να λάβω μέρος στην έρευνα;***

Αν αποφασίσετε να λάβετε μέρος στη μελέτη, θα σας δοθεί ένα ερωτηματολόγιο προκειμένου να το συμπληρώσετε. Θα ενημερωθείτε για τη διαδικασία και τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην έρευνα. Θα έχετε όσο χρόνο χρειαστείτε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Όταν συμφωνήσετε να λάβετε μέρος, θα πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις της έρευνας. Το περιεχόμενο της έρευνας θα παραμείνει εμπιστευτικό.

***Οφέλη από τη συμμετοχή σας στην έρευνα***

Με τη συμμετοχή σας στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα συνεισφέρετε στην διεξαγωγή αποτελεσμάτων προκειμένου το υπό μελέτη ερωτηματολόγιο να αποτελέσει ένα αξιόπιστο εργαλείο αυτό-αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ετοιμότητά τους σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης.

***Κόστος συμμετοχής***

Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος. Διευκρινίζεται πως οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη δεν θα απαιτήσουν καμία αμοιβή.

***Θα παραμείνει η συμμετοχή μου σε αυτή τη μελέτη ανώνυμη;***

Η συμμετοχή σας στη μελέτη θα είναι απολύτως ανώνυμη. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν στη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν εμπιστευτικές κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της έρευνας. Η πρόσβαση στα δεδομένα περιορίζεται στον ερευνητή.

***Τι θα συμβεί με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης;***

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας και για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο. Εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή/και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, εσείς θα διατηρήσετε την ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης θα μπορείτε, εάν επιθυμείτε, να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της μελέτης.

Εάν επιθυμείτε περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Νάκα Στυλιανή. Αριθμός τηλεφώνου: 6982032774



**Άδεια μετάφρασης από τη δημιουργό του ΑΕΡΙΟ μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας**

**From:** Liana Naka [mailto:[liananak@yahoo.com](mailto:liananak@yahoo.com)]

**Sent:** 18 July 2016 09:20

**To:** Worrall, Jennifer (Wiltshire Health and Care)

**Subject:** Permission to translate the adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire

Dear Jennifer,

Please allow me to introduce myself, my name is Liana Naka and I am MSc student in Nursing at the University of Ioannina, Greece and currently I am working on my dissertation. It was a great pleasure to read your article entitled "Are Emergency Care Staff Prepared for Disaster" as this was very relevant to my dissertation studies and I would be delighted if I can translate to the Greek language the adapted version of Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ) that you have developed in your above article. I consider that the EPIQ tool would be a very useful tool for Greek nurses and would be broadly used and referenced by Greek nurses as currently there are no such tools.

I would be most grateful if I have your consent in translating the EPIQ tool to Greek, and of course all documentation would reference your work and if you wish I can send you the results of the translated version.

Looking forward to your reply.

Please do not hesitate to contact me if you require further details.

Many thanks

Yours sincerely,  
Liana Naka

Ms. Liana Naka  
RN, MSc (c)  
Eirinis 4, Trikala, 42100  
Greece  
+30 6982032774  
[liananak@yahoo.com](mailto:liananak@yahoo.com)

**Στις 1:11 μ.μ. Δευτέρα, 18 Ιουλίου 2016, ο/η "Worrall, Jennifer (Wiltshire Health and Care)"**

**<[jennifer.worrall@gwh.nhs.uk](mailto:jennifer.worrall@gwh.nhs.uk)> έγραψε:**

Dear Liana

It is lovely to hear from you and to find out that you found my article of such interest.

I have absolutely no problem with you translating the adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ) into Greek, in fact I feel honoured that you should wish to do so.

I would be very interested to see the results of your translated version when you have finished.

Please do not hesitate in letting me know if I can be of any further assistance.

Good luck with your MSc.  
Kind regards  
Jenny

Jennifer Worrall  
Senior Emergency Nurse Practitioner  
Minor Injury Unit  
Trowbridge Community Hospital  
Adcroft Street  
Trowbridge

Wiltshire  
BA14 8PH  
Tel: 01225 711378 / 711329  
Email: [jennifer.worrall@gwh.nhs.uk](mailto:jennifer.worrall@gwh.nhs.uk)  
[www.wiltshirehealthandcare.nh](http://www.wiltshirehealthandcare.nh)

Dear Jennifer,

I am so grateful for your permission. It will be an honour to send you the results. Thank you so much.

Sincerely,

Liana Naka

Ms. Liana Naka  
RN, MSc (c)  
Eirinis 4, Trikala, 42100  
Greece  
+30 6982032774  
liananak@yahoo.com