

Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Πιλοτική μελέτη

Τζιαφέρη Στυλιανή¹, Χανιά Μαρία², Σακελλάρη Ευανθία³

1 Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

2 Τομεάρχης Ν.Υ. Γ. Ν. Σπάρτης

3 Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Αθηνών Τμήμα Επισκεπτών Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η φροντίδα του ηλικιωμένου εμπεριέχει την ανάγκη ανάπτυξης καλύτερης συνεργασίας με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους καθώς και σύγχρονων μεθόδων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων που διαβιούν.

Σκοπός: η εκτίμηση της συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών μελετώντας πιλοτικά ένα εργαλείο που φτιάχτηκε για αυτό τον σκοπό.

Υλικό Μέθοδος: στην παρούσα προοπτική, περιγραφική μελέτη 111 συγγενείς ηλικιωμένων ασθενών άνω των 65, σε γενικό νοσοκομείο συμπλήρωσαν, σε χρονικό διάστημα πέντε μηνών, την Κλίμακα Συνεργασίας με την Οικογένεια (Family Collaboration Scale –FCS36) που καλύπτει τις ακόλουθες διαστάσεις: Επιρροή στη λήψη αποφάσεων, Εμπιστοσύνη και οι προϋποθέσεις της, Ποιότητα επαφής, Επίπεδο πληροφόρησης, Επιρροή στην αλλαγή.

Αποτελέσματα: Η παραγοντική ανάλυση υπέδειξε πέντε παράγοντες. Το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης που εξηγείτο από τους πέντε παράγοντες ήταν 48,4%. Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's α βρέθηκε σε όλους τους παράγοντες καθώς οι δείκτες κυμαίνονται από 0,71 για την Εμπιστοσύνη έως 0,91 για την Επιρροή στις αποφάσεις που είναι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7). Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικοί υποδεικνύοντας καλή εγκυρότητα δομής. Το ερωτηματολόγιο βρέθηκε να έχει καλή διακριτική ικανότητα καθώς όλοι οι παράγοντες βρέθηκε να διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης.

Συμπεράσματα: Η συνεργασία ορίζεται ως μία διαδικασία όπου δύο άνθρωποι ή περισσότεροι «δουλεύουν μαζί για να δημιουργήσουν ή να επιτύχουν το ίδιο πράγμα», που στην παρούσα μελέτη είναι η επιτυχημένη φροντίδα του ηλικιωμένου. Η προαναφερόμενη κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια βρέθηκε κατάλληλη και εφαρμόσιμη στην Ελλάδα, διαθέτοντας έτσι, ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της οικογενειακής φροντίδας και την καθοδήγηση της πρακτικής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού σήμερα αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα των κοινωνιών. Η πρόοδος της επιστήμης και η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, της διατροφής και της υγείας είχαν ως αποτέλεσμα την προσθήκη 20 ετών στη μέση διάρκεια ζωής σε παγκόσμια κλίμακα τα τελευταία πενήντα χρόνια (1950–2000), ενώ αναμένεται περαιτέρω αύξηση αν εξακολουθήσουν οι παρούσες δημογραφικές τάσεις.

Τη δημογραφική γήρανση ακολούθησε και ο πληθυσμός της Ελλάδας (ΕΣΥΕ 2007, UN 2002). Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών στην Ελλάδα το 2001, όπως παρουσίασε στην καταγραφή του πληθυσμού η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ), ήταν 16,71%. Μέχρι το έτος 2025 το ποσοστό των ηλικιωμένων αναμένεται να αυξηθεί σε 23,12%. Επομένως, ο πληθυσμός θα εξακολουθήσει να γηράσκει, ενώ ταυτόχρονα αναμένεται να αρχίσει να μειώνεται, αφού παρατηρείται συνεχής μείωση της αναπαραγωγής του πληθυσμού (Λαμπρινού 2007).

Η γήρανση του πληθυσμού, οι αντιλήψεις για τη γήρανση και η αύξηση του κόστους έχουν επηρεάσει σημαντικά τα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας (Thegarne 1990, Drennan και συν 2004). Στα υπάρχοντα συστήματα φροντίδας υγείας, οι αδύναμοι ηλικιωμένοι λαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη από τους συγγενείς τους, όπως οι σύζυγοι, τα παιδιά, τα εγγόνια, τα αδέρφια, τους φίλους και τους γείτονες και διεξοδική έρευνα έχει εξετάσει το ρόλο τους και τις συνέπειες (Bowers 1988, Brody EM 1990, Nolan και συν 1995). Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έχει επικεντρωθεί στο άγχος που σχετίζεται με το ρόλο του φροντιστή και την ανάγκη των συγγενών για υποστήριξη με αποτέλεσμα οι συγγενείς να μην παίζουν μόνο το ρόλο του φροντιστή, αλλά και αυτού που χρειάζεται φροντίδα (Nolan και συν 1995, Lundh και Nolan 1996). Ωστόσο, οι συγγενείς μπορούν να είναι επαρκείς και σημαντικοί συνεργάτες για το νοσηλευτικό προσωπικό, ακόμη και στην περίπτωση οξείας νοσηλείας σε νοσοκομειακές μονάδες. Η γνώση τους περί της υγείας του ασθενή και των λειτουργικών τους προβλημάτων μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία. Επιπρόσθετα, η συνεργασία νοσηλευτή-συγγενή, υπό όρους συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και στην ανταλλαγή γνώσης και πληροφορίας, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας, όταν αφορά σε αδύναμους και ευάλωτους ασθενείς,

