



L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA FAMILIES' IMPORTANCE IN NURSING CARE- NURSES' ATTITUDES (FINC-NA)

Marta Berenguer Poblet

Dipòsit Legal: T 897-2015

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Tesi Doctoral

Marta Berenguer Poblet

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA:
Adaptació transcultural al castellà i
validació de l'escala *Families'*
Importance in Nursing
Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)



Marta Berenguer Poblet

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA:
Adaptació transcultural al castellà i
validació de l'escala *Families' Importance in
Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA)

TESI DOCTORAL

dirigida per la Dra. Mar Lleixà Fortuño i per la
Dra. M. Teresa Salvadó Usach

Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tortosa, 2014



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

Mar Lleixà Fortuño, Professora del Departament d'Infermeria de la Universitat
Rovira i Virgili

Faig Constar :

Que el present treball, titulat "L'actitud infermera vers la familia: adaptació transcultural al castellà i validació de l'escala Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes (FINC-NA)", que presenta la Sra. Marta Berenguer Poblet per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzada sota la meva direcció i la de la Professora associada del Departament d'Infermeria de la URV M. Teresa Salvadó Usach, al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat i aconpleix els requeriments per la seva defensa publica.

Mar Lleixà

[Signature]

UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI
CAMPUS TERRES DE L'EBRE

Tortosa, 20 de Juny de 2014

Tenim el que hem fet en la nostra memòria
i el que volem fer, a les nostres mans



«Força, coratge, valor i seny»

Lema casteller

A Iol, el meu tresor

A Lluís, el meu company

A Rosa i Josep Lluís, els meus pares

A Lluís, el meu germà

I com no pot ser d'una altra manera,
a tota la meva FAMÍLIA,

Us estimo molt!

RECONeixEMENTS I AGRAïMENTS

En aquest camí heu estat moltes les persones que m'heu acompanyat, ja sigui d'una manera més puntual o més continuada. Ha estat un temps dedicat a un treball important per a mi, els que em coneixeu ho sabeu, el camí ha estat llarg i no sempre fàcil. Durant aquests temps, a totes aquestes persones que m'heu ensenyat, tant personalment com professionalment, a totes, us vull donar les gràcies. Sobretot a aquelles que sou especials per a mi:

A Lluís, el meu marit, i a Iol, el meu fill, gràcies per la vostra paciència, comprensió, recolzament i estima incondicional. Amb la realització d'aquest treball us he pres temps, però sé que sabíeu que havia de ser així, sense vosaltres no ho hauria aconseguit.

Als meus pares, Rosa i Josep Lluís, i als meus sogres, Elena i José Luís, per estar sempre al meu costat i donar-me suport. A Lluís, Flor, Pau, Laia, Pepita i Anita que heu seguit de prop les meves passes.

A les meves directores de tesi, la Dra. M. Mar Lleixà i la Dra. M. Teresa Salvadó, per escoltar-me, guiar-me, aconsellar-me i ensenyar-me. Gràcies per dedicar-me el vostre temps.

Mar, aquella Marta que (com vas escriure en la teva tesi) «dia a dia t'animava i t'escoltava quan parlaves de com anaves superant obstacles i dificultats...», ja en prenia nota. Són molts anys treballant de valent, aprenent i, sobretot, gaudint al teu costat.

A la Dra. Carme Ferré, per animar-me, des de l'inici, a realitzar aquest treball, per facilitar-me la feina i per recolzar-me sempre.

Al Dr. Juan Roldan, per la seva inestimable ajuda, per fer fàcil la feina i sempre estar disposat a donar-me un cop de mà.

A totes les professores de la Facultat d'Infermeria que m'heu donat suport durant la realització del treball; especialment, a Núria Albacar, companya, amiga i mestra que sempre està preparada per escoltar. També a Encarna Bonfill, Marisa Mateu i Montse Garcia, per col·laborar en part del projecte.

A la Dra. Benzein, Dra. Martins i Dra. Barbieri, per tota la informació facilitada. A la Fundació Dr. Ferran i al Col·legi d'Infermeres i Infermers de Tarragona, per finançar el projecte.

Agrair la col·laboració de les institucions participants en la investigació, l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) i l'Hospital de la Santa Creu (HSC). I, més concretament, a la Sra. Blanca Cuevas, directora d'Infermeria de l'HTVC, i a la Sra. Adoración Aragonés, directora assistencial de l'HSC. També a les adjuntes d'infermeria de l'HTVC i l'HSC, la Sra. Cinta Prades i la Sra. Maite Cubí, respectivament. A totes quatre, gràcies per facilitar-me l'accés als centres hospitalaris i poder, així, portar a terme la investigació.

A Eeva Laine, per les recerques realitzades, i a M. Cinta Iriondo, per l'assessorament lingüístic.

A David Mateu, per simplificar-me les dades institucionals.

A totes les companyes que heu participat en les diferents etapes d'aquest projecte, ara fet realitat: M. France Domènech, M. José Andreu, Caridad López, Glòria Puntes, Sabina Artero, Cecília Gombau, Núria Marqués, Beatriz Panisello, Àngels Piñol, Elena Solà, Sílvia Panisello, Fanny Murat, Isabel Obradós, Cinta Puig i Laura Tormo.

A les amigues de Gacela: Montse Martí, Sandra Anento, Mònica Pons, Nati Cañellas, Cinta Marsà i Reme Herrera, sempre tinc coses que aprendre amb vosaltres. A tots els meus companys del Servei d'Urgències que us heu interessat pel meu treball, especialment, a la meva companya de torn i amiga, Mercè Colomé, per escoltar-me i recolzar-me en tot moment.

Gràcies a totes aquelles persones que no he nomenat, però que també heu col·laborat i us heu interessat per aquest projecte.

Moltes gràcies!

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA FAM

Marta Berenguer Poblet

Dipòsit Legal: T 897-2015

Índex

ÍNDEX

Resum	1
Abstract	9
Introducció	17
1. Marc conceptual	25
1.1. La família en el procés de cuidar	27
1.1.1. Estat actual sobre la importància de la família en el procés de cuidar	34
1.1.2. Estat actual dels instruments per avaluar les situacions familiars	39
1.2. L'actitud infermera vers la família	42
1.2.1. El model familiar de Calgary	45
1.2.2. Estat actual de l'atenció centrada en la família (ACF) - Family-Centered Care (FCC)	49
1.3. Instruments per mesurar l'actitud infermera vers la família	54
1.3.1. Revisió dels instruments per mesurar l'actitud infermera vers la família	54
1.3.2. El FINC-NA	58
1.3.3. L'IFCE-AE, versió portuguesa	61
1.3.4. Resultats de l'aplicació del FINC-NA i de les versions adaptades	63
2. Justificació de l'estudi	69
3. Objectius i hipòtesi	73
3.1. Objectius	75
3.1.1. Objectiu general	75
3.1.2. Objectius específics	75
3.2. Hipòtesi	76
4. Metodologia	77
4.1. Disseny de l'estudi	79
4.2. Àmbit de l'estudi	79
4.3. Població i mostra	79
4.4. Variables	80
4.5. Instruments de mesura	82
4.6. Aspectes ètics	83
4.7. Desenvolupament de l'estudi i anàlisi estadística	84
4.7.1. Desenvolupament de la fase 1: Procés d'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA	85
4.7.2. Desenvolupament de la fase 2: Procés de validació de l'escala AE-IFCE. Anàlisi mètrica	92
4.7.3. Desenvolupament de la fase 3: Versió definitiva de l'escala AE-IFCE. Anàlisi estadística	100
5. Resultats	103
5.1. Resultats de la fase 1: Procés d'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA	105
5.1.1. Resultats traducció	105

5.1.2. Resultats retrotraducció	107
5.1.3. Prova pilot	113
5.2. Resultats de la fase 2: Procés de validació de l'escala AE-IFCE. Anàlisi mètrica	114
5.2.1. Anàlisi de la fiabilitat	114
5.2.2. Anàlisi de la validesa de contingut	126
5.2.3. Anàlisi de la validesa de constructe. Anàlisi factorial	126
5.2.4. Anàlisi de la validesa convergent-discriminant	129
5.3. Resultats de la fase 3: Versió definitiva de l'escala AE-IFCE. Anàlisi estadística	130
5.3.1. Descripció de la versió definitiva de l'escala AE-IFCE	130
5.3.2. Descripció de les dimensions i dels ítems	131
5.3.3. Anàlisi estadística	135
6. Discussió	145
7. Limitacions de l'estudi i línies d'investigació futures	153
8. Conclusions	159
9. Finançament i difusió de la investigació	163
9.1. Finançament de la investigació	165
9.2. Difusió de la investigació	165
10. Referències bibliogràfiques	169
11. Annexos	189
Annex I. FINC-NA	
Annex II. IFCE-AE, versió portuguesa	
Annex III. Formulari de dades sociodemogràfiques i professionals	
Annex IV. Autorització autora	
Annex V. Sol·licitud autorització Comitè de Recerca de l'ICS	
Annex VI. Autorització Comitè de Recerca de l'ICS	
Annex VII. Sol·licitud autorització HSC	
Annex VIII. Autorització HSC	
Annex IX. Consentiment informat	
Annex X. Prova pilot	
Annex XI. Sol·licitud per participar en la validesa de contingut	
Annex XII. Traducció 1	
Annex XIII. Traducció 2	
Annex XIV. Retrotraducció 1	
Annex XV. Retrotraducció 2	
Annex XVI. Versió definitiva de l'AE-IFCE	

