

## **Development, implementation and evaluation of a dementia training program in hospital staff- The case of Greece.**

**Mara Gkioka, Birgit Teichmann**

Network Aging Research

Heidelberg University

[gkioka@nar.uni-heidelberg.de](mailto:gkioka@nar.uni-heidelberg.de), [teichmann@nar.uni-heidelberg.de](mailto:teichmann@nar.uni-heidelberg.de)

**Despina Moraitou**

School of Psychology

Aristotle University of Thessaloniki

[despinamorait@gmail.com](mailto:despinamorait@gmail.com)

**Sotiris Papagiannopoulos, Magdalini Tsolaki**

School of Medicine

Aristotle University of Thessaloniki

[ubicl@otenet.gr](mailto:ubicl@otenet.gr), [tsolakim1@gmail.com](mailto:tsolakim1@gmail.com)

### **Abstract**

People with Dementia (PwD) are more likely to be admitted to general hospitals than people of similar age without dementia. Poor knowledge among healthcare professionals, negative attitudes toward dementia, and lack of confidence may lead to suboptimal care of those patients in hospital settings. The aim of this study is to develop, implement and evaluate a dementia staff training program in Greek general hospitals. It was a repeated-measures research design. Fourteen (14) two-day workshops were conducted, including six targeted and interactive modules (introduction to dementia-medical image of dementia, communication in dementia, person-centered approach and activities, recognition and treatment of difficult dementia behaviors, everyday care, taking care of the professional caregiver), lasting 70-100 minutes (over 9 hours in total) each. Staff members (n=242) attended the program and were evaluated before, immediately after the training and 3 months later regarding their 1) individual performance: questionnaires about attitudes towards dementia, confidence in care, knowledge about dementia and anxiety. 2) An overall training evaluation conducted, immediately after the training and 3) an evaluation of training implementation three months later. Positive attitudes towards dementia, improvement of confidence in care and decrease of feeling of anxiety as a trait, sustained over time. Knowledge about dementia also increased after the training and sustained with a slight decrease over the time. The training seems to be a well applied program providing the basis of a better care in PwD during hospitalization. Nevertheless, changes in organization level and changes in culture of care are necessary for training results to be sustainable over time.

**Keywords:** education, Alzheimer's disease, personnel, hospital, training protocol

**JEL** classifications: I21, I30

## Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης για την άνοια σε προσωπικό Νοσοκομείων – Η περίπτωση της Ελλάδας

Μάρα Γκιόκα, Birgit Teichmann

Network Aging Research

Heidelberg University

[gkioka@nar.uni-heidelberg.de](mailto:gkioka@nar.uni-heidelberg.de), [teichmann@nar.uni-heidelberg.de](mailto:teichmann@nar.uni-heidelberg.de)

Δέσποινα Μωραΐτου

Τμήμα Ψυχολογίας

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[despinamorait@gmail.com](mailto:despinamorait@gmail.com)

Σωτήρης Παπαγιαννόπουλος, Μαγδαληνή Τσολάκη

Ιατρική Σχολή

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[ubicl@otenet.gr](mailto:ubicl@otenet.gr), [tsolakim1@gmail.com](mailto:tsolakim1@gmail.com)

### Περίληψη

Τα άτομα με άνοια (ΑμΑ) είναι πιο πιθανό να εισαχθούν σε γενικά νοσοκομεία από άτομα παρόμοιας ηλικίας χωρίς άνοια. Η έλλειψη γνώσης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, η αρνητική στάση απέναντι στην άνοια και η έλλειψη αυτοπεποίθησης μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή ποιότητα φροντίδας αυτών των ασθενών σε νοσοκομεία. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αναπτύξει, να εφαρμόσει και να αξιολογήσει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης προσωπικού για άνοια σε ελληνικά γενικά νοσοκομεία. Ήταν ένας σχεδιασμός επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Διεξήχθησαν δεκατέσσερα (14) διήμερα εργαστήρια, συμπεριλαμβανομένων έξι στοχευμένων και διαδραστικών ενοτήτων (εισαγωγή στην άνοια-ιατρική εικόνα της άνοιας, επικοινωνία στην άνοια, ανθρωποκεντρική προσέγγιση και δραστηριότητες, αναγνώριση και αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών, καθημερινή φροντίδα, φροντίδα του επαγγελματία περιθάλποντα), διάρκειας 70-100 λεπτών (συνολικά πάνω από 9 ώρες) το καθένα. Τα μέλη του προσωπικού (n = 242) παρακολούθησαν το πρόγραμμα και αξιολογήθηκαν πριν, αμέσως μετά την κατάρτιση και 3 μήνες αργότερα, σχετικά με την ατομική τους απόδοση: ερωτηματολόγια σχετικά με τη στάση απέναντι στην άνοια, την αυτοπεποίθηση στη φροντίδα, τη γνώση για την άνοια και το άγχος. 2) Μια συνολική αξιολόγηση του προγράμματος που πραγματοποιήθηκε, αμέσως μετά την εκπαίδευση και 3) μια αξιολόγηση της εφαρμογής της κατάρτισης τρεις μήνες αργότερα. Οι θετικές στάσεις απέναντι στην άνοια, η βελτίωση της αυτοπεποίθησης στη φροντίδα και μείωση του αισθήματος του άγχους ως χαρακτηριστικό, διατηρήθηκαν στην πάροδο του χρόνου. Η γνώση σχετικά με την άνοια αυξήθηκε επίσης μετά την κατάρτιση και διατηρήθηκε με μια μικρή μείωση στην πάροδο του χρόνου. Η κατάρτιση φάνηκε να είναι ένα καλά εφαρμοσμένο πρόγραμμα που παρέχει τη βάση μιας καλύτερης περίθαλψης στα ΑμΑ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ωστόσο, οι αλλαγές σε επίπεδο οργανισμού και οι αλλαγές στην κουλτούρα της φροντίδας είναι απαραίτητες ώστε τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης να είναι βιώσιμα με την πάροδο του χρόνου.