οι οποίοι μπορεί να είναι ανήμποροι ή απρόθυμοι στο να συμμετέχουν σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων εντός του νοσοκομείου. Βέβαια, δεν είναι όλες οι σχέσεις οικογενειών καλές, θετικές και εποικοδομητικές, και υπάρχουν και ηλικιωμένοι που δύναται να εκφράσουν οι ίδιοι τις ανάγκες της υγείας τους και να αποφασίσουν σχετικά οι ίδιοι.

Η αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων έχει προταθεί ως ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση που μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των υποτροπών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Willison και Andrews 2005). Η αυτοδιαχείριση αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα συμπτώματά του, τη θεραπεία του, τις συνέπειες της νόσου και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που επιβάλλει η χρόνια νόσος (Barlow και συν 2002). Επίσης, περιλαμβάνει και τη διαχείριση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας νόσου (Newman και συν, 2004). Η εκπαίδευση των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της νόσου αποσκοπεί στην παροχή δεξιοτήτων ώστε να αυξηθεί η αυτοπάρκειά τους, δηλαδή η εμπιστοσύνη των ατόμων στην ικανότητά τους να πετύχουν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα (Bodenheimer και συν 2002, Lorig 2003). Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση διαφέρει από την παραδοσιακή έννοια της εκπαίδευσης ασθενών (patient education) λόγω του ότι είναι ευρύτερη και επειδή επιδιώκει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου (Σταθοπούλου και Κουλούρη, 2010).

Οι συγγενείς εμπλέκονται, λοιπόν συχνά στη φροντίδα και λήψη αποφάσεων που γι' αυτό αποτελούν σημαντικούς συνεργάτες των νοσηλευτών. Όπου η ανάμειξη των συγγενών δεν υφίσταται, ο ρόλος των νοσηλευτών μπορεί να συμβάλει στο να συμβεί κάτι τέτοιο. Ο τελευταίος έχει ερευνηθεί ελάχιστα και κυρίως από την πλευρά των νοσηλευτών. Επίσης, υπάρχει και έλλειψη εργαλείων που μετρούν τη συνεργασία, των προϋποθέσεων και πιθανών αποτελεσμάτων της.

Οι λίγες μελέτες που σχετίζονται με ηλικιωμένους σε υπηρεσίες υγείας οξείας νοσηλείας έχουν επικεντρωθεί στην ανάμειξη των συγγενών, που σημαίνει τη λήψη δράσεων φροντίδας παρά την ανάμειξή τους ως συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων (Laitinen 1992, Latinen και Isola 1996, Li και συν 2000). Αυτές οι μελέτες φαίνεται να βασίζονται στην υπόθεση ότι οι συγγενείς των ηλικιωμένων ασθενών επιθυμούν να παρέχουν φροντίδα στο νοσοκομείο. Ωστόσο, οι συγγενείς μπορεί να μην επιθυμούν να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες φροντίδας αν και συνεχίζουν

να αισθάνονται υπεύθυνοι για την ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα (Li και συν 2000, Allen 2000) και γι' αυτό πιθανώς να θέλουν να εμπλακούν στη λήψη αποφάσεων. Επίσης, η εμπιστοσύνη μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο συνεργασίας καθώς και συνέπειας για την ικανοποίηση των συγγενών και την εκτίμηση της φροντίδας. Αυτό, ωστόσο, χρειάζεται να ερευνηθεί αναφορικά με τους συγγενείς των ηλικιωμένων ασθενών σε μονάδες οξείας νοσηλείας. Η βιβλιογραφία που αναφέρεται στην ικανοποίηση των συγγενών ευαίσθητων και ανήμπορων ηλικιωμένων επικεντρώνεται κυρίως στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχονται και στην υποστήριξη που λαμβάνει ο συγγενής, με το περιεχόμενο αυτών να είναι η κοινοτική ή μακροχρόνια φροντίδα (Savard και συν 2006, Durand και συν 1995). Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την ικανοποίηση σπανίως έχουν εξεταστεί.

Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς (Lindhardt και συν 2008) είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Allen 2000, Li και συν 2000). Επίσης γνωρίζουν την αξία του σχεδιασμού της φροντίδας των ασθενών που αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους χωρίς αυτούς (Harvath και συν 1994, Leahey και συν 1995). Αν δεν συμμετέχουν ενεργά ως συνεργάτες, η ποιότητα φροντίδας και θεραπείας μειώνεται επίσης, παρέχουν εκτενή ανεπίσημη φροντίδα (Lindhardt και συν 2006). Δύο είδη συγκρουόμενων συμπεριφορών των νοσηλευτών επικρατούν: ιδεολογική και πρακτική, με τη δεύτερη να καθορίζει τη συμπεριφορά. Σχεδιασμένη και δομημένη διαδικασία συνεργασίας δεν υπάρχει. Οι νοσηλευτές φαίνεται να αποφεύγουν τους συγγενείς και ισχύει ένας άγραφος κώδικας του ρόλου των συγγενών. Η συνεργασία σε επίπεδο αποφάσεων ανταλλαγής γνώσης και συμφωνίας στον ορισμό της κατάστασης ασθενούς είναι φτωχή (Lindhardt και συν 2008).

Αν και η ανάμειξη των συγγενών έχει ερευνηθεί ως ένα σημείο σε κατ' οίκον υπηρεσίες, (Laitinen 1992, Laitinen & Isola 1996, Li 2002) και σε «οίκους νοσηλείας» (nursing homes) (Bowers 1988, Hertzberg και συν 2003), λίγες μελέτες εστιάζουν σε υπηρεσίες οξείας νοσηλείας και επικεντρώνονται στην ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα που παρέχεται από συγγενείς (Eriksson και Lauri 2000b, Allen 2000, Li και συν 2000, Lindhardt και συν 2006, Casey 1995, Glasdam 2002, Sharp 1990) παρά στη συμμετοχή τους ως συνεργάτες στο σχεδιασμό της φροντίδας. Επίσης, απαιτείται και καλλιέργεια της γνώσης της συνεργασίας μεταξύ ασθενών και προσωπικού φροντίδας υγείας σε επίπεδο οξείας φροντίδας.

Αν και οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και οι αποστάσεις μεταξύ τους είναι σχετικά μικρές, ο ρόλος των μελών της οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να διαφέρει σε διαφορετικές χώρες αναλόγως του συστήματος υγείας, των οικογενειακών σχέσεων και της κουλτούρας. Πώς αυτό επηρεάζει την ανάμειξή τους στη λήψη αποφάσεων κατά την ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη και πώς εκλαμβάνουν οι συγγενείς τη συνεργασία με το προσωπικό δεν έχει ακόμη ερευνηθεί. Υπάρχει διεθνώς έλλειψη έγκυρων και εύχρηστων εργαλείων για την αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ συγγενών και προσωπικού υγείας. Η κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια (Family Collaboration Scale- FCS36) αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση, από τη πλευρά των συγγενών, της συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών σε μονάδες βραχείας νοσηλείας. Δοκιμάστηκε και βρέθηκε έγκυρη και αξιόπιστη, αρχικά στη Δανική γλώσσα, ενώ έχει σταθμιστεί στη Σουηδική και στην Αγγλική.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη αναφέρεται στο πρώτο στάδιο μίας ερευνητικής προσπάθειας μίας ομάδας αποφοίτων Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Νοσηλευτικής Επιστήμης (EANS) εκπροσώπων 10 κρατών: Ελλάδα, Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Πορτογαλία, Ολλανδία, Λιθουανία, Σουηδία, Νορβηγία και Δανία και λαμβάνει χώρα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, θέλοντας να εκτιμήσει αυτή ακριβώς τη συνεργασία μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών κάνοντας χρήση του εργαλείου που φτιάχτηκε για αυτό το σκοπό.

Σκοπός

Σκοποί της διακρατικής έρευνας είναι να: περιγράψει και να συγκρίνει τη συνεισφορά /εμπλοκή του συγγενή σε ανεπίσημη παροχή φροντίδας υγείας σε αστικό πληθυσμό. Επίσης να περιγράψει και να συγκρίνει την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των συγγενών κατά τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές σε μονάδες οξείας νοσηλείας σε αστικά νοσοκομεία ή ανάλογες δομές που υπάρχουν σε κάθε χώρα. Να δοκιμάσει την αναθεωρημένη έκδοση του εργαλείου FCS36 για δυνατή εφαρμογή, διαστατικότητα, στάθμιση, αξιοπιστία και εγκυρότητα μεταξύ των 10 κρατών. Στα πλαίσια της παρούσας πιλοτικής μελέτης η Κλίμακα FCS36 θα δοκιμαστεί για τον έλεγχο εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα.