ÍNDIX TAULES

Taula 1. Instruments per mesurar l'avaluació i funcionament familiar	41
Taula 2. MIFC: Intersecció del domini funcional familiar i les intervencions	47
Taula 3. Elements que faciliten i obstaculitzen la relació terapèutica	48
Taula 4. Creences positives i negatives de les infermeres vers la família	51
Taula 5. Instruments de mesura de l'actitud, les percepcions i les creences infermeres	57
Taula 6. Distribució dels ítems del FINC-NA	59
Taula 7. Correlació entre les dimensions i l'escala FINC-NA	60
Taula 8. Distribució del ítems en IFCE-AE	62
Taula 9. Comparació FINC-NA i IFCE-AE	63
Taula 10. Estudis que apliquen el FINC-NA i adaptacions	67
Taula 11. Interpretació del CCI	94
Taula 12. Ítems problemàtics durant el procés de traducció	107
Taula 13. Puntuació segons el grau de dificultat percebut a la versió 1.0	107
Taula 14. Puntuació segons el grau de dificultat percebut a la versió 1.1	109
Taula 15. Ítems problemàtics durant el procés de retrotraducció	109
Taula 16. Consistència interna AE-IFCE	115
Taula 17. Correlació ítem-total de l'AE-IFCE	116
Taula 18. Coeficient de correlació intraclasse (CCI) test-retest de l'AE-IFCE	118
Taula 19. Distribució de les diferències absolutes entre el test i el retest AE-IFCE	121
Taula 20. Càrregues factorials de l'anàlisi factorial confirmatòria	127
Taula 21. Índexs d'ajust global del model confirmatori	129
Taula 22. Correlació entre les subescales i el total de l'escala AE-IFCE	130
Taula 23. Estadístics descriptius dels ítems de l'AE-IFCE	134
Taula 24. Característiques sociodemogràfiques i professionals	137
Taula 25. Mediana i quartils de l'AE-IFCE total i de les dimensions	138
Taula 26. Comparació de les puntuacions en l'escala AE-IFCE	142
Taula 27. Anàlisi multivariant	144

ÍNDIX FIGURES

Figura 1. Model d'incertesa davant de la malaltia	30
Figura 2. Diagnòstics d'infermeria orientats a la família	31
Figura 3. Criteris de resultats orientats a la família	32
Figura 4. Intervencions infermeres destinades a la família	33
Figura 5. Teoria de l'acció raonada (Ajzen i Fishbein, 1980)	43
Figura 6. Diagrama ramificat del MAFC	46
Figura 7. Directrius per a la traducció o adaptació de testos (2010)	87
Figura 8. Directrius per a la traducció o adaptació de testos (2013)	88
Figura 9. Procés d'adaptació transcultural	91
Figura 10. Fórmula alfa de Cronbach	93
Figura 11. Algoritme del desenvolupament de l'estudi	102
Figura 12. Versió 1.0	106
Figura 13. Versió 1.1	108
Figura 14. Versió 2.0	110
Figura 15. Versió 3.0.....	112
Figura 16. Anàlisi de correlació entre les puntuacions totals del test-retest AE-IFCE	117
Figura 17. Bland i Altman: Diferència de les puntuacions front a la mitjana del test i del retest AE-IFCE	119
Figura 18. Histograma de les diferències de les puntuacions	120
Figura 19. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE	122
Figura 20. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons el sexe	123
Figura 21. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació de màster universitari	123
Figura 22. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació de postgrau	124
Figura 23. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació en especialitat	124
Figura 24. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons l'àmbit de treball	125
Figura 25. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons l'experiència en cures pal·liatives	125
Figura 26. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes per a retest AE-IFCE > test AE-IFCE i test AE-IFCE > retest AE-IFCE	126
Figura 27. Paràmetres estandarditzats del model	128
Figura 28. Histograma de freqüències de la puntuació total de l'AE-IFCE	133
Figura 29. Gràfic de participació	135

LLISTA D'ABREVIACIONS

A	Afirmació
A24	Àrea de 24 hores
ACF	Atenció centrada en la família
AE-IFCE	La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería
AFC	Anàlisi factorial confirmatòria
AFE	Anàlisi factorial exploratòria
AGFI	Adjusted Goodness-of-fit
AH	Atenció hospitalària
AP	Atenció primària
BBNFI	Bentler Bonnet Normed Fit Index
BBNNFI	Bentler Bonnet Non Normed Fit Index
CACCN	Canadian Association of Critical Care Nursing
CCFNI	Critical Care Family Needs Inventory
CCI	Coefficient de correlació intraclasse
CII	Consell Internacional d'Infermeres
CIR	Cirurgia
Conva	Convalescència
CP	Cures pal·liatives
DE	Desviació estàndard
EMD	Entitat municipal descentralitzada
Esp1	Especialitats 1
Esp2	Especialitats 2
FAD	Family Assessment Device
FAFHES	Further testing of a family nursing instrument
Fam-B	Family-Burden (La família com a càrrega)
Fam-CP	Family - Conversational Partner (La família com a interlocutora)
Fam-OR	Family - Own Resources (La família amb recursos propis)
Fam-RNC	Family - Resource Nursing Care (La família com a recurs d'infermeria)
FCC	Family Centered-Care
FCCQ-R	The Family-Centered Care Questionnaire
FFFS	Feetham Family Functioning Scale
FINC-NA	Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes
FNA	Family Needs Assessment
FNCBS	Family Nursing Caring Beliefs Scale
FNPS	The Family Nursing Practice Scale

GFI	Goodness-of-fit Index
Gi-Ob	Ginecologia i Obstetrícia
GLS	Generalized Least Squares (Mínims quadrats generalitzats)
Gral.	General
GS	Gold Standard
HHSS	Habilitats socials
HSC	Hospital de la Santa Creu de Jesús-Tortosa
HTVC	Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
ICE-EFFQ	Iceland - Expressive Family Functioning Questionnaire
ICE-FPSQ	Iceland - Family Perceived Support Questionnaire
ICS	Institut Català de la Salut
IFCE-AE	A importância das famílias nos cuidados de enfermagem-Atitudes dos enfermeiros
ITC	Comissió Internacional de Tests
LLE	Llarga estada
MAFC	Model d'avaluació familiar de Calgary
MI	Medicina interna
MIFC	Model d'intervenció familiar de Calgary
NACF	Nurse Activities for Communicating with families
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NF-FSQ	Nursing Facility Family Satisfaction Questionnaire
NIC	Nursing Interventions Classification
NNN	NANDA-NOC-NIC
NOC	Nursing Outcomes Classification
ns / nc	No ho sap / no contesta
p	Nivell de significació
PAT	Procés d'adaptació transcultural
Psico	Psicogeriatría
RA	Residència assistida
RMSE	Root Mean Standard Error
RN	Registered Nurse
RT 1	Retrotraducció 1
RT 2	Retrotraducció 2
T1	Traducció 1
T2	Traducció 2
TR	Traumatologia
UCI	Unitat de Cures Intensives

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA FAM

Marta Berenguer Poblet

Dipòsit Legal: T 897-2015

Resum

RESUM

Quan una persona ingressa en un hospital, la participació de la família ha de continuar sent activa per aconseguir una cura integral i un concepte terapèutic òptim. La unitat familiar ha de ser reconeguda per la infermera com a destinatària de les cures i l'ha d'incorporar com un objectiu més de la planificació.

Així doncs, en un ingrés hospitalari, la família té unes necessitats molt específiques, sobretot si el pacient es troba en una situació crítica. La família necessita rebre una atenció personalitzada.

L'actitud que adopten les infermeres en relació amb la família és un element cabdal en el procés de cuidar. Les actituds positives de les infermeres, la curiositat i l'interès per involucrar les famílies en les cures són les condicions per obtenir l'èxit en la relació terapèutica familiar. Segons els estudis trobats durant la recerca, es pot afirmar que les infermeres pensen que és important establir una bona relació amb la família, però tenen dificultats per incloure-la en les cures d'infermeria. Així doncs, té la infermera una actitud positiva per oferir una atenció centrada en la família?

En aquesta investigació, s'han revisat nombrosos instruments que mesuren aspectes relacionats amb les necessitats i actituds tant de les famílies com de les infermers, i s'ha considerat que el més adient per mesurar les actituds infermeres vers la importància de cuidar les famílies des d'una perspectiva d'infermeria genèrica és *El Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA), per poder-lo utilitzar en el nostre context, ha de seguir un procés d'adaptació transcultural al castellà i un procés de validació.