**Keywords:** Εκπαίδευση, Νόσος Αλτσχάιμερ, Προσωπικό, Νοσοκομείο, Πρωτόκολλο Κατάρτισης

Κωδικοποίηση **JEL:** I21, I30

## Εισαγωγή

Τα Άτομα με Άνοια (ΑμΑ) είναι πιο επιρρεπή σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα λόγω την νοητικής έκπτωσης (μνήμη και εκτελεστικές λειτουργίες) και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα μπορεί να αποπροσανατολίζονται και να είναι σε σύγχυση, να δυσκολεύονται να κατανοήσουν οδηγίες, να εκφράσουν λεκτικά τις ανάγκες τους καθώς και να συμμετέχουν σε συζητήσεις ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια. Επιπλέον μπορεί να εμφανίσουν "δύσκολες" συμπεριφορές όπως περιπλάνηση, άγχος, κατάθλιψη, ψυχοκινητική ανησυχία, αϋπνία, ψευδαισθήσεις και επιθετικότητα, ταλαιπωρώντας τόσο τους ίδιους όσο και εκείνους που τους φροντίζουν (Dewing & Dijk, 2016). Το νοσοκομείο αποτελεί ένα μη οικείο περιβάλλον για το ΑμΑ καθώς επικρατεί πολυκοσμία, θόρυβος, περιορισμένος χρόνος των επαγγελματιών υγείας για φροντίδα όλων των ασθενών της πτέρυγας, συνθήκες οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω σύγχυση στον ασθενή με άνοια που νοσηλεύεται. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλά επίπεδα θορύβου, ο έντονος φωτισμός, οι έντονοι ρυθμοί των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, η αγγωπική διαδικασία των εξετάσεων, η έλλειψη σαφούς σήμανσης, και η σύνθετη διαρρύθμιση της πτέρυγας μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία και αποπροσανατολισμό συμβάλλοντας έτσι σε περαιτέρω άγχος και επιθετική συμπεριφορά των ασθενών. Μπορεί να μην είναι προφανές για παράδειγμα πού είναι η τουαλέτα ή πώς θα βρει τον δρόμο γυρνώντας από την τουαλέτα για το κρεβάτι του. Πρόσφατες μελέτες λένε ότι μόνο το 14% των νοσοκομείων παρέχουν ασφάλεια, σιγουριά και φιλική χρήση της πτέρυγας του νοσοκομείου για ασθενείς που έχουν σύγχυση (Low L-F, Gomes L, Brodaty H., 2008).

Το νοσηλευτικό προσωπικό τις περισσότερες φορές έχει ελάχιστες γνώσεις γύρω από τον χειρισμό αυτών των ασθενών με αποτέλεσμα αυτό να τους προκαλεί άγχος κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Η αντίσταση στην φροντίδα είναι συνήθως το πιο δύσκολο σύμπτωμα που έχει να διαχειριστεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης η ψυχοκινητική ανησυχία σε αυτούς τους ασθενείς είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πτώσεις. Εκτός, λοιπόν, από την αντιμετώπιση σοβαρών συμπεριφορικών προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας, έρχονται αντιμέτωποι και με την διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας των ασθενών ή με τον κίνδυνο πρόκλησης επιπλέον ασθενειών (π.χ., λοιμώξεων λόγω μη συμμόρφωσης με τις οδηγίες, κατάγματα λόγω πτώσεων). Παρατηρείται επομένως αυξημένο άγχος των επαγγελματιών υγείας με τέτοιους ασθενείς, καθώς και δυσκολία διαχείρισής τους (Yada et al., 2014). Έτσι, είναι επιτακτική η ανάγκη για ειδική φροντίδα αυτών των ασθενών μέσω της εκπαίδευσης του προσωπικού της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναπτυχθεί, να εφαρμοστεί και να αξιολογηθεί μια εκπαιδευτική παρέμβαση προσωπικού για την άνοια σε γενικά νοσοκομεία. Είναι η πρώτη φορά που ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα διεξάγεται σε ελληνικά νοσοκομεία.

## Ερευνητικές υποθέσεις

A) Αναμένεται ότι μετά την παρέμβαση θα ενισχυθούν α) η γνώση για την άνοια και τη διαχείρισή της, β) η αυτοπεποίθηση στη φροντίδα, γ) η στάση απέναντι στην άνοια. Η ενίσχυση αυτή θα διαπιστωθεί σε σύγκριση με τις ίδιες ιδιότητες των συμμετεχόντων πριν την παρέμβαση.

B) Αναμένεται ότι η ενίσχυση των παραπάνω αναφερόμενων ιδιοτήτων θα διατηρηθεί. Η διατήρηση θα διαπιστωθεί σε σύγκριση με τις ίδιες ιδιότητες των ατόμων πριν, και έπειτα από 3 μήνες παρέμβασης.

Γ) Αναμένεται ότι μετά την παρέμβαση, θα μειωθεί το αυτο-αναφερόμενο άγχος των συμμετεχόντων νοσηλευτών που περιθάλπουν ασθενείς με άνοια. Η μείωση αυτή θα διαπιστωθεί σε σύγκριση με το αυτο-αναφερόμενο άγχος των ατόμων πριν τη παρέμβαση.

Δ) Αναμένεται ότι η μείωση του επιπέδου του άγχους, το οποίο αναφέρουν οι συμμετέχοντες, θα διατηρηθεί. Η διατήρηση θα διαπιστωθεί σε σύγκριση με το άγχος των ατόμων πριν, και έπειτα από 3 μήνες από τη παρέμβαση.