Υλικό - Μέθοδος

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης στα πλαίσια της οποίας η

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N (%)
Ηλικία, μέση τιμή (SD)	45,2 (13,3)
Φύλο	
Άντρες	26 (23,9)
Γυναίκες	83 (76,1)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμοι	67 (61,5)
Άγαμοι	32 (29,4)
Χήροι	10 (9,2)
Ποία η σχέση σας με τον ηλικιωμένο συγγενή σας;	
Σύζυγος	15 (13,6)
Παιδί	52 (47,3)
Γαμπρός/ νύφη	15 (13,6)
Αδερφός/η	5 (4,5)
Εγγονός/ή	8 (7,3)
Ανηψιός/ά	5 (4,5)
Γείτονας	1 (0,9)
Φίλος	6 (5,5)
Άλλο	3 (2,7)
Μένετε μαζί με τον ηλικιωμένο;	
Ναι	42 (37,8)
Όχι	69 (62,2)
Αν όχι, πόσο μακριά μένετε από τον ηλικιωμένο συγγενή σας;	
<10 χλμ	31 (47)
10-19 χλμ	8 (12,1)
20-49 χλμ	12 (18,2)
50-100 χλμ	4 (6,1)
> 100 χλμ	11 (16,7)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Δημοτικό / γυμνάσιο	28 (25,2)
Λύκειο	43 (38,7)
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	40 (36)
Έχετε εκπαιδευτεί σε θέματα υγείας;	
Ναι	31 (27,9)
Όχι	80 (72,1)
Εργάζεστε	
Ναι	69 (63,9)
Όχι	39 (36,1)
Αν ναι	
Πλήρης	53 (84,1)
Ημιαπασχόληση	10 (15,9)
Έχετε παιδιά τα οποία μένουν σε σας;	
Ναι	51 (47,7)
Όχι	56 (52,3)

Κλίμακα FSC36 διανεμήθηκε σε δείγμα ευκολίας 111 συγγενών ασθενών που προσήλθαν σε νοσηλευτικό ίδρυμα της Περιφέρειας Πελοποννήσου από τον Ιούνιο ως τον Σεπτέμβριο του 2012. Άδεια για τη διεξαγωγή της μελέτης και πρόσβαση στους συγγενείς των ασθενών δόθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Οι συγγενείς πληροφορούνταν προφορικά για τον σκοπό της μελέτης από τις ερευνήτριες και διαβεβαιώνονταν για το εθελοντικό της συμμετοχής. Μετά από άδεια των συγγραφέων πραγματοποιήθηκε μετάφραση της Κλίμακας του ερωτηματολογίου από τη δανική στην ελληνική γλώσσα, αντίστροφη μετάφραση και έλεγχος από ομάδα ειδικών. Η κλίμακα καλύπτει τις ακόλουθες διαστάσεις:

1. Επιρροή στη λήψη αποφάσεων,
2. Εμπιστοσύνη και οι προϋποθέσεις της,
3. Ποιότητα επαφής,
4. Επίπεδο πληροφόρησης,
5. Επιρροή στην αλλαγή.

Εμπεριέχει 27 αυτό-συμπληρούμενες τύπου Likert δηλώσεις και 9 κατηγορικές μεταβλητές, με όλες να καλύπτουν τέσσερις περιοχές συνεργασίας: α) χαρακτηριστικά: επιρροή στη λήψη αποφάσεων, ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσεων, διαπραγμάτευση αποφάσεων, ρόλων και δραστηριοτήτων, β) προϋποθέσεις συνεργασίας – επαφών, επικοινωνίας με νοσηλευτές (π.χ. συχνότητα και ποιότητα, προσέγγιση αυτών, πρόκληση και ακρόασή τους) & ποιότητας σχέσης με νοσηλευτές (π.χ. εμπιστοσύνη, σεβασμός, κατανόηση), γ) αποτέλεσμα συνεργασίας: ικανοποίηση, συμφωνία με τον ορισμό της κατάστασης ασθενούς και αναγκών του, επίπεδο πληροφόρησης, επιτυχής πορεία νόσου, δ) εμπόδια και προαγωγή συνεργασίας (προηγούμενη εμπειρία, συμπεριφορά προσωπικού, οργάνωση φροντίδας, φόρτος εργασίας, φυσικό περιβάλλον και πολιτική επισκέψεων).

Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές συχνότητες (%) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση "factor analysis" (Rotation Method: varimax). Οι επιβαρύνσεις των ερωτήσεων έγιναν δεκτές εφόσον είχαν τιμή πάνω από 0,4. Για τις ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων. Η συνολική βαθμολογία για κάθε παράγοντα μετατράπηκε σε κλίμακα από 0 έως 100 και μεγαλύτερες

Πίνακας 2. Φορτίσεις των παραγόντων όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