El FINC-NA és una escala autoadministrada formada per 26 afirmacions, amb una estructura tipus Likert amb 4 opcions de resposta. La puntuació va de 26 a 104. Per tant, com més puntuació, més favorable és l'actitud de la infermera vers la família, tant en l'escala total com en cadascuna de les quatre dimensions que té en compte.

Aquest instrument ha estat adaptat i validat en altres països com Islàndia, Japó, Uganda, Taiwan, Brasil, Portugal...

L'objectiu general d'aquesta investigació és adaptar transculturalment i validar la versió castellana del FINC-NA en l'àmbit hospitalari.

L'estudi es va realitzar a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) i a l'Hospital de la Santa Creu de Jesús-Tortosa (HSC), en una població de 364 infermeres. Es van incloure a l'estudi les infermeres que treballaven en les unitats d'hospitalització dels dos centres, i hi van accedir de manera voluntària, anònima i signant el consentiment informat.

Per poder realitzar el treball d'investigació, es va demanar permís a l'autora principal de l'escala FINC-NA, als organismes i a les institucions participants.

L'estudi és de caràcter mètric i descriptiu, es va desenvolupar en tres fases.

La primera fase va consistir en l'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA, a través de la metodologia de traducció retrotraducció i seguint les directrius de la Comissió Internacional de Tests. L'escala es va traduir de l'anglès al castellà i, posteriorment, es va retrotraduir del castellà a l'anglès. Es van obtenir les versions 1.0 i 1.1. A continuació, es va crear un grup de discussió per analitzar qualitativament les versions obtingudes, comparar-les entre si i amb la versió original, i aconseguir la versió 2.0. Aquesta versió es va revisar i es va obtenir la versió 3.0 de l'escala titulada *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE). Amb aquesta versió es va realitzar la prova pilot a 13 professionals d'infermeria amb el mateix perfil que la mostra, per tal de comprovar el funcionament, i la comprensió del test i del formulari sociodemogràfic i professional. També es pretenia calcular el temps que calia per emplenar l'escala.

La segona fase va consistir a validar l'escala AE-IFCE. Durant els mesos de març i abril de 2013 es van repartir 202 qüestionaris als professionals que complien amb els criteris d'inclusió. Tres setmanes després, seguint el mateix procediment, es van repartir per segon cop els qüestionaris, per poder realitzar el retest.

Es va analitzar la fiabilitat interna mitjançant el càlcul de l'alfa de Cronbach i l'es-

tabilitat temporal a través del càlcul del coeficient de correlació intraclasse (CCI). La validesa de contingut es va realitzar a partir d'una revisió d'experts utilitzant la metodologia Delphi. I per analitzar la validesa de constructe, es va plantejar un model de 4 factors per poder realitzar l'anàlisi factorial confirmatòria, mitjançant l'estimació de paràmetres, amb el mètode de mínims quadrats generalitzats; també es va determinar la bondat d'ajust del model.

Es va fer l'anàlisi de la correlació de l'escala AE-IFCE amb el càlcul del coeficient de correlació de Pearson, que relacionava les diferents dimensions de l'escala i l'escala total, amb l'objectiu d'avaluar la validesa convergent i discriminant.

En la tercera fase, es va utilitzar la versió definitiva de l'escala AE-IFCE, per tal de determinar l'actitud infermera vers la família i la relació que hi ha d'aquesta amb les variables sociodemogràfiques i professionals de la mostra. Posteriorment, se'n va fer l'anàlisi estadística. Per a la descripció de les variables, es van calcular les freqüències i els percentatges, la mitjana i la desviació típica. Per identificar l'actitud infermera vers la importància de la família es va calcular la mediana, els rangs i els quartils 1 i 3 (Q_1 i Q_3). En l'anàlisi bivariant es va utilitzar la U de Mann-Whitney i el test de Kruskal-Wallis. També es va realitzar l'anàlisi multivariant de regressió logística, per tal d'identificar les variables associades a una actitud menys positiva vers la importància d'incloure les famílies en les cures d'infermeria.

Durant tota l'anàlisi estadística, es va treballar amb un nivell de confiança del 95% i es va considerar que la diferència era significativa quan el grau de significació (p) era menor o igual a 0,05.

La consistència interna de l'escala AE-IFCE va ser de 0,90 i es van obtenir valors superiors a 0,70 en tres de les quatre dimensions de l'escala AE-IFCE.

El CCI total va ser de 0,90 i va ser superior a 0,70 en totes les dimensions.

En l'avaluació de la validesa de contingut els quatre experts van considerar que l'escala AE-IFCE abraçava totes les dimensions de l'actitud infermera vers la família.

En l'anàlisi factorial, es va confirmar el model de 4 factors plantejat. La prova de χ^2 va ser estadísticament significativa, la raó d'ajust va resultar de 2,09, i es va considerar

que l'ajust era bo. Així mateix, la resta d'índexs, tant el d'ajust absolut com el d'ajust incremental i el de parsimònia que es van analitzar, presentaven la mateixa tendència. Per tant, es va poder concloure que el model s'ajustava convenientment.

Pel que fa a l'anàlisi convergent-discriminant, es va mostrar que les correlacions més fortes eren entre la majoria de les subescales i l'escala total, cosa que va confirmar una bona validesa.

La mostra formada per 173 infermeres representava un 85,6% de participació. La mitjana d'edat dels participants va ser de $43 \pm 10,4$, i el 91,3% eren dones. Gairebé el 92% de les infermeres de la mostra tenien 6 o més anys d'experiència laboral i més de la meitat disposava de formació de postgrau. El 80% de les infermeres treballaven en l'àmbit de l'atenció hospitalària general, el 70% eren fixes i la meitat treballaven de corretorns o torn rodat. El 69,4% considerava que hi havia un enfocament en el seu lloc de treball i el 87% havia viscut l'experiència de tenir un familiar proper ingressat en un centre hospitalari.

La puntuació mediana del total de l'escala AE-IFCE va ser de 81 (75-89), fet que indicava que les infermeres tenien una actitud positiva vers la importància d'incloure la família en les cures d'infermeria.

La puntuació mediana de la dimensió *la família com a recurs d'infermeria* va ser de 32 (29-35), per a la dimensió *la família com a interlocutora* va ser de 24 (23-27) i, tant per a la dimensió *la família com a càrrega* com per a *la família amb recursos propis*, els resultats obtinguts van ser de 12, tant per a una dimensió com per a l'altra, amb un Q_1 i Q_3 d'(11-13) i d'(11-14), respectivament.

Pel que fa a l'actitud infermera vers la família relacionada amb les variables socio-demogràfiques i professionals, cal destacar que les dones van obtenir una puntuació una mica superior que els infermers homes. També van obtenir una puntuació més elevada les infermeres que feia 6 anys o més que havien acabat els estudis i es va observar que les infermeres amb qualsevol tipus de formació posterior obtenien millors puntuacions.

Durant l'anàlisi estadística bivariant realitzada, es van trobar poques relacions significatives. Cal destacar que el fet de tenir alguna especialitat es relacionava significativament amb la dimensió *la família com a interlocutora*, que el torn es relacionava significativament tant en l'escala total com amb tres de les quatre dimensions, que els valors més alts els obtenien les infermeres que treballaven en el torn de matí i que el fet d'haver experimentat un ingrés hospitalari d'un familiar proper també es relacionava significativament, tant en l'escala total com en tres de les quatre dimensions. Pel que fa a la resta de variables no es van trobar relacions significatives.

En l'anàlisi multivariant, es va observar que, en la puntuació global de l'escala AE-IFCE, el fet de no haver experimentat l'hospitalització d'algun familiar proper tenia un risc de 2,6 d'obtenir una puntuació global inferior a 75, que és el Q₁ de l'escala global.

Així doncs, amb aquests resultats es pot concloure que en aquesta investigació s'han acomplert els objectius plantejats, que s'ha obtingut la versió castellana del FINC-NA preparada per mesurar l'actitud infermera vers la família i que, a més, durant la realització de l'estudi han sorgit reflexions relacionades amb l'actitud infermera i també relacionades amb la família dins l'àmbit hospitalari, que han servit per deixar obertes línies d'investigació futures.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA FAM

Marta Berenguer Poblet

Dipòsit Legal: T 897-2015

Abstract

ABSTRACT

When a person is admitted to hospital, family members should continue to participate actively in the care of the patient to help achieve their complete recovery and an optimum treatment. The family unit should be recognized by the nursing staff as a recipient of the medical care and must be included within the nurses' planning.

Faced with a hospital admittance, the patient's family has specific needs – especially if the patient is in a critical state and the family needs a personalized attention.