### **Ανάπτυξη πρωτοκόλλου**

Το πρωτόκολλο αναπτύχθηκε με βάση τις παρακάτω ενέργειες :

1. Εκπόνηση μελέτης για την διερεύνηση των αναγκών του νοσοκομειακού προσωπικού σε μια επερχόμενη εκπαίδευση για την άνοια (Μάιος 2017-Ιούλιος 2019): Ο στόχος αυτής της δράσης ήταν να διερευνήσει την τρέχουσα κατάσταση, τα ενδιαφέροντα και τις προσδοκίες του νοσηλευτικού προσωπικού, των προϊσταμένων νοσηλευτών και των ιατρών σχετικά με την άνοια (Schneider et al., 2019).
2. Εκπόνηση συστηματικής ανασκόπησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού νοσοκομείων για την άνοια (Ιανουάριος 2017-Ιούνιος 2020), που είχε ως στόχο να δώσει μια επισκόπηση των καθιερωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης στα γενικά νοσοκομεία και να διερευνήσει την αποτελεσματικότητά τους. Αυτή η μελέτη τέθηκε ως βάση για την ανάπτυξη του πρωτοκόλλου της τρέχουσας εκπαίδευσης (Gkioka, Schneider et al., 2020).
3. Πραγματοποιήθηκε μελέτη για τις ψυχομετρικές ιδιότητες τριών ερωτηματολογίων σε ελληνικό πληθυσμό (σχετικά με τη γνώση, την εμπιστοσύνη στη φροντίδα και τη στάση απέναντι στην άνοια), που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία αξιολόγησης της παρέμβασης (Ιούνιος 2019-Μάιος 2020) (Gkioka, Tsolaki, Papagianopoulos, Teichmann, & Moraitou, 2020).
4. Έγκριση πρωτοκόλλου μελέτης από επιτροπές βιοηθικής και δεοντολογίας (Μάρτιος 2018-Σεπτέμβριος 2018): Η μελέτη εγκρίθηκε από τις επιστημονικές επιτροπές των δύο συμμετεχόντων νοσοκομείων (Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: απ. 1505 / 18η 26.9.2018, νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ: απ. 12η 12196 / 26.7.2018) και από την επιτροπή βιοηθικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (απ.3 / 2.5.2018).
5. Διαχείριση των δράσεων της παρέμβασης (Σεπτέμβριος 2018 - Σεπτέμβριος 2019): Πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και ομάδων υπευθύνων των νοσοκομείων για την ανταλλαγή εμπειριών και τη συμφωνία σχετικά με τις απαραίτητες ενέργειες για τη διοργάνωση των εργαστηρίων εκπαίδευσης. Επιπλέον, συζητήθηκαν τα εμπόδια σχετικά με την παραμονή στο νοσοκομείο για ΑμΑ, τον περιορισμένο χρόνο λόγω της έλλειψης προσωπικού, θέματα εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού, όπως η προληπτική εκπαίδευση και η τροποποίηση κουλτούρας στα νοσοκομεία.
6. Ανάπτυξη του εκπαιδευτικού προγράμματος (Οκτώβριος 2018 έως Μάρτιος 2019): Ένα νέο πρόγραμμα κατάρτισης για την άνοια αναπτύχθηκε από την υποψήφια διδάκτορα Γκιόκα Μάρα και βασίστηκε στις ενέργειες 1 και 2 καθώς και σε δύο προηγούμενα προγράμματα που πραγματοποιήθηκαν στην Αγγλία (''getting to know me'') (Elvish et al., 2014) και την Ελλάδα (''Positive care in dementia-Train the Trainers''), από το Alzheimer Disease International (Alzheimer's Disease International, 2015). Το πρωτόκολλο μελέτης αναπτύχθηκε μετά από συναντήσεις διαβούλευσης μεταξύ της επικεφαλής του έργου (Μ.Γ.), ενός κλινικού ειδικού για την άνοια (Μ.Τ.) και δύο ειδικών στη γηροντολογία (Δ.Μ. και Β.Τ.). Διεξήχθη μια σειρά 14 εκπαιδευτικών εργαστηρίων και διήρκεσε από τον Απρίλιο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020.
7. Σχέδια δράσης (Ιούλιος 2020). Ο στόχος αυτής της ενέργειας ήταν να καθοριστεί ένα πρόγραμμα Train-the-trainer μετά την κύρια εκπαίδευση: Οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων προσδιόρισαν εκπαιδευτές από το προσωπικό που θα παρέχουν την εκπαίδευση για την άνοια σε συναδέλφους τους δύο φορές το χρόνο. Η υποψήφια διδάκτορας πραγματοποίησε κάποια εργαστήρια με τους υποψήφιους εκπαιδευτές ώστε

εκτός από το υλικό που θα τους δοθεί, να πάρουν κάποιες βασικές γραμμές στον τρόπο εκπαίδευσης προτού οριστούν ως αρμόδιοι.

## Μέθοδος

Σχεδιασμός μελέτης: Ο ερευνητικός σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε για την εφαρμογή και αξιολόγηση του προγράμματος ήταν ενδο-υποκειμενικός με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο χρόνο. Οι συμμετέχοντες δυο νοσοκομείων (Γενικό νοσοκομείο «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» και Γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ) αποτέλεσαν τις «Ομάδες παρέμβασης», ώστε να μετρηθούν στο χρόνο τα ίδια πρόσωπα με τα ίδια δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά, σε μια προσπάθεια έγκυρων στατιστικών μετρήσεων σε πολλαπλές μετρήσεις στον χρόνο. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε τρία χρονικά σημεία: πριν από την εκπαίδευση (Χρονικό Σημείο 1,), αμέσως μετά την εκπαίδευση (Χρονικό Σημείο 2,) και μετά από 3 μήνες (Χρονικό Σημείο 3).