	Επιρροή στις αποφάσεις	Επίπεδο πληροφόρησης	Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	Εμπιστοσύνη
Ενημερώθηκα καλά για: την ασθένεια του ηλικιωμένου συγγενή μου		0,65			
Ενημερώθηκα καλά για: την ανάγκη του ηλικιωμένου συγγενή μου από νοσηλεία		0,68			
Ενημερώθηκα καλά για: τα σχέδια κατά την έξοδο		0,80			
Ενημερώθηκα καλά για: πως να βοηθήσω τον συγγενή μου στο μέλλον με τον καλύτερο τρόπο		0,73			
Ήμουν σίγουρος/ή στο ότι ο ηλικιωμένος συγγενής μου έλαβε την απαραίτητη φροντίδα κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο		0,67			
Περίπου πόσο συχνά είχατε επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας		0,53			
Πόσο συχνά ήταν με δική σας πρωτοβουλία η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό;		0,40			
Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετώπιζε τους ασθενείς με σεβασμό		0,43			
Είχα την εντύπωση, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό		0,46			
Ήμουν σύμφωνη με τις οδηγίες για μετά από το εξιτήριο		0,42			
Κατά την γνώμη μου το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μεγάλο φόρτο εργασίας				0,44	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν ευρύχωρο				0,81	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν καθαρό				0,80	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν τακτοποιημένο				0,77	
Υπήρχε πιθανότητα για ιδιωτικό χώρο				0,52	
Το φυσικό περιβάλλον επηρέασε τη συνολική μου εμπειρία κατά τη νοσηλεία				0,50	
Πάρα πολλά διαφορετικά άτομα συμμετείχαν στη νοσηλεία του ηλικιωμένου συγγενή μου	0,42				
Το νοσηλευτικό προσωπικό με ρώτησε για το τι γνώριζω για την κατάσταση του ηλικιωμένου συγγενή μου	0,56				
Οι γνώσεις μου σχετικά με τον ηλικιωμένο συγγενή μου χρησιμοποιήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό	0,63				
Το νοσηλευτικό προσωπικό με ρώτησε για τις απόψεις μου σχετικά με αποφάσεις που έπρεπε να ληφθούν	0,73				
Ενημερωθίμου για τις αποφάσεις, οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη θεραπεία	0,63				

Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη φροντίδα	0,63
Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με το εξιτήριο	0,49
Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τις οδηγίες για μετά το εξιτήριο	0,52
Μπορούσα να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη θεραπεία	0,79
Μπορούσα να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη φροντίδα	0,70
Μπορούσα να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με το εξιτήριο	0,75
Μπορούσα να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τις οδηγίες για μετά το εξιτήριο	0,68
το νοσηλευτικό προσωπικό και εγώ συμφωνήσαμε σε ότι έπρεπε να γίνει με τον ηλικιωμένο συγγενή μου	0,54
Ήμουν ικανοποιημένος/η με τον βαθμό επιφοχής που είχα	0,63
Ήταν εύκολο να βρω μια νοσηλεύτρια η οποία γνώριζε τον συγγενή μου τηλεφωνικά	0,50
Ήταν εύκολο να βρω μια νοσηλεύτρια η οποία γνώριζε τον συγγενή μου προσωπικά	0,45
Το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρινόταν όταν απευθυνόμουν σε αυτό	
Το πρόβλημα το οποίο οδήγησε στην εισαγωγή του ηλικιωμένου συγγενή μου αντιμετωπίστηκε κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο;	0,42
Το νοσηλευτικό προσωπικό είχε χρόνο να μου μιλήσει	0,43
Από την εμπειρία μου μπορούσα άνετα να εκφράσω τα αισθήματά μου	0,71
Από την εμπειρία μου μπορούσα άνετα να εκφράσω κριτική	0,69
Από την εμπειρία μου το νοσηλευτικό προσωπικό κατάλαβε την θέση μου ως συγγενή	0,45
Είμαι ικανοποιημένος με την επικοινωνία που είχα με το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τη διάρκεια	0,72
Είμαι ικανοποιημένος με την επικοινωνία που είχα με το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την ποιότητα	0,66
Κατά τη γνώμη μου, ο ηλικιωμένος συγγενής μου, πήρε εξιτήριο	0,42
Κατά αυτή την παραμονή στο νοσοκομείο αντιμετώπισα τα παρακάτω	0,65
Σε προηγούμενες παραμονές/επαφές με το υπηρεσίες υγείας αντιμετώπισα τα παρακάτω	0,75
Έπρεπε να προσέξω, ο ηλικιωμένος συγγενής μου να λάβει την φροντίδα που χρειαζόταν	0,42
Πέρασα περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο, από ότι είχα σχεδιάσει	0,41
Ήταν δική μου ευθύνη να προσέξω τις ανάγκες του συγγενή μου, σχετικά με τις προετοιμασίες μετά από το εξιτήριο	0,47
Κατά τη γνώμη μου ο ηλικιωμένος συγγενής μου δεν ήταν πάντα ρεαλιστής στην αξιολόγηση της κατάστασής του/της	0,52

Πίνακας 3. Μέσες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's α των διαστάσεων του ερωτηματολογίου

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's α
Επιρροή στις αποφάσεις	20,39	89,32	59,25	15,77	0,91
Επίπεδο πληροφόρησης	25,58	81,40	42,76	13,12	0,83
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	20,00	86,67	38,98	12,49	0,81
Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	29,17	91,67	58,86	16,42	0,83
Εμπιστοσύνη	9,09	57,58	31,13	11,10	0,71