The nurses' attitude towards a patient's family is a key element in the medical care process. Positive attitudes, curiosity and an interest in involving families in the medical care process are the necessary conditions to achieve a successful family-care relationship. According to the studies we found during our research, it can be stated that nurses believe it is important to establish a good relationship with the family but they find it difficult to include them in nursing care. Having said that, do nurses have a positive attitude so as to offer an attention focussed on the family?

In this research we reviewed several instruments for measuring aspects related to the needs and attitudes of both the families and the nurses, and we analyzed which is the most suitable one to measure nursing attitudes regarding the importance of caring for families from a generic nursing perspective. We concluded that the most suitable instrument is the questionnaire *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA), which had to be adapted transculturally and validated before it can be used in our context.

The FINC-NA consists of a scale with 26 statements with a Likert-style structure and four possible responses for the nurse to choose from. The final score can vary between 26 and 104. The higher the score, the more favourable is the nurse's at-

titude to the family, both on a global scale and in each of the four dimensions it covers.

This instrument has been adapted and validated in countries such as Iceland, Japan, Uganda, Taiwan, Brazil, and Portugal among others.

The general objective of our research was to transculturally adapt and validate the Spanish version of the FINC-NA in a hospital context.

Our study was carried out at the Verge de la Cinta hospital in Tortosa (HTVC) and the Santa Creu hospital in Jesús-Tortosa (HSC). The total number of nurses working at these two hospitals is 364. We included the nurses working in the hospitalization units of each hospital who volunteered to participate anonymously in the study and signed their consent to do so.

To carry out our research work we also requested permission from the main author of the FINC-NA scale, and from the participating bodies and institutions.

Our study is of a descriptive and metric nature, and was developed in three phases.

The first phase consisted in adapting the FINC-NA scale into Spanish transculturally via the translation/back-translation method following the directives of the International Test Commission. The scale was translated from the original English version into Spanish and was then translated from Spanish back into English. This gave us the versions, 1.0 and 1.1. Next, a discussion group was set up to analyze these versions qualitatively, comparing them to each other and with the original text, so as to produce the version 2.0. This version was then reviewed and finally we produced the version 3.0 of the scale, entitled *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE). We ran a test using this version with thirteen nurses with the same profile as our nursing staff sample to check the functioning and comprehension of the questionnaire and of the socio-demographic and professional form. We also aimed to calculate the time needed to respond to the questionnaire.

The second phase consisted in validating the AE-IFCE scale. During the months of March and April 2013, questionnaires were given out to 202 nurses who fulfilled the necessary criteria. Three weeks later, following the same procedure, the questionnaires were given out again for re-testing.

The internal reliability of the results was analyzed via calculations of Cronbach's alpha, and the temporal stability via calculations of the intra-class correlation coefficient.

The contents were validated with a review by experts using the Delphi method. To analyze the validity of the construct, a four-factor model was proposed to carry out the confirming factor analysis by estimating the parameters for the generalized least squares method – we also determined the goodness of fit of the model. We analyzed the correlation of the AE-IFCE scale calculating the Pearson correlation coefficient relating the different dimensions of the scale and of the total scale with the objective of evaluating the convergent and discriminant validity.

In the third phase, we used the definitive version of the AE-IFCE scale to determine the nurses' attitude to the family and the relationship between this attitude and the socio-demographic and professional variables of the sample. We then carried out a statistical analysis of these results. To describe the variables we calculated the frequencies and percentages, the median, the mean, the standard deviation, ranges and the quantiles 1 and 3 (Q_1 and Q_3). To determine the nurses' attitudes to the importance of the family, we calculated the median and Q_1 and Q_3 . In the bivariate analysis we used the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test. We also carried out a multivariate logistic regression analysis to identify the variables associated with a less positive attitude to the importance of including families in nursing care.

During the statistical analysis, we worked with a 95% level of confidence and considered that the difference was significant when the p-value (p) was lower than or equal to 0.05.

The internal consistency of the AE-IFCE scale was 0.90 and we obtained values

over 0.70 in three of the four dimensions of the scale.

The total ICC was 0.90 and rated over 0.70 in all the dimensions.

Evaluating the validity of the contents, all four experts considered that the AE-IFCE scale covers all the aspects or dimensions of nursing attitudes with regards to the family.

In the factor analysis we confirmed the proposed 4-factor model. The χ^2 test was considered statistically significant, with a result of 2.09, meaning the fit was a good one. In this way, the rest of the index - the absolute fit, the increasing fit and the parsimony fit - offered the same tendency and, therefore, we concluded that the model fitted suitably.

Regarding the convergent/discriminant analysis, we showed that the strongest correlations were those between most of the sub-scales and the total scale, thus confirming a good validity.

The sample of 173 nurses represents a participation of 85.6%. Their average age was 43 ± 10.4 , and 91.3% were female. Almost 92% of the nurses had six or more years working experience and more than half of them had post-graduate studies. 80% of the nurses worked in general hospital attention - 70% with a fixed contract. Half worked different kinds of shift work. 69.4% considered their work to have a focus, and 87% had previously lived the experience of having a close family member hospitalized.

The median score for the AE-IFCE scale was 81 (75-89), which indicates that nurses have a positive attitude to the importance of including the patient's family within nursing care.

The median score for *The family as a resource in nursing care* dimension was 32 (29-35) and for *The family as a conversational partner* it was 24 (23-27). The score was 12 for both the dimension regarding *The family as being a burden*, or the one referring to *The family as an own resource* - to be precise 12 (11-13) and (11-14), respectively.

Regarding the nurses' attitude to the family related to socio-demographic and professional variables, it can be noted that the final score of female nurses was slightly higher than that of their male counterparts. Nurses who had finished their studies at least six years previously also obtained higher marks, as did those with post-graduate studies.

During the bivariate analysis we carried out, we found a few significant relationships. We must point out the fact that having some kind of specialty training was clearly related to *The family as a conversational partner* dimension, and also that shift work was significantly related to the global scale as well as to three of the four dimensions. The highest values were obtained by nurses working morning shifts. The experience of having had a close family member hospitalized was also significantly linked to the global scale and three of the four dimensions. Important relations were not found for the other variables.

In the multivariate analysis we saw that, on the global score of the AE-IFCE scale, the fact of never having experienced the hospitalization of a close family member gave a risk factor of 2.6 for the possibility of obtaining a global score below 75, the Q_1 of the global scale.

To sum up, with these results we can conclude that we have achieved our objectives in this study. We have obtained the Spanish version of the FINC-NA to measure nurses' attitudes to a patient's family. Furthermore, during our study other issues arose related to nursing attitudes and also to the family within the hospital itself which leave different future lines of research open.

Introducció

INTRODUCCIÓ

Cuidar és la funció bàsica de la professió infermera i, segons Benner i els altres, (1999), els receptors d'aquestes cures són el pacient i la seva família entesos com una unitat bàsica. Però, per incorporar la família en aquest procés calen habilitats i competències per part de la infermera, que adquirirà amb el temps i l'experiència (Benner, 1984).

Quan una persona ingressa en un hospital, la participació de la família ha de continuar sent activa per aconseguir una cura integral i un concepte terapèutic òptim (Marco et al., 2000). La família pateix un desgast i està sotmesa a un sofriment que cal tenir present, ha de rebre cures i suport per cobrir les seves necessitats, i així poder proporcionar recolzament i confort al pacient (Vázquez & Eserverri, 2010). La família és un recurs essencial en el procés de cures d'infermeria, tant per al malalt com per a la infermera, que ha de reconèixer la unitat familiar com a destinatària de les cures i incorporar-la com un objectiu més de la planificació (Marco et al., 2000; Rubio, Ferrater, Toda, & Aguarón, 2001).

La manca de temps, juntament amb els canvis en la prestació d'assistència sanitària, les restriccions pressupostàries i les retallades de personal, fan necessàries noves idees per involucrar les famílies (Wright & Leahey, 1999). Estem capacitats per crear unes condicions ideals i recontextualitzar el pacient i la família com un tot, però és important millorar el coneixement i desenvolupar una cultura d'apropament a les famílies, perquè són una condició prèvia per a la relació terapèutica i una necessitat de la continuïtat de cures en els episodis de malaltia (Wright & Leahey, 2013).

La família, durant el procés d'hospitalització, ha d'estar ben acompanyada per la infermera. Cal crear una relació d'associació negociada entre les dues parts,

on la infermera no se senti amenaçada per la presència de la família, sinó que la vegi com a substituïda en alguna de les seves funcions. Únicament així la relació pot esdevenir una associació efectiva i positiva. A més, convertir la família en la principal proveïdora de cures, en lloc d'excloure-la, és la manera més eficient per optimitzar recursos (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano & Sáez-Bueno, 2009; Martins, 2004).