Διαδικασία και Συμμετέχοντες: Η διοίκηση τριών από τα μεγαλύτερα, μητροπολιτικά γενικά νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, προσκλήθηκε μέσω τηλεφωνικών κλήσεων ή προσωπικών επαφών και δύο από αυτά - (Γενικό νοσοκομείο «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», και Γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ΑΧΕΠΑ) - συμφώνησαν να συμμετάσχουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την άνοια. Αφού λήφθηκε η επίσημη έγκριση από τους διοικητές ή υπεύθυνους εκπαίδευσης και την επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων για τη διεξαγωγή του προγράμματος, η υπεύθυνη νοσηλευτικού τομέα (νευρολογικός τομέας) του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ και ο διευθυντής του τμήματος ποιοτικής έρευνας και διά βίου μάθησης του «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» προσκάλεσαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, τηλεφωνικών κλήσεων ή ανακοίνωσης του προγράμματος σε επίσημη σελίδα του νοσοκομείου τους προϊσταμένους/νες και τους ενδιαφερόμενους κάθε κλινικής για συμμετοχή. Λόγω του ότι η φροντίδα των ΑμΑ θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε κάθε κλινική (επειδή η άνοια είναι ως επί το πλείστον δευτερεύουσα διάγνωση) και επιπλέον, η εναλλαγή κλινικών (rotation) εργασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα για το προσωπικό του νοσοκομείου είναι συνηθισμένη, δεν εφαρμόστηκαν κριτήρια αποκλεισμού για τους συμμετέχοντες. Το μέγεθος του δείγματος της παρέμβασης υπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη την  $G^*$  Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Προκειμένου να ανιχνευθεί η επίδραση  $\eta^2p = .04$  με 80% ισχύ στην στατιστική ανάλυση ANOVA ( $\alpha = .05$ ) με πολλαπλές μετρήσεις, ο υπολογισμός της  $G^*$  Power πρότεινε 237 συμμετέχοντες ως ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων (79 σε κάθε χρονική στιγμή-1, 2, 3).

Εκπαιδευτική παρέμβαση: Πραγματοποιήθηκαν δεκατέσσερα (14) διήμερα εργαστήρια με διδασκαλία πρόσωπο με πρόσωπο, αποτελούμενη από 6 στοχευμένες και διαδραστικές ενότητες (εισαγωγή στην άνοια-ιατρική εικόνα της άνοιας, επικοινωνία στην άνοια, προσωποκεντρική προσέγγιση και δραστηριότητες, αναγνώριση και αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών στην άνοια, φροντίδα στην άνοια, φροντίζοντας τον επαγγελματία περιθάλποντα), διάρκειας 70-100 λεπτών (συνολικά πάνω από 9 ώρες) η κάθε μια (πίνακας 1). Τα εργαστήρια έλαβαν χώρα σε ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες με διατμηματικές ομάδες από 13 έως 20 άτομα. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε πριν, αμέσως μετά την εκπαίδευση και 3 μήνες αργότερα (1, 2, 3), και η καθεμία διήρκεσε 20-30 λεπτά. Οι επιλογή συμμετεχόντων ήταν τυχαία, διατηρώντας σειρά προτεραιότητας, μεταξύ εκείνων που βρίσκονταν σε υπηρεσία εκείνη τη στιγμή και εξέφρασαν την προθυμία τους να συμμετάσχουν. Έτσι, 242 νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, διοικητικό προσωπικό και ένας τραυματιοφορέας παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ως εργαζόμενοι σε κλινικές, εργαστήρια ή στον τομέα της διοίκησης. Πριν την εφαρμογή της παρέμβασης, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 10 συμμετέχοντες και χρειάστηκε να αλλαχτούν μόνο οι υπότιτλοι στα βίντεο (μεγαλύτερη γραμματοσειρά και αλλαγή χρώματος για μεγαλύτερη αντίθεση).

#### **Υλικό**

1. Δύο ενημερωτικά φυλλάδια με γενικές γνώσεις σχετικά με την άνοια, συμβουλές επικοινωνίας και πώς να προστατεύονται από την άνοια.
2. Ένα φυλλάδιο για το προσωπικό. Γραπτό υλικό / περιεχόμενο των εκπαιδευτικών ενοτήτων.
3. Ένα βιβλίο εργασίας με πρακτικές ασκήσεις για το προσωπικό, που ολοκληρώθηκε κατά τη διάρκεια του εργαστηρίου.
4. Η κάρτα «Γνώρισέ με». Κάρτα τεκμηρίωσης που πρέπει να συμπληρωθεί από το ΑμΑ ή ένα μέλος της οικογένειας. Αυτή η κάρτα έχει σχεδιαστεί για να τοποθετείται κοντά στο κρεβάτι του ασθενούς.
5. Επτά κάρτες με «δύσκολες συμπεριφορές», περιλαμβάνοντας σενάρια στην μπροστινή πλευρά και πιθανές λύσεις στην πίσω πλευρά, καθώς και μια τεχνική επικοινωνίας (MESSAGE).
6. Ένας χάρτης με τα δικαιώματα στην Άνοια.

#### **Κύριες θεματικές περιοχές που καλύπτονται από τις ενότητες της εκπαίδευσης**

##### 1.α) Εισαγωγή.

(Μύθοι και πραγματικότητα, βίντεο ιστορίας της Βαρβάρας).

β) Γενικές γνώσεις για την άνοια – Ιατρική εικόνα της άνοιας. (Τύποι άνοιας, φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, εργαλεία για την ανίχνευση της άνοιας, παραληρήματος και πόνου. Ασκήσεις και βίντεο.)

##### 2. Επικοινωνία.

(Γενικές συμβουλές και τεχνικές επικοινωνίας. Ασκήσεις και βίντεο.)

##### 3. Προσωποκεντρική προσέγγιση στην άνοια.

(Αρχές της προσωποκεντρικής προσέγγισης και εφαρμογή της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η σημασία της δραστηριότητας στην καθημερινή ζωή. Ασκήσεις.)

##### 4. Κατανόηση και αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών.

(Αιτίες, τεχνική εύρεσης λύσεων, χρήση της κάρτας «γνώρισέ με». Ασκήσεις και βίντεο)

##### 5. Φροντίδα της άνοιας – δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

(Σύγχρονο μοντέλο φροντίδας που περιλαμβάνει προσωποκεντρική προσέγγιση, συμβουλές για σίτιση, μπάνιο και ρουχισμό. Βίντεο. Περιοριστικά μέτρα και νομικά δικαιώματα των ΑμΑ).

##### 6. Φροντίδα του περιθάλποντα/ αυτο-φροντίδα των επαγγελματιών υγείας.

(Κατάσταση ευημερίας έναντι συμπτωμάτων εξουθένωσης. Συναισθηματική ρύθμιση ως παρεχόμενη τεχνική σε κατάσταση άγχους. Ασκήσεις και βίντεο.)