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου

	Επίπεδο πληροφόρησης	Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	Εμπιστοσύνη
Επιρροή στις αποφάσεις	0,42***	0,52***	0,63***	0,27**
Επίπεδο πληροφόρησης		0,56***	0,21*	0,07
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό			0,35***	0,07
Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον				0,24*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

τιμές δηλώνουν χειρότερο αποτέλεσμα. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων των παραγόντων της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α . Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα δομής του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση. Η διακριτική ικανότητα του ερωτηματολογίου διερευνήθηκε συγκρίνοντας τους παράγοντες με τις απαντήσεις τους σχετικά με την ικανοποίηση από τη νοσηλεία με Student's t-test και οι ερωτήσεις αυτές σχετικές με την ικανοποίηση δεν μπήκαν στην διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 111 άτομα με μέση ηλικία τα 45,2 έτη (SD=13,3 έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με το ποσοστό να φτάνει το 76,1% (Πίνακας 1). Το 61,5%

των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι. Επίσης, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν τα παιδιά των ηλικιωμένων ασθενών με το ποσοστό να φτάνει το 47,3%. Το 62,2% των συνοδών δεν μένουν μαζί με τους ασθενείς αλλά οι περισσότεροι από αυτούς μένουν σε κοντινή περιοχή. Το 38,7% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 27,9% είχε εκπαιδευτεί σε θέματα υγείας. Ακόμα, το 63,9% των συμμετεχόντων εργάζονται και μάλιστα το 84,1% με πλήρη απασχόληση. Το 47,7% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά που έμεναν μαζί τους.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης η οποία υπέδειξε πέντε παράγοντες όπως και σε προηγούμενη μελέτη. Το ποσοστό της συνολική διακύμανσης που εξηγείται από τους πέντε παράγοντες ήταν 48,4%. Η ερώτηση «Επιθυμούσα να μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν για τον ηλικιωμένο συγγενή μου» καθώς και η ερώτηση «Γνώριζα τις ώρες επισκεπτηρίου του τμήματος» δεν ομαδοποιήθηκαν σε κανένα παράγοντα και είχαν επιβάρυνση με τιμή $< 0,3$. Ο πρώ-

Πίνακας 5. Μέσες τιμές των παραγόντων ανάλογα με την ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία του συγγενή τους.

Είμαι ικανοποιημένος/η με τη συνολική νοσηλεία του ηλικιωμένου συγγενή μου στο νοσοκομείο:	Επιτροπή		Επίπεδο πληροφόρησης		Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό		Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον		Εμπιστοσύνη	
	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD) ή P*	
Κατά την εισαγωγή										
σε υψηλό βαθμό	55,9 (16,8)	0,034	40,4 (13,5)	0,007	35,2 (11,1)	0,001	54,8 (15)	0,033	30,1 (11)	0,184
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	62,8 (14,1)		47,6 (11,8)		43,8 (12,8)		61,6 (16,4)		33,1 (11,6)	
Κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου										
σε υψηλό βαθμό	55,7 (16,8)	0,109	37,1 (10,7)	<0,001	35 (9,9)	<0,001	58,8 (17,9)	0,731	30 (9,4)	0,001
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	61,2 (12,8)		49,5 (11,8)		44,2 (12,7)		57,5 (14,8)		37,7 (11,5)	
Κατά το εξιτήριο										
σε υψηλό βαθμό	54,8 (16,7)	0,117	38,3 (11,9)	0,001	34,9 (10)	0,001	57,1 (17)	0,968	29,8 (9,7)	<0,001
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	60,5 (14)		47,8 (11,9)		43,7 (13,1)		56,9 (15,4)		38,2 (11)	

*Student's t-test

↑ υψηλότερες τιμές δηλώνουν χειρότερο αποτέλεσμα

τος παράγοντας αποδόθηκε ως «Επιρροή στις αποφάσεις» και επεξηγούσε 15,3% της μεταβλητότητας (αποτελείτε από 15 ερωτήσεις). Ο δεύτερος παράγοντας (αποτελείτε από 10 ερωτήσεις) ερμηνεύτηκε ως Επίπεδο πληροφόρησης και επεξηγούσε 9,9% της μεταβλητότητας, ενώ ο τρίτος ονομάστηκε «Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό» και επεξηγούσε 8,8% της μεταβλητότητας (αποτελείται από 8 ερωτήσεις). Ο τέταρτος και πέμπτος παράγοντας «Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον» και «Εμπιστοσύνη» επεξηγούσαν το υπόλοιπο 8,8% και 5,8% από τη συνολική επεξηγούμενη μεταβλητότητα αντίστοιχως και περιέχουν από 6 ερωτήσεις ο καθένας.

Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's α έχουμε σε όλους τους παράγοντες (πίνακας 3) καθώς οι δείκτες κυμαίνονται από 0,71 για την Εμπιστοσύνη έως 0,91 για την Επιρροή στις αποφάσεις που είναι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7).

Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικοί (πίνακας 4) υποδεικνύοντας καλή εγκυρότητα δομής. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων Εμπιστοσύνη και Επίπεδο πληροφόρησης καθώς και μεταξύ των παραγόντων Εμπιστοσύνη και Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο βρέθηκε να έχει καλή διακριτική ικανότητα (πίνακας 5) καθώς όλοι οι παράγοντες βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, η βαθμολογία στον παράγοντα Επιρροή στις αποφάσεις ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή ήταν χαμηλή υποδεικνύοντας ότι η μειωμένη ικανοποίηση συνδυάζεται με χαμηλότερου βαθμού επιρροή. Επιπλέον, η βαθμολογία στον παράγοντα Επίπεδο πληροφόρησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Παρομοίως, η Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι χειρότερη όταν η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Επιπρόσθετα ο παράγοντας Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με την ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, ενώ ο παράγοντας Εμπιστοσύνη ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με την ικανοποίηση κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο.

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της Κλίμακας FSC36 στον ελληνικό πληθυσμό.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη καταλήγει στο ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο-εργαλείο είναι έγκυρο και αξιόπιστο προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο. Συνεπώς, το παρόν ερωτηματολόγιο-εργαλείο θεωρείται κατάλληλο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της συνεργασίας και της ικανοποίησης των συγγενών των ηλικιωμένων ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η μειωμένη ικανοποίηση των συγγενών των ηλικιωμένων ασθενών συνδυάζεται με χαμηλότερου βαθμού επιρροή. Επιπλέον, η βαθμολογία στον παράγοντα Επίπεδο πληροφόρησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Άλλες μελέτες δείχνουν επίσης την σημαντικότητα της πληροφόρησης κατά το εξιτήριο (Li et al 2003). Επίσης, η Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι χειρότερη όταν η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή, το οποίο στηρίζεται και από πρόσφατη μελέτη των Lindhardt, Nyberg & Rahm-Hallberg (2008). Ωστόσο, ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές έδειξε ότι οι συγγενείς ενώ θεωρούνται ένα ιδανικό μέσο βοήθειας, είναι και απαιτητικοί με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να τους αποφεύγουν (Lindhardt, Rahm-Hallberg & Poulsen, 2008).

Η σημασία της συμβολής των συγγενών στην ποιότητα της φροντίδας είναι σημαντική και αναδεικνύεται ο ρόλος τους ως συνεργάτες στη φροντίδα με κοινό στόχο το όφελος του ασθενή, αποτελώντας πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, είναι αναγκαία η διεξαγωγή μίας μελέτης μεγάλης κλίμακας, προκειμένου να επιτευχθεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων που θα οδηγήσουν σε συμπεράσματα και προτάσεις για την κλινική πράξη των επαγγελματιών υγείας.

Συμπέρασμα

Η συνεργασία ορίζεται ως μία διαδικασία όπου δύο άνθρωποι ή περισσότεροι «δουλεύουν μαζί για να δημιουργήσουν ή να επιτύχουν το ίδιο πράγμα», που αναφερόμενη στην παρούσα εισήγηση είναι η επιτυχημένη φροντίδα του ηλικιωμένου. Συνεργασία ή σχετικές έννοιες όπως η από κοινού εργασία, συμμετοχή και συμμαχία,

έχουν κυρίως μελετηθεί και αναλυθεί υπό το πρίσμα συνεργασίας ασθενή-νοσηλευτή, επικεντρώνοντας στη συμμόρφωση (Hennehan και συν 1995, Sahlsten και συν 2005, Tapp 2000, Kim 2001). Συχνά χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές όπως η λήψη αποφάσεων και η στοχοθέτηση, η κοινή ισχύς, η επιρροή του χρήστη και η ανταλλαγή πληροφορίας και γνώσης. Η εννοιολογική βάση είναι ηθική ή πολιτική και έγκειται σε κανονιστικές υποθέσεις όπως οι αρχές που υποστηρίζουν την ισονομία και την ισότητα.

Η προαναφερόμενη κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια βρέθηκε κατάλληλη και εφαρμόσιμη στον ελληνικό πληθυσμό, η οικογενειακή φροντίδα θα έχει στη διάθεσή της ένα εργαλείο για την εκτίμηση και την καθοδήγηση της πρακτικής. Η σημασία της συμβολής των συγγενών στην ποιότητα της φροντίδας είναι μεγάλη καθώς και στον σχεδιασμό της παρέμβασης στην νοσηλευτική πρακτική. Ένας νέος ρόλος, ως συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων παρά ως απλοί παθητικοί αποδέκτες εντολών, αναδεικνύεται. Επιπρόσθετα αποτελεί πρόκληση και για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των συνεργατών τους με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών την υπέρβαση συγκρούσεων αξιών στην καθημερινή πρακτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας. Προβολές Πληθυσμού της Ελλάδας. Αθήνα, ΕΣΥΕ, www.statistics.gr. Ανακτήθηκε στις 6/9/2007