Són molts els estudis que han investigat els punts de vista dels professionals (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001b; Hidalgo, 2007), les experiències i les perspectives de les famílies dels pacients hospitalitzats (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001a). Tant dins les unitats de cures intensives (UCI) (Kinrade, 2009; Myhren, Ekeberg, Langen, & Stokland, 2004; Paul & Rattray, 2008; Santana, Sánchez, 2007; Söderström, Saveman, & Benzein, 2006; Yanez, Santana, Hernández, & Molina, 2011), en els serveis de pediatria (Bruce, 2002; Pimenta & Collet, 2009), com en medicina interna (Åstedt-Kurki et al., 2001b) o en cures pal·liatives (Vachon, Kristjanson, & Higginson, 1995), tots coincideixen en afirmar que, encara que el personal d'infermeria considera que les famílies són importants, aquesta creença no sempre es reflecteix en les intervencions que realitza.

L'actitud que adopten les infermeres en relació amb la família és un element cabdal en el procés de cuidar (Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman, 2008; Fisher et al., 2008). Les actituds positives de les infermeres, la curiositat i l'interès per involucrar les famílies en les cures són les condicions per obtenir l'èxit en la relació terapèutica familiar (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson, 2012b).

D'aquesta manera, sorgeixen les preguntes que guien aquesta tesi: Quina visió té la infermera de la família? Està la infermera preparada per reconèixer la família com a proveïdora de cures? Està capacitada per incloure-la dins la unitat de cures? Considera que la família és un ajut? Creu que cada família té els seus

propis recursos? Els ensenya a utilitzar aquests recursos per adaptar-se a la situació actual? I el que és més important: Té la infermera una actitud positiva per oferir una atenció centrada en la família?

En aquest sentit, emergeix la necessitat de disposar d'un instrument que mesuri l'actitud infermera vers la família. Aquest ja existeix, és el *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA), però com és habitual en l'àrea de salut, ha estat desenvolupat en llengua anglesa; per això, abans d'utilitzar-lo en els països de parla castellana, cal realitzar un procés d'adaptació transcultural i una validació de les propietats mètriques de l'instrument esmentat. Així, s'aconseguirà una eina de qualitat, fruit de la bona gestió dels recursos, ja que sempre és més econòmic adaptar i validar un qüestionari que ja existeix que construir-ne un de nou.

Així doncs, en aquesta tesi es pretén obtenir la versió castellana del FINC-NA anomenada *La actitud infermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE), útil per mesurar l'actitud infermera vers la importància d'incloure la família en les cures. La utilització d'aquest instrument pot representar una millora qualitativa de les cures d'infermeria, ja que pot facilitar als professionals la comprensió sobre el procés d'atenció a les famílies i, al mateix temps, augmentar el grau de satisfacció d'aquestes. L'escala, un cop adaptada transculturalment i validada, permetrà obtenir dades reals sobre quina és la visió de la infermera vers la família, la importància que aquesta li dóna i si la inclou en el procés de cures.

Segons dades facilitades per la Dra. Eva Benzein, sabem que aquest instrument ha estat adaptat i validat en altres països (Islàndia, Japó, Uganda, Taiwan, Brasil, Portugal...), i, per tant, pot ser una eina molt útil per comparar l'actitud infermera vers la família a escala internacional.

S'ha revisat més a fons la versió portuguesa de l'instrument anomenada *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros*

(IFCE-AE), adaptada i validada per Oliveira i altres (2011), ja que es pot considerar que hi ha més semblança cultural entre els models familiars de Portugal i Espanya, que amb els models familiars nòrdics.

La tesi presentada consta de diversos capítols i apartats que pretenen reflectir el procés de realització d'aquest treball.

El primer capítol correspon al marc conceptual, on es defineixen els conceptes bàsics i els antecedents històrics del fenomen estudiat: la família, la família en el procés de cuidar, l'actitud infermera vers la família i l'atenció centrada en la família. També es descriuen els instruments per mesurar l'actitud infermera vers la família, amb una comparativa dels resultats obtinguts en els estudis que han aplicat l'escala FINC-NA. En el segon capítol, s'enumeren els objectius que guien la investigació i les hipòtesis del treball. Seguidament, s'exposen els aspectes metodològics de la tesi: el disseny i l'àmbit d'estudi, la població i la mostra, les variables de l'anàlisi descriptiva, els aspectes ètics i l'explicació detallada del desenvolupament de cadascuna de les fases de l'estudi: 1. Procés d'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA, 2. Procés de validació de l'escala AE-IFCE i anàlisi mètrica i 3. Versió definitiva de l'escala AE-IFCE i anàlisi estadística. Posteriorment, es presenten els resultats de la investigació, estructurats en les mateixes fases que l'apartat anterior.

Gairebé per acabar, s'inclou el capítol de discussió, on s'interpreten els resultats i es contrasten amb estudis similars, i les conclusions realitzades a partir de les troballes de la investigació.

Finalment, es descriuen les limitacions de l'estudi i les línies de futur i s'enumeren les aportacions científiques derivades de la tesi.

Abans de continuar, només cal fer dos aclariments: d'una banda, de la mateixa manera que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres (CII), en aquest document, quan es fa referència a la *infermera*, cal entendre que s'al·ludeix a professionals d'ambdós sexes (Consell de la Professió Infermera de Catalunya, 2010).

I, de l'altra, malgrat que hi ha una diferència semàntica i conceptual entre família i cuidador, en aquest treball no es farà distinció d'ambdós termes i s'utilitzaran indistintament per denominar les persones que acompanyen el pacient durant el procés de la malaltia.

1. Marc conceptual

1. MARC CONCEPTUAL

En aquest capítol, es descriuen els fonaments teòrics i epistemològics, i també es fa una breu explicació dels antecedents històrics de la família en el procés de cuidar, de l'actitud infermera vers la família i dels instruments de mesura necessaris per valorar-la.

1.1. LA FAMÍLIA EN EL PROCÉS DE CUIDAR

Segons Wright i Bell (2009): «La família és un grup d'individus que estan vinculats per forts llaços emocionals, amb sentit de pertinença i una passió per involucrar-se els uns pels altres». La família està considerada com un sistema obert, dinàmic, formada per dos o més persones que viuen juntes, no només per lligams de consanguinitat o afecte, sinó també per motius socioeconòmics, amb una història comuna i regida per normes pròpies (Alberdi, 1999; Gonzales, 2007; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano & Sáez-Bueno, 2009; 2009; Úbeda, 2009).

Les funcions de la família, segons Merrill (1978), són: biològica, afectiva i socialitzadora. No obstant això, De la Revilla (1994), considerant que la família ha de complir un paper determinat en la societat i ha d'assolir els objectius de protecció dels seus membres i de transmissió d'una cultura, assenyala sis funcions bàsiques: comunicació, afectivitat, suport, adaptabilitat, autonomia, regles i normes per mantenir un ordre i una harmonia (Úbeda, 2009). La família és un poderós sistema emocional, que constitueix el major recurs de suport social i personal per afrontar els problemes (Cuesta, 2001, 2006; Fogarty, 1978; Jewson, 1993; Novel, Lluch & De Miguel, 2005).

Si seguim la teoria general de sistemes de Von Bertalanffy (1976), podem considerar la família com un conjunt d'elements que interactuen, que estan en relació i que modifiquen el seu comportament quan hi ha un canvi en aquesta relació. Per tant, quan un membre de la família està malalt, els altres familiars es veuen afectats (Brunner, Suddarth, Smeltzer & Bare, 2005; Gonzales, 2007; Herrera, 1997; To-

rrents, 2003) i poden experimentar indefensió, impotència, tristesa, depressió, ansietat, ràbia, incertesa i estrès; a més de produir-se canvis en la dinàmica de les seves relacions (Åstedt-Kurki et al., 2001b; Blanca, Blanco, Luque & Ramírez, 2008; Cuesta, 2001; Curtis et al., 2012; Torrents, 2003).

Així doncs, en un ingrés hospitalari, la família pateix un desgast i està sotmesa a un sofriment que ha de ser considerat des d'un punt de vista sanitari i institucional. Ha de buscar i desenvolupar respostes a la situació de crisi, necessita aprendre una sèrie d'habilitats i de capacitats per saber com ajudar i satisfer les necessitats físiques, emocionals i espirituals de la persona, ha d'adquirir habilitats per a l'autocura, demanar i acceptar l'ajuda quan sigui necessària, i utilitzar els recursos disponibles (Lluch, Novel & Royo, 2005; Vázquez & Eseverri, 2010). La presència de la família produeix un efecte beneficiós per a la recuperació del malalt, i afavoreix que l'ingrés sigui més curt, cosa que va a favor dels temes econòmics i evita situacions de risc, ja que una família ben informada, formada i involucrada garantirà la continuïtat de cures al domicili i podrà cuidar el seu familiar durant totes les etapes de la malaltia (Blanca et al., 2008; Conway et al., 2006; Cuesta, 2001; Marco et al., 2000; Vázquez & Eseverri, 2010).