#### **Πίνακας 1. Επισκόπηση του εκπαιδευτικού υλικού και περιεχομένου**

#### **Δεοντολογικά ζητήματα**

Όλες οι διαδικασίες που έλαβαν χώρα για αυτή την εκπαιδευτική παρέμβαση συμμορφώνονται με τα ηθικά πρότυπα που περιγράφονται στη δήλωση του Ελσίνκι, η οποία σχετίζεται με τις εθνικές και θεσμικές επιτροπές για τον σχεδιασμό πειραματικών παρεμβάσεων σε ανθρώπους. Το προσωπικό συμμετείχε εθελοντικά στη μελέτη. Ενημερώθηκαν για τον σκοπό της παρέμβασης και στη συνέχεια έδωσαν τη γραπτή συγκατάθεσή τους για συμμετοχή. Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων GDPR σε ερευνητικό πλαίσιο (Mondschein & Monda, 2019) και ο ελληνικός νόμος για την προστασία δεδομένων τηρήθηκαν μέσω της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των δεδομένων.

## **Αξιολόγηση του προγράμματος-χρήση ερωτηματολογίων και ανοιχτών ερωτήσεων**

Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με την προσέγγιση μεικτής μεθόδου. Τα ποσοτικά (έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια) και τα ποιοτικά δεδομένα (ανοιχτές ερωτήσεις) αξιολογήθηκαν σε τρία χρονικά σημεία (1, 2, 3).

**1) Ατομική αξιολόγηση:** Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ακόλουθο υλικό αξιολόγησης: (1) δημογραφικά στοιχεία, 2) μια αξιολόγηση πριν από την εκπαίδευση, αμέσως μετά και 3 μήνες αργότερα μέσω ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς: 1) Το Εργαλείο Αξιολόγησης Γνώσης της Άνοιας 2 (DKAT2) (Toye et al., 2014), η Κλίμακα Στάσεων αναφορικά με την Άνοια (DAS) (O'Connor, McFadden, & Debanne, 2010), η Κλίμακα Αυτοπεποίθησης στην Φροντίδα της Άνοιας (CODE) (Elvish et al., 2014) και η Κλίμακα Άγχους ως Χαρακτηριστικού και ως Κατάστασης (STAI S-T) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

**2) Αξιολόγηση της εκπαίδευσης:** Μετά το τέλος της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση του προγράμματος, χρησιμοποιώντας κλίμακες Likert ή ανοιχτές ερωτήσεις σχετικά με το περιεχόμενο, το περιβάλλον εκπαίδευσης, την εκπαιδευτήρια και την οργάνωση. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν ήταν η πρώτη εκπαίδευση που παρακολούθησαν ποτέ σχετική με την άνοια και αν είχαν φροντίσει ποτέ ΑμΑ στο παρελθόν. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την αυτοπεποίθηση που ένιωθαν για να μεταφέρουν τις γνώσεις τους σε άλλους, να αξιολογήσουν την πιο χρήσιμη ενότητα και τι θα άλλαζαν εάν επαναλαμβανόταν η εκπαίδευση. Ήταν επίσης ελεύθεροι να δώσουν σχόλια/ προβληματισμούς σχετικά με την εμπειρία της εκπαίδευσης.

**3) Εφαρμογή της εκπαίδευσης στην καθημερινή κλινική πράξη:** Στην ατομική αξιολόγηση παρακολούθησης στον χρόνο (3 μήνες αργότερα), εκτός από τα ερωτηματολόγια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ανοιχτές ερωτήσεις σχετικές με την εφαρμογή των γνώσεων που απέκτησαν από την εκπαίδευση. Δόθηκαν πέντε ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών ή ανοιχτού τύπου: εάν είχαν την ευκαιρία να φροντίσουν ΑμΑ τους τελευταίους 3 μήνες, να χρησιμοποιήσουν οποιοδήποτε εργαλείο για την ανίχνευση άνοιας, παραληρήματος ή πόνου, να χρησιμοποιήσουν την κάρτα «γνώρισέ με», ή οποιασδήποτε τεχνική επικοινωνία ή προσέγγιση με προσωποκεντρικό χαρακτήρα ή εάν είχαν συζητήσει την εκπαίδευση με άλλους.

## **Στατιστική ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS V. 25.0. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Ένα σύνολο ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων πραγματοποιήθηκαν σε καθεμία από τις κλίμακες ή τις υποκλίμακες τους (DKAT2, DAS άνεση, γνώση DAS, CODE, STAI-S, STAI-T) για να διαπιστωθεί εάν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια μεταξύ των 1 και 2 και μεταξύ 1, 2 και 3 εκτίμησης. Η προσαρμογή Bonferroni χρησιμοποιήθηκε για τις πολλαπλές συγκρίσεις. Τα ελλιπή δεδομένα υποκαταστάθηκαν από τον μέσο όρο της εκάστοτε μεταβλητής, ενώ οι περιπτώσεις με πολλές ελλείψεις τιμές δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Για τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, πραγματοποιήθηκε θεματική κατηγορική ανάλυση. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν για την αναφορά των ποσοστών για αυτές τις μεταβλητές.