Κουλούρη Αγ. (2009) Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(3):292-299

Λαμπρινού Α., Σουρτζή Π. (2007) Αξιολόγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. *Νοσηλευτική*, 46(4): 460-467

Σταθοπούλου Χ., Κουλούρη Α. (2010) Προαγωγή της Αυτοδιαχείρισης της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας στην Κοινότητα. *Νοσηλευτική*, 49(2): 148-156

Allen, D. (2000). Negotiating the role of expert carers on an adult hospital ward. *Sociology of Health and Illness* 22 (2), 149-171

Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. (2002) Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns*, 48:117-187

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. (2002) Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288:2469-2475

Bowers BJ. (1987) Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *ANS Adv Nurs Sci*. 1987 Jan;9(2):20-31.

Bowers, B.J.(1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist* 28 (3), 361-368.

Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA. (1990) Mental health of sons and daughters of the institutionalized aged. *Gerontologist*. Apr;30(2):212-9

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing* 22 (6), 1058-1062.

Eriksson, E., Lauri, S., (2000b). Participation of relatives in the care of cancer patients. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 4 (2), 99-107.

Drennan V, Levenson R, Goodman C, Evans C.(2004) The workforce in health and social care services to older people: developing an education and training strategy. *Nurse Educ Today*, 24:402-408

Durand P, Krueger PD, Chambers L, Grek A, Charles C. (1995) Predictors of caregivers' dissatisfaction with community longterm care services for seniors: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Public Health*, 86: 325-32.

Glasdam, S. (2002). Inclusion and exclusion of cancer patients' relatives in an oncological clinic (Inklusion og eksklusion af kræftpatientes pårørende i en onkologisk klinik (Danish)). In: Humanistic Faculty, Institute for Philosophy, Pedagogy and Rhetorics. Copenhagen University, Denmark, Copenhagen, pp. 313.

Harvath, T.A., Archbold, P.G., Stewart, B.J., Gadow, S., Kirschling, J.M., Miller, L., Hagan, J., Brody, K., Schook, J., (1994). Establishing partnerships with family caregivers: local and cosmopolitan knowledge. *Journal of Gerontological Nursing* 20 (2), 29-35, 42-23.

Hertzberg, A., Ekman, S.L., Axelsson, K., (2003). 'Relatives are a resource, buty': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12 (3), 431-441.

Laitinen, P. (1992). Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 17 (10), 1233-1237.

Laitinen, P., Isola, A. (1996). Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 23 (5), 942-947.

Leahey M, Harper JS, Stout L, Levac AM. (1995) The impact of a family systems nursing approach: nurses' perceptions. *J Contin Educ Nurs* 1995; 26(5): 219-25.

Li, H., Stewart, B.J., Imle, M.A., Archbold, P.G., Felver, L. (2000). Families and hospitalized elders: a typology of family care actions. *Research in Nursing and Health* 23 (1), 3-16.

Li, H. (2002). Family caregivers' preferences in caring for their hospitalized elderly relatives. *Geriatric Nursing* 23 (4), 204-207

Li H., Melnyk B.M., McCann R., Chatcheydang J., Koulouglioti C., Nichols L., Lee M.D. & Ghassemi A. (2003). Creating avenues for relative empowerment (CARE): a pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Research in Nursing & Health*, 26: 284-299.

Lindhardt, T., Bolmsjo, I.A., Hallberg, I.R. (2006). Standing guard-being a relative to a hospitalised, elderly person. *Journal of Aging Studies* 20 (2), 133-149.

Lindhardt T., Nyberg P. & Rahm Hallberg I. (2008). Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 507-519.

Lindhardt T., Rahm-Hallberg I. & Poulsen I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly

patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 668-681

Lorig K. Self-management education. [2003] More than a nice extra. *Med Care*, 41:699-701

Lundh U, Nolan M. (1996) Aging and quality of life. 1: Towards a better understanding. *Br J Nurs*. Nov 14-27;5(20):1248-51.

Newman S, Steed L, Mulligan K.(2004) Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364:1523-1537

Nolan M, Nolan J, Grant G. (1995) Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *Br J Nurs*. Oct 26-Nov 8;4(19):1149-54.

Savard J, Simard S, Giguere I, Ivers H, et al (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression

in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative and Supportive Care* 4(3):219-37.

Sharp, T., (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing* 15 (1), 67-73.

Theharne G. Attitudes towards the care of elderly people: are they getting better? *J Adv Nurs* 1990, 15:777-781

United Nations. *World Population Ageing 1950-2050*. (2002) New York, Department of International Economic and Social Affairs Population Division

Willison KD, Andrews GJ. (2005) The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public Health*, 119:1130-1132