Cuidar és un procés interactiu entre una persona que necessita ajuda i una altra que és capaç d'oferir-li-la (Kérouac, 1996). El fet de tenir cura ha estat vinculat a la professió infermera des del seu inici; per això, són molts els models d'infermeria que, d'una banda, han posat èmfasi en les habilitats que ha de tenir o ha d'aprendre la infermera per poder cuidar els pacients i les seves famílies; i, de l'altra, que han desenvolupat moltes teories per explicar la relació infermera-pacient-família, com és el cas, entre d'altres, de Benner, Watson i Mishel, comentades a continuació.

Patricia Benner (1984), durant el desenvolupament de la teoria d'aprenent a experta, explica que considera necessari que les infermeres disposin d'habilitats per a la implicació amb els pacients i les famílies. La mateixa autora afirma que aquestes habilitats s'aprenen amb el temps i l'experiència, i que són essencials per arribar a ser una infermera experta (Alligood & Marriner-Tomey, 2011). Jean Watson, en la teoria de la cura transpersonal, ofereix una guia de cures humanitzades que van més enllà del pacient i que involucren la família, ja que promou un clima que

afavoreix el creixement personal del cuidador i del pacient, i permet a la infermera i a la família desenvolupar i compartir els seus coneixements i les seves necessitats, fet que afavoreix el procés transpersonal de cuidar (Alligood & Marriner-Tomey, 2011; Vázquez & Esevenri, 2010). Aquestes teories ens poden ajudar a comprendre millor les relacions interpersonals entre la infermera, el pacient i la seva família durant el procés de la malaltia, però l'autora que s'ajusta millor i que s'ha agafat com a referent en aquesta investigació ha estat Merle H. Mishel (1988) amb la teoria de la incertesa davant de la malaltia. En les seves dissertacions, la mateixa autora conclou que el suport social té un efecte tant directe com indirecte amb la incertesa i que els mateixos familiars, de vegades, mostren nivells alts d'incertesa que poden originar la disminució del suport ofert al pacient (Mishel & Branden, 1988). Per tant, aquesta teoria ens permet valorar i tractar les vivències d'incertesa i estrès de la família dins el context hospitalari i, encara que s'ha conceptualitzat la teoria amb relació a les persones amb malalties cròniques, molt possiblement es pot fer extensiu a altres patologies agudes (Alligood & Marriner-Tomey, 2011). Així doncs, entenem per incertesa la incapacitat de determinar el significat dels fets relacionats amb la malaltia que apareixen quan la persona pren una decisió i no és capaç de predir el resultat. Mishel la identifica com a factor estressant davant de la malaltia i aporta la idea que potser no hi hagi solució per a la incertesa. L'única possibilitat és que la persona l'accepti com a part de la realitat que està vivint i la interpreti com una oportunitat d'originar un nou punt de vista regit per la probabilitat (Alligood & Marriner-Tomey, 2011; Ferré, Roderó, Vives & Cid, 2008).

Aquesta teoria es fonamenta, principalment, en tres temes principals (figura 1):

- els antecedents de la incertesa
- el procés de valoració
- l'afrontament de la incertesa.

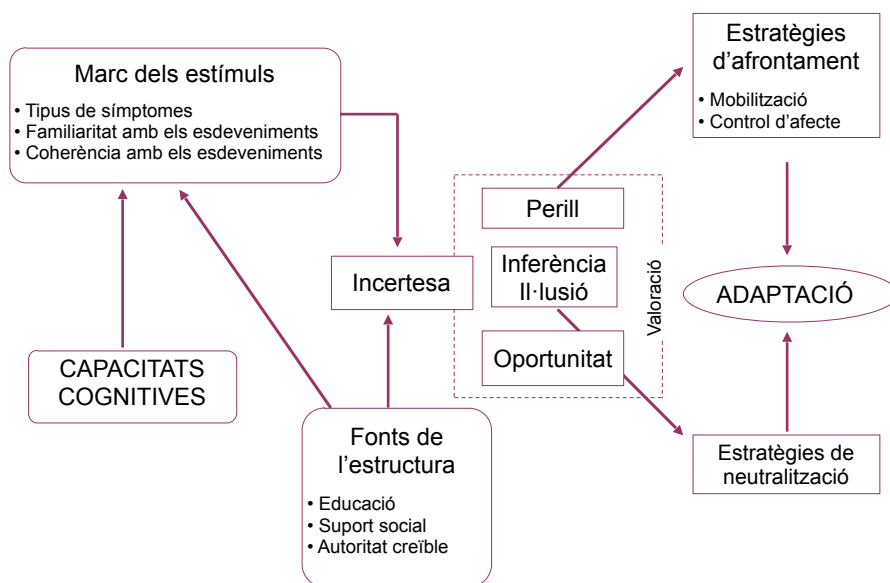


Figura 1. Model d'incertesa davant de la malaltia. Font: Mishel, 1988.

L'objectiu d'aquest model és aconseguir que el malalt i la seva família acceptin la incertesa com a part de la seva vida i que la converteixin en una força positiva que ofereix múltiples oportunitats per aconseguir el bon estat d'ànim dels malalts. Les infermeres, per la seva banda, han de promoure el replantejament de la vida del pacient i de la família.

Així, l'atenció infermera dirigida a la família ha d'orientar les cures amb l'objectiu de mantenir i millorar la dinàmica familiar, facilitar l'adaptació a les situacions de crisi, i ajudar a identificar i utilitzar els recursos disponibles per adoptar estratègies d'afrontament adequades. Tot això, després cal registrar-ho amb un llenguatge clar, senzill i unificat. El testimoni documental de la valoració d'infermeria i de tot el procés infermer és, a la vegada, una obligació, una responsabilitat legal dels professionals d'infermeria, ja que la informació registrada reverteix en la societat, en forma de prestacions sanitàries, millora de serveis, possibilitats d'investigació, educació sanitària i professional.

El registre s'ha d'estructurar de tal manera que faciliti l'organització i la síntesi de les dades de la manera més descriptiva i precisa possible, en àrees i categories relacionades per a la seva comprensió integral. Aquest registre s'ha de realitzar a partir dels llenguatges infermers estandarditzats, com és el cas de les taxonomies infermeres North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) i Nursing Interventions Classification (NIC), que utilitzen diagnòstics, criteris de resultats i intervencions específiques adreçades a orientar l'assistència cap a la unitat familiar. En les figures següents (figura 2, figura 3 i figura 4), es poden observar detalladament els diagnòstics, els criteris de resultats i les intervencions orientades a la família; s'han obviat les etiquetes dirigides a les cures pediàtriques, ja que aquest treball se centra, principalment, en l'atenció als adults.

NANDA	
Domini 1: Promoció de la salut	Gestió ineficaç del règim terapèutic familiar
Classe 2: Gestió de la salut	
Domini 7: Rol/Relacions	Cansament del rol de cuidador
Classe 1: Rols del cuidador	Risc de cansament del rol de cuidador
Domini 7: Rol/Relacions	Processos familiars disfuncionals
Classe 2: Relacions familiars	Disposició per millorar els processos familiars
	Interrupció dels processos familiars
	Risc de deteriorament del vincle
Domini 9: Afrontament/Tolerància a l'estrès	Afrontament familiar compromès
Classe 2: Respostes d'afrentament	Afrontament familiar incapacitant
	Disposició per millorar l'afrentament familiar

Figura 2. Diagnòstics d'infermeria orientats a la família.

NOC

Domini VI: Salut familiar

Adaptació del cuidador principal a l'ingrés del pacient en un centre sanitari

Classe W: Exercici del cuidador familiar

Alteració de l'estil de vida del cuidador principal

Factors estressants del cuidador familiar

Preparació del cuidador familiar domiciliari

Relació entre el cuidador principal i el pacient

Rendiment del cuidador principal: cures directes

Rendiment del cuidador principal: cures indirecte

Resistència del paper del cuidador

Domini VI: Salut familiar

Benestar del cuidador principal

Classe Z: Estat de salut dels membres de la família

Recuperació de l'abandonament

Salut emocional del cuidador principal

Salut física del cuidador principal

Domini VI: Salut familiar

Afrontament dels problemes de la família

Classe X: Benestar familiar

Suport familiar durant el tractament

Clima social de la família

Control del risc familiar: obesitat

Estat de salut de la família

Funcionament de la família

Integritat de la família

Participació de la família en l'assistència sanitària professional

Resiliència familiar

Figura 3. Criteris de resultats orientats a la família.

NIC

Camp 5: Família

Suport a la família

Classe X: Cures durant la vida

Suport al cuidador principal

Assistència en el manteniment de la llar

Cures per relleus

Estimulació de la integritat familiar

Facilitar la presència de la família (U*)

Fomentar la implicació familiar

Manteniment dels processos familiars

Moblització familiar

Potenciació dels rols

Teràpia familiar

*Intervenció inclosa dins el camp 4, classe U.

Figura 4. Intervencions infermeres destinades a la família.