## **Αποτελέσματα**

Ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που ολοκλήρωσε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν 242. Οι συμμετέχοντες που δεν συμπλήρωσαν την αξιολόγηση αμέσως μετά την παρέμβαση ή έδωσαν ελλιπή σε μεγάλο βαθμό δεδομένα

αποκλείστηκαν από την ανάλυση. Έτσι, 232 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τις μετρήσεις πριν και αμέσως μετά την εκπαίδευση, και 103 ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση τρεις μήνες αργότερα. Λόγω της πανδημίας COVID-19, ακολουθήθηκε πρωτόκολλο ασφαλείας για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, επομένως η εκπαιδευτρια δεν μπόρεσε να προσεγγίσει τους συμμετέχοντες στις κλινικές τους και η διανομή ερωτηματολογίων έγινε μέσω ενός συνδέσμου στο google drive. Το ποσοστό απόσυρσης από την αξιολόγηση 3 μήνες μετά ήταν υψηλό (57%) είτε επειδή οι συμμετέχοντες δεν χρησιμοποιούσαν συστηματικά ένα e-mail ή δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για άλλους άγνωστους λόγους. Το 48,8% των συμμετεχόντων προήλθε από το «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» και οι υπόλοιποι, από το ΑΧΕΠΑ. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές (90,9%), γυναίκες (94,6%), 46 έως 55 ετών (64,9%), που εργάζονταν σε νοσοκομεία για πάνω από 15 έτη (81,4%). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (71,1%) είχαν πτυχίο (16 χρόνια εκπαίδευσης) και 21,9% από αυτούς είχαν τουλάχιστον ένα μεταπτυχιακό, ενώ το 25,6% είχε επαγγελματικό δίπλωμα από ιδιωτική ή δημόσια σχολή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (74%) προέρχονταν από 17 διαφορετικές κλινικές, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργικών κλινικών. Λιγότεροι συμμετέχοντες απασχολούνται στον διοικητικό τομέα (7,8%), σε εργαστήρια (7,9%), στα επείγοντα (6,2%) και σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία (5,4). Το 88% του δείγματος ανέφερε ότι δεν είχαν εκπαιδευτεί ποτέ ξανά στο παρελθόν σχετικά με την άνοια και το 47,5% των συμμετεχόντων ισχυρίστηκαν ότι είχαν εργαστεί τουλάχιστον μία φορά με ΑμΑ.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην αναφερόμενη γνώση σχετικά με την άνοια, την αυτοπεποίθηση στη παροχή φροντίδας, τη στάση απέναντι στην άνοια και το αυτο-αναφερόμενο άγχος ως χαρακτηριστικό και ως κατάσταση, αμέσως μετά την εκπαίδευση. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι οι μετρήσεις αμέσως μετά την παρέμβαση ενδέχεται να δείχνουν λιγότερο ισχυρές αλλαγές, αντίθετα, οι πολλαπλές μετρήσεις σε βάθος χρόνου αξιολογούν καλύτερα και πιο άμεσα τις πραγματικές αλλαγές (Scerri, Innes, & Scerri, 2019; Schindel Martin et al., 2016). Έτσι, σχετικά με τις συγκρίσεις των μετρήσεων πριν, μετά την εκπαίδευση και 3 μήνες αργότερα, παρατηρήθηκε θετική στάση απέναντι στην άνοια, βελτίωση της αυτοπεποίθησης στη φροντίδα και μείωση του άγχους ως χαρακτηριστικό, τα οποία διατηρήθηκαν όλα στην πάροδο του χρόνου. Το αίσθημα άγχους ως κατάσταση μειώθηκε μόνο μετά την παρέμβαση, αλλά η μείωση δεν διατηρήθηκε στην πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, η βελτίωση της γνώσης σχετικά με την άνοια γενικά διατηρήθηκε με την πάροδο του χρόνου, αλλά παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση μεταξύ της μέτρησης αμέσως μετά την εκπαίδευση και της καθυστερημένης μέτρησης (εκτίμηση 2: εκτίμηση 3). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η γνώση βελτιώνεται μετά την εκπαίδευση αλλά κάποιες από τις γνώσεις χάνονται στην πάροδο του χρόνου.

Το πρόγραμμα αξιολογήθηκε ως εξαιρετικό όσον αφορά την απόδοση της εκπαιδευτριας, το περιεχόμενο, τα εργαλεία και τον τρόπο οργάνωσης, ενώ το φυσικό περιβάλλον όπου πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση αξιολογήθηκε χαμηλότερα. Υπήρξαν πολλά θετικά σχόλια σχετικά με την γενικότερη εκπαιδευτική εμπειρία, επισημαίνοντας τον καινοτόμο, χρήσιμο, δημιουργικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα της εκπαίδευσης μέσω της ομαδικής αλληλεπίδρασης, βίντεο που συμμετείχαν ΑμΑ προβάλλοντας τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων συμπεριφορών, εμπειρείς ενδιαφέροντα θέματα και πολλά παραδείγματα για καλύτερη κατανόηση, εκμάθηση τεχνικών και παροχή εργαλείων. Ωστόσο, ένα ενδιαφέρον εύρημα αφορούσε τις αμφιβολίες ορισμένων συμμετεχόντων σχετικά με το πώς αυτές οι γνώσεις μπορούν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη χρόνου και την έλλειψη προσωπικού στην καθημερινότητα του νοσοκομείου. Λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, είναι γεγονός η έλλειψη οικονομικών πόρων και η κατά συνέπεια σοβαρή έλλειψη προσωπικού, αφού τα νοσοκομεία λειτουργούν με το ένα τρίτο από αυτό



που η National Nurses United ορίζει ότι είναι το χαμηλότερο ασφαλές επίπεδο στελέχωσης (Kalafati, 2012).

Όσον αφορά την ατομική απόδοση, η χρήση τεχνικών επικοινωνίας μέσω ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, η χρήση εργαλείων για την ανίχνευση άνοιας, πόνου και παραληρήματος ή η συλλογή πληροφοριών ασθενών μέσω εργαλείων ήταν οι αλλαγές που αναφέρθηκαν περισσότερο στην κλινική πράξη τρεις μήνες αργότερα. Συγκεκριμένα, η ηρεμία και η καλοσύνη, η φιλική διάθεση / αγγίγματα, οι επαναλήψεις και ο προσανατολισμός στο νοσοκομειακό περιβάλλον ήταν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές επικοινωνίας. Η χρήση φωτογραφιών, η δημιουργία ευχάριστων αναμνήσεων ή η έναρξη συζήτησης για μια αγαπημένη ρουτίνα-δίνοντας χρόνο για απάντηση, η λήψη πληροφοριών από την οικογένεια-ζητώντας τους επίσης να παραμείνουν με τον ασθενή, η χρήση τεχνικών περιποίησης και φαγητού με βάση τις δυνάμεις του ασθενούς και την αντιστάθμιση των απωλειών τους, ήταν οι πιο συχνές προσεγγίσεις με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, οι εξατομικευμένες πρακτικές φροντίδας χρησιμοποιούνται συχνά όταν βελτιώνονται οι γνώσεις και η στάση του προσωπικού (Scerri, Innes, & Scerri, 2020b), εύρημα που είναι σύμφωνο με την τρέχουσα μελέτη. Ωστόσο, χωρίς αλλαγές σε επίπεδο οργανισμού (κουλτούρα φροντίδας που δίνουν προτεραιότητα σε ρουτίνα και σωματική υγεία), το προσωπικό του νοσοκομείου συχνά δεν είναι σε θέση να παρέχει ανθρωποκεντρική προσέγγιση ακόμη και όταν έχει την εμπειρία και τη γνώση να το πράξει (Gwernan-Jones et al., 2020). Έτσι, εκτός από τον περιορισμένο χρόνο, το περιορισμένο προσωπικό και τους λίγους οικονομικούς πόρους, ο απρόβλεπτος χαρακτήρας του φόρτου εργασίας στην νοσοκομειακή φροντίδα φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο για βιώσιμες αλλαγές (Chenoweth, Jeon, Merlyn, & Brodaty, 2010; Hignett et al., 2018). Όσον αφορά το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών ενοτήτων, η «Κατανόηση και αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών», η «Επικοινωνία» και η «Φροντίδα της άνοιας – πρακτικές σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής», αναφέρθηκαν ως οι πιο χρήσιμες ενότητες, ένα εύρημα που είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα άλλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Gkioka, Schneider et al., 2020; Schneider et al., 2019). Σύμφωνα με τα σχόλια των άλλων συμμετεχόντων, αν επαναλαμβανόταν η εκπαίδευση θα πρόσθεταν κάποια στοιχεία σχετικά με το υλικό του προγράμματος, όπως περισσότερα βίντεο με ΑμΑ, κατά προτίμηση προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα, περισσότερα σενάρια, παιχνίδι ρόλων και περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το θεωρητικό υπόβαθρο της άνοιας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένοι συμμετέχοντες πρότειναν να ενσωματώσουν τους οικογενειακούς περιθάλποντες στη φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και πρότειναν επιπλέον τη συμμετοχή στην εκπαίδευση, μιας ομάδας ΑμΑ, στοιχεία τα οποία συμβαδίζουν με τις πρακτικές άλλων μελετών μέσω μιας «ολιστικής προσέγγισης» (Adams, 2008) που συνδέει όλα τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα – ΑμΑ μαζί με τις οικογένειές τους (Banks et al., 2014; Jack-Waugh, Ritchie, & MacRae, 2018; Scerri et al., 2019). Ένα ολοκληρωμένο δίκτυο περιθαλπόντων που να εποπτεύεται από έναν επαγγελματία υγείας είναι απαραίτητο για να επιτρέψει στους οικογενειακούς περιθάλποντες να μοιράζονται εμπειρίες και να ενισχύουν την κοινωνική υποστήριξη (Xiao et al., 2020). Η διάρκεια της εκπαίδευσης σχολιάστηκε επίσης από τους συμμετέχοντες, ωστόσο, > 8 ώρες συνολικής διάρκειας φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική διάρκεια σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία (Surr et al., 2017).

## **Συμπεράσματα**

Συνοψίζοντας, η επιτυχία ενός προγράμματος εκπαίδευσης εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να εφαρμόσει τη μάθηση στην κλινική πράξη μέσω της αλλαγής συμπεριφοράς (Scerri, Innes, & Scerri, 2020a). Ωστόσο, η βιωσιμότητα των καλών αποτελεσμάτων ή των αλλαγών στην ατομική συμπεριφορά είναι κάτι περισσότερο από μια καλή εφαρμογή.

Έτσι, οι αλλαγές σε επίπεδο οργανισμού, ο επαναπροσδιορισμός των νοσοκομειακών στρατηγικών και ο μετασχηματισμός της κουλτούρας φροντίδας είναι απαραίτητα για την βιωσιμότητα των αποτελεσμάτων μάθησης στην πάροδο του χρόνου. Συγκεκριμένα, υποστηρικτικοί διευθυντές/προϊστάμενοι ή υποστηρικτικές συνθήκες στο πλαίσιο ισχυρής ηγεσίας, πρωτοβουλίες, ομαδική εργασία και συνεχής δράση, και η διαμόρφωση του περιβάλλοντος κλινικών- ώστε να είναι πιο φιλικό σε ΑμΑ, είναι οι πιο πολύτιμοι παράγοντες (Hunter et al., 2019; Scerri et al., 2020a; Surr, Sass et al., 2020). Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα αντικειμενικά εμπόδια που καθιστούν τις αλλαγές δύσκολες, όπως η γραφειοκρατία (Hignett et al., 2018), η κουλτούρα ιεραρχίας που επικεντρώνεται στην εσωτερική σταθερότητα, σε μοντέλα εργασίας ανθεκτικά στην ευελιξία, (Drumm, 2012) και στην έλλειψη πόρων (χρόνος, χρήμα, προσωπικό και περιβάλλον) (Surr, Parveen et al., 2020; Surr, Sass et al., 2020). Ανεξάρτητα από το πόσο καλή είναι η εκπαίδευση, χωρίς την συνέχειά της σε υπηρεσίες και χωρίς μετασχηματισμούς στο νοσοκομείο, οι αλλαγές που θα επιτευχθούν είναι βραχυπρόθεσμες (Banks et al., 2014). Η πολυπλοκότητα της βελτίωσης της περίθαλψης της άνοιας στα νοσοκομεία δείχνει ότι απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση στο ίδιο το σύστημα (Scerri et al., 2020a).