1.1.1. ESTAT ACTUAL SOBRE LA IMPORTÀNCIA DE LA FAMÍLIA EN EL PROCÉS DE CUIDAR

Els estudis que es comenten a continuació són fruit de la recerca bibliogràfica realitzada en les bases de dades AMED, CINAHL, Cuidatge, Cuiden, EBSCO, Google Scholar, IBECS, IMEC-CSIC, ISOC-CSIC, Medline, PubMed i Scopus, i s'han utilitzat com a paraules clau, separades o en combinació, els termes: família, cuidador, atenció d'infermeria centrada en la família, actitud, creences i percepcions. S'han seleccionat els que han estat publicats en els últims anys, tant en l'àmbit nacional com en l'internacional.

Fins fa poc, el focus d'atenció dels professionals sanitaris havia estat el pacient. La família no es considerava objecte de cures i, moltes vegades, la seva atenció quedava en mans de voluntaris o de religiosos (Zaforteza, Sanchez & Lastra, 2008), ja que les infermeres consideraven la família un component poc important per al pacient (Bernat, López & Fontesca, 1999; Sieberstein, 1997).

Va ser durant la dècada dels anys setanta quan Molter (1979) va començar a posar èmfasi en la família amb els seus estudis. Juntament amb Leske (Molter & Leske, 1983) van crear el *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), un instrument de mesura on s'identifiquen les necessitats específiques dels familiars del malalt crític. En aquesta escala, es valoren cinc aspectes que es consideren importants: la informació, el benestar, la proximitat del malalt, el suport per part dels professionals i la seguretat que el seu familiar està ben atès. Aquests mateixos autors conclouen l'estudi afirmant que el professional que cobreix millor totes aquestes necessitats és la infermera. L'escala CCFNI va ser adaptada al castellà i validada, anys després, per Zazpe i altres (1997) amb una mostra formada per 85 familiars de malalts crítics.

En la dècada dels anys vuitanta, en la Primera Conferència Internacional d'Infermeria Familiar de Calgary, Wright i Leahey van introduir el concepte *Family Systems Nursing* per distingir les intervencions infermeres dirigides a la família. Però no va ser fins l'any 2001, quan Schober i Affara, amb la publicació *The Family Nurse:*

Frameworks for practice, van promoure la definició d'un nou rol per a la infermera, que permetia involucrar la família en l'atenció sanitària. Aquest canvi en la pràctica clínica implica ser competent en l'avaluació i en la intervenció amb les famílies a través de la relació de col·laboració entre infermera i família (Wright & Leahey, 2013).

Actualment, cada cop més, els estudis demostren la importància d'incloure la família en les cures d'infermeria, tant com a receptora de les cures com a proveïdora d'aquestes. Durant la recerca bibliogràfica, s'han trobat moltes investigacions que avaluen aquest aspecte del cuidatge en les diferents vessants i especialitats.

La majoria dels estudis d'infermeria trobats focalitzen les seves investigacions en les UCI, tant des del punt de vista dels professionals sanitaris (Blanca et al., 2008; Llamas-Sánchez et al., 2009; Marco et al., 2000; Rodríguez et al., 2003; Söderström et al., 2006; Yanez et al., 2011; Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, Pedro & Lastra, 2004; Zaforteza et al., 2008, 2012; Zaforteza, Pedro-Gómez, Gastaldo, Lastra & Sánchez-Cuenca, 2003) com des del punt de vista dels mateixos familiars del malalt crític (Azoulay et al., 2003; Cypress, 2010; Díaz & Díaz, 2004; Eggenberger & Nelms, 2007; Hidalgo, 2007; Kinrade, 2009; Neves et al., 2009; Paul & Rattray, 2008; Rubio et al., 2001; Santana, Ramírez, et al., 2007; Santana, Sánchez, 2007; Söderström, Saveman, Hagberg & Benzein, 2009; Torrents, 2003; Zaforteza et al., 2008).

Altres investigacions se centren en l'atenció pediàtrica (Blower & Morgan, 2000; Bruce, 2002; Caty, Larocque & Koren, 2001; Correira, 2012; Coyne, O'Neill, Murphy, Costello & O'Shea, 2011; Kristensson, 2000; Maxton, 1997; Moretto, Lessa, Pagliarini & Silva, 2009; Pimenta & Collet, 2009; Serret, 2014), alguns dels estudis trobats expliquen el fenomen de la família dins els serveis d'urgències generals (Carbonell, Aranaz, Mira, Pérez & García, 2004) i, fins i tot, s'ha localitzat algun treball centrat en la cura a les famílies en el context d'atenció primària (Figueiredo & Martins, 2010). En canvi, les investigacions trobades durant la recerca bibliogràfica, que estudien l'atenció de la família durant l'hospitalització en pacients adults, han estat més escasses (Alvarez, 2007; Ferré et al., 2008; Flores et al., 2002; Lee & Yom, 2007; Mora & Ferré-Grau, 2013; Quero, 2003).

En funció de la naturalesa de la malaltia, cuidar pot ser una cosa breu i temporal o de llarga durada i de final incert (Ferré et al., 2008). Així doncs, l'impacte que causa la malaltia en la família és diferent; quan la notícia és recent o la situació és aguda, els familiars es troben pertorbats, els resulta molt difícil assumir informació, prendre decisions i solucionar problemes. En canvi, quan l'hospitalització es perllonga en el temps o el pacient es troba en un procés crònic, la família és qui, molts cops, assumeix la cura del malalt, realitzant les atencions bàsiques. Tot això, sumat al nivell de dependència del malalt, fa que aquesta quedi absorbida per la situació i es produeixi un deteriorament físic i mental de la persona que cuida (Martín, Pèrrera, Altarribas & Serrano, 2009; Quero, 2003).

Encara que cuidar una persona malalta és un fenomen familiar, normalment hi ha una persona de referència que s'encarrega de la seva atenció, l'anomenem cuidador principal (Martín et al., 2009), definit per Ferré i altres (2008) com «aquella persona que assisteix o en cuida una altra afectada per qualsevol tipus de discapacitat, minusvàlida o incapacitat que li dificulti o impedeixi el desenvolupament normal de les seves activitats vitals o de les seves relacions socials». Per tant, quan parlem de cuidador molt possiblement ens trobem davant un malalt crònic, terminal o neurodegeneratiu. En canvi, quan el malalt es troba davant d'un procés agut ens solem referir a família, ja que molt possiblement no hi hagi cuidador establert.

Lima-Rodríguez, Lima-Serrano i Sáez-Bueno (2009) i Delgado (2001), entre d'altres, ratifiquen l'absència, durant l'hospitalització, d'un enfocament infermer centrat en la família. Benzein, Hagberg i Saveman (2008) argumenten que algunes de les raons d'aquest problema són l'economia i les estructures de les institucions, i és que tant a Espanya com en altres països s'evidencia l'existència d'una discordança entre les necessitats de la família i l'atenció que reben. Les cures se centren en aspectes fisiològics impregnats per una forta cultura biomèdica, cosa que provoca, en alguns casos, que els professionals subestimïn la vivència de la família (Zaforteza et al., 2008). L'hospital no és un lloc dissenyat per acollir la família, és un àmbit desconegut, ple de normes i sense facilitats d'adaptació, on no es disposa d'espais còmodes o zones habilitades per poder descansar, escalfar-se el menjar o rentar-se (Flores et al., 2000, 2002; Mora & Ferré-Grau, 2013). Els familiars se senten inti-

midats en un entorn fortament jerarquitzat, on la bata blanca té el poder (Quero, 2003).

Una altra raó que explica l'enfocament centrat en el malalt són les actituds, les creences i els pensaments de les infermeres cap a les famílies, que a causa de la gravetat del pacient, l'aplicació de noves tecnologies i la complexitat dels tractaments, sovint, centren l'esforç assistencial únicament en el pacient, i deixen la família en segon terme i la converteixen en invisible (Mora & Ferré-Grau, 2013; Quero, 2007; Velasco, Prieto, Castillo, Merino & Perea-Milla, 2005; Zaforteza et al., 2003, 2012).

A més, algunes infermeres pensen que la seva tasca és exclusivament la cura del pacient i senten que el sistema sanitari valora més la quantitat d'activitats realitzades amb el pacient que l'eficàcia de la comunicació i la satisfacció amb la família (Blanca et al., 2008; Zaforteza et al., 2008). No obstant això, Zaforteza, García i altres (2010) afirmen que hi ha una preocupació generalitzada per trobar consens per oferir atenció a la família. Delgado i altres (2001), en un estudi realitzat amb metodologia d'investigació - acció participativa, utilitzada per tractar de modificar la pràctica infermera cap als familiars a través de la reflexió, també afirma que la situació de manca de consideració cap a la família està canviant, ja que és visible una major preocupació de les infermeres cap a les vivències dels familiars, cap a la transformació de l'atenció, que no dóna resposta a les necessitats dels familiars, i cap a la reflexió sobre la possible flexibilització de les normes de les UCI. Per tant, les infermeres desitgen establir cures dirigides als familiars dels pacients i, per això, és necessari completar la seva formació en aspectes psicològics, com el maneig de l'estrès emocional, i les estratègies d'afrontament i de comunicació (Zaforteza et al., 2008).

El saber infermer i el desenvolupament de la professió han de conduir necessàriament a que hi hagi canvis en les relacions de poder i de dependència, tant amb els pacients com amb els familiars (Zaforteza et al., 2004). És necessari i desitjable que les infermeres participin en els processos d'informació als familiars i que s'impliquin en la seva cura, ja que la participació més activa en la informació faria més efectiva la relació terapèutica amb els familiars. Tanmateix, tal com afirma Blanca

i altres (2008), cal establir uns estàndards d'atenció a les famílies per cobrir les seves necessitats.

Així doncs, la gran quantitat de literatura científica que descriu les necessitats de la família durant l'ingrés hospitalari, sobretot si el pacient es troba en una situació crítica, confirma que la família necessita rebre informació honesta i comprensible per minimitzar l'estrès, vol conèixer els horaris i el funcionament de la unitat, sentir-se segura, tranquil·la, alleujada, poder estar amb el seu familiar, veure'l, o saber que està ben cuidat i que rep cures de qualitat. També necessita sentir el tracte humà, el contacte, el suport i la comprensió dels professionals sanitaris, amb confiança i seguretat. A més, demana atenció personalitzada, cada família és única i té necessitats individuals (Åstedt-Kurki et al., 2001a; Blanca et al., 2008; Carbonell et al., 2004; Cuesta, 2001; Díaz & Díaz, 2004; Eggenberger & Nelms, 2007; Fernández, Oliveira, Maria & Denise, 2011; Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007; Garcia, 2010; Hidalgo, 2007; Pérez, Rodríguez, Fernández, Catalán & Montejo, 2004; Zaforteza et al., 2008, 2012), i no totes les famílies respondran igual davant les mateixes situacions. Fent referència a Martins (2002): «totes les famílies poden respondre a les mateixes fonts d'estrès de forma diferent, perquè elles també tenen estructures i recursos diferents». Les percepcions de la família estan fortament influenciades per les experiències passades, per la seva personalitat, per l'entrenament que hagi tingut en ingressos previs i, per suposat, per les creences, expectatives, actituds i opinions del grup de pertinença (Blanca Gutiérrez et al., 2008).

Hallgrimsdottir (2000), en un estudi desenvolupat en la UCI, apunta la necessitat de cuidar la família quan les condicions dels pacients són crítiques, per tal de reduir-los la incertesa que provoca la situació de crisi. Aquestes necessitats i demandes, però, no sempre estan ben cobertes. Molts cops, l'entorn de les unitats d'hospitalització és advers cap a la família; possiblement, perquè gairebé no hi ha unes cures sistemàtiques dirigides a ella (Zaforteza et al., 2008).

Santana, Sánchez i altres (2007) avaluen la satisfacció dels familiars dels pacients crítics utilitzant l'escala *Family Needs Assessment* (FNA) i conclouen que la

família està satisfeta per la informació rebuda i la comoditat dins l'habitació, però consideren que s'ha de millorar la comoditat de la sala d'espera, cal preocupar-se una mica més pels sentiments dels familiars i explicar de manera senzilla les tècniques utilitzades amb el pacient. Aquests resultats són molt similars als de l'estudi de Neves i altres (2009) realitzat en la UCI del Geral Adulto do Hospital Português. Els familiars dels pacients ingressats en aquestes unitats manifesten que els agradaria passar més temps amb el pacient, i demostren la necessitat d'implantar el sistema obert de visites en les UCI (Azoulay et al., 2003; Hidalgo, 2007; Llamas-Sánchez et al., 2009; Zaforteza, García et al., 2010).

1.1.2. ESTAT ACTUAL DELS INSTRUMENTS PER AVALUAR LES SITUACIONS FAMILIARS

Per poder incloure els familiars de les persones ateses en el procés d'atenció d'infermeria, des de l'inici, és imprescindible, entre altres coses, avaluar les situacions de les famílies per tenir una visió més clara de la dinàmica de funcionament familiar. Actualment, disposem de moltes eines per poder analitzar aquestes situacions. A continuació, s'enumeren alguns d'aquests instruments que ens ajudaran en l'avaluació del funcionament familiar. Cal destacar que els instruments que avaluen l'actitud infermera de manera específica, aspecte central d'aquesta tesi, es detallen en l'apartat 1.3.

- *Test Apgar familiar* (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 1996; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982): per analitzar la dinàmica i funcionalitat de la família.
- *Escala MOS* (Revilla, Luna, Bailón & Medina, 2005; Sherbourne & Stewart, 1991) i *l'escala DUKE-UNC* (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988; Cuéllar-Flores & Dresch, 2012): per mesurar el suport social percebut per la família.
- *Escala de reajustament social* (Bruner et al., 1994; Holmes & Rahe 1967): per analitzar els agents estressants de la família.
- *Family Assessment Device* (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983): per identificar les percepcions de les persones sobre les fortaleces i les necessitats de la seva família.

- *Entrevista familiar de 15'* (Silva, Moules, Silva & Bousso, 2013; Wright & Leahey, 2013): per avaluar el funcionament familiar de manera ràpida i poder realitzar intervencions promotores de salut i alleugerir el patiment familiar.
- *Feetham Family Functioning Scale* (FFFS) (Roberts & Feetham, 1982): per avaluar el funcionament de les famílies que estan experimentant situacions de crisi. Mesura tres àrees de relació familiar: la relació entre el funcionament familiar i l'entorn social, la relació entre la família i els sistemes, i la relació entre la família i cada membre d'aquesta.
- *Further testing of a family nursing instrument* (FAFHES) (Åstedt-Kurki, Tarkka, Rikala, Lehti & Paavilainen, 2009): per mesurar el suport social associat al funcionament de la família.

Un cop avaluada la situació i el funcionament familiar, ja estem en condicions de poder valorar altres aspectes relacionats amb la família, que ens permetran assolir i mantenir una relació terapèutica efectiva. Això ho podem realitzar mitjançant algun dels instruments següents:

- *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) (Molter & Leske, 1983; Redley, LeVasseur, Peters & Bethune, 2003; Zazpe et al., 1997): per identificar les necessitats familiars de persones ingressades en la UCI.
- *Nursing Facility Family Satisfaction Questionnaire* (NF-FSQ) (Castle, 2004): per analitzar la satisfacció dels familiars vers l'atenció d'infermeria rebuda.
- *Iceland - Family Perceived Support Questionnaire* (ICE-FPSQ) (Svavarsdottir, 2007b; Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson, 2012b): per mesurar la percepció familiar del suport rebut per part de la infermera.
- *Iceland - Expressive Family Functioning Questionnaire* (ICE-EFFQ) (Svavarsdottir, 2007a; Sveinbjarnardottir et al., 2012a): per identificar l'expressió de les emocions, la col·laboració, la resolució de problemes, la comunicació i el comportament en les famílies.

En la taula 1 es poden veure de manera resumida els instruments d'avaluació familiar anteriorment esmentats, que, com ja s'ha dit, són eines que poden utilitzar tots els professionals d'infermeria per millorar l'atenció a les famílies.

La infermera, en totes aquestes valoracions, té un paper fonamental, ja que és qui valora l'experiència de la família, qui examina les necessitats familiars, qui la prepara i li dóna suport per poder fomentar estratègies d'afrontament i de neutralització, efectives i necessàries per poder gestionar la incertesa que es genera en les diferents etapes de la malaltia, i per facilitar l'adaptació a la situació; tal com ens assenyala el model de Mishel.

És la infermera qui ha de tenir cura de la família (Cuesta, 2001); per això, la seva actitud cap a ella és de gran importància (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008).

ESCALA	MESURA
Apgar familiar	Dinàmica i funcionalitat familiar
MOS	Suport social percebut per la família
DUKE-UNC	
Reajustament social	Agents estressants
Family Assessment Device (FAD)	Percepcions personals sobre les fortaleces i les necessitats familiars
Entrevista familiar 15'	Avaluació funcionament i estructura familiar
Feetham Family Functioning Scale (FFFS)	
Further testing of a family nursing instrument (FAFHES)	Suport social associat al funcionament familiar
Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)	Necessitats familiars
Nursing Facility Family Satisfaction Questionnaire (NF-FSQ)	Satisfacció familiar
Iceland - Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ)	Percepció de suport percebut
Iceland - Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ)	Expressió emocions, col·laboració, resolució problemes, comunicació i comportament

Taula 1. Instruments per mesurar l'avaluació i funcionament familiar.

1.2. L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA

Entenem per actitud un conjunt de respostes apreses, a través d'un procés de socialització, per donar una resposta personal als objectes socials del nostre entorn. Per tant, com a resultat d'aquest procés les actituds poden modificar-se (Miguel, 2005; Pacheco, 2002). Signifiquen l'organització dels sentiments, de les creences i dels valors, així com la predisposició de comportar-se d'una determinada manera. Representen l