## Βιβλιογραφία

- Adams, T. (2008). Nursing people with dementia and their family members - Towards a whole systems approach. In T. Adams (Ed.), *Dementia care nursing: Promoting well-being in people with dementia and their families* (pp. 105-126). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Alzheimer's Disease International (2015). Train the trainers. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/train-the-trainers>
- Banks, P., Waugh, A., Henderson, J., Sharp, B., Brown, M., Oliver, J., & Marland, G. (2014). Enriching the care of patients with dementia in acute settings? The Dementia Champions Programme in Scotland. *Dementia (London, England)*, *13*(6), 717-736. <https://doi.org/10.1177/1471301213485084>
- Chenoweth, L., Jeon, Y.-H., Merlyn, T., & Brodaty, H. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(1-2), 156-167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02955.x>
- Dewing, J., & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London, England)*, *15*(1), 106-124. <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>
- Drumm, M. (2012). Culture change in the public sector. Retrieved from <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-17.pdf>
- Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., Keady, J. (2014). 'getting to Know Me': The development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*, *18*(4), 481-488. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856860>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Gkioka, M., Schneider, J., Kruse, A., Tsolaki, M., Moraitou, D., & Teichmann, B. (2020). Evaluation and Effectiveness of Dementia Staff Training Programs in General Hospital Settings: A Narrative Synthesis with Holton's Three-Level Model Applied. *Journal of*

- Alzheimer's Disease*, 78, 1089-1108. <https://doi.org/10.3233/JAD-200741>
- Gkioka, M., Tsolaki, M., Papagianopoulos, S., Teichmann, B., & Moraitou, D. (2020). Psychometric properties of dementia attitudes scale, dementia knowledge assessment tool 2 and confidence in dementia scale in a Greek sample. *Nursing Open*, 7(5), 1623-1633. <https://doi.org/10.1002/nop2.546>
- Gwernan-Jones, R., Abbott, R., Lourida, I., Rogers, M., Green, C., Ball, S., Thompson Coon, J. (2020). The experiences of hospital staff who provide care for people living with dementia: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Older People Nurs*, e12325. <https://doi.org/10.1111/opn.12325>
- Hignett, S., Lang, A., Pickup, L., Ives, C., Fray, M., McKeown, C., Bowie, P. (2018). More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics*, 61(1), 5-14. <https://doi.org/10.1080/00140139.2016.1245446>
- Hunter, K. F., Dahlke, S., Negrin, K., Kalogirou, M. R., Fox, M., Antonio, N., Wagg, A. (2019). The feasibility of implementing education on older person care to practice on medical units: Nurses' perceptions and the influence of practice context. *Int J Older People Nurs*, 14(4), e12265. <https://doi.org/10.1111/opn.12265>
- Jack-Waugh, A., Ritchie, L., & MacRae, R. (2018). Assessing the educational impact of the dementia champions programme in Scotland: Implications for evaluating professional dementia education. *Nurse Education Today*, 71, 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.019>
- Kalafati, M. (2012). How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(3), 26-27. <https://doi.org/10.7748/en2012.06.20.3.26.c9154>
- Low L-F, Gomes L, Brodaty H. (2008). Australian Dementia Research: current status, future directions?
- Mondschein, C. F., & Monda, C. (2019). The EU's General Data Protection Regulation (GDPR) in a Research Context. In P. Kubben, M. Dumontier, & A. Dekker (Eds.), *Fundamentals of Clinical Data Science* (pp. 55-71). Cham (CH). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99713-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99713-1_5)
- O'Connor, M. L., McFadden, S. H., & Debanne, S. M. (2010). Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 454218. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2019). Using appreciative inquiry to implement person-centred dementia care in hospital wards. *Dementia (London, England)*, 18(1), 190-209. <https://doi.org/10.1177/1471301216663953>
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2020a). Dementia care in acute hospitals-A qualitative study on nurse managers' perceived challenges and solutions. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 399-406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12941>
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2020b). Person-centered dementia care in acute hospital wards-The influence of staff knowledge and attitudes. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 41(3), 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.001>
- Schindel Martin, L., Gillies, L., Coker, E., Pizzacalla, A., Montemuro, M., Suva, G., & McLelland, V. (2016). An education intervention to enhance staff self-efficacy to provide dementia care in an acute care hospital in Canada: A nonrandomized controlled study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 664-677. <https://doi.org/10.1177/1533317516668574>
- Schneider, J., Gkioka, M., Papagiannopoulos, S., Moraitou, D., Metz, B., Tsolaki, M., Teichmann, B. (2019). Expectations of nursing

- personnel and physicians on dementia training: A descriptive survey in general hospitals in Germany and Greece. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 52(4), 249-257. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01625-0>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Surr, C. A., Gates, C., Irving, D., Oyeboode, J., Smith, S. J., Parveen, S., Dennison, A. (2017). Effective dementia education and training for the health and social care workforce: A systematic review of the literature. *Review of Educational Research*, 87(5), 966-1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>
- Surr, C. A., Parveen, S., Smith, S. J., Drury, M., Sass, C., Burden, S., & Oyeboode, J. (2020). The barriers and facilitators to implementing dementia education and training in health and social care services: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 512. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05382-4>
- Surr, C. A., Sass, C., Burnley, N., Drury, M., Smith, S. J., Parveen, S., Oyeboode, J. (2020). Components of impactful dementia training for general hospital staff: A collective case study. *Aging & Mental Health*, 24(3), 511-521. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531382>
- Toye, C., Lester, L., Popescu, A., McInerney, F., Andrews, S., & Robinson, A. L. (2014). Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia (London, England)*, 13(2), 248-256. <https://doi.org/10.1177/1471301212471960>
- Xiao, L. D., McKechnie, S., Jeffers, L., Bellis, A. de, Beattie, E., Low, L.-F., Pot, A. M. (2020). Stakeholders' perspectives on adapting the World Health Organization iSupport for Dementia in Australia. *Dementia (London, England)*, 1471301220954675. <https://doi.org/10.1177/1471301220954675>
- Yada, H., Abe, H., Lu, X., Wakizaki, Y., Omori, H., Matsuo, H., . . . Katoh, T. (2014). Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 19(6), 436-443. <https://doi.org/10.1007/s12199-014-0414-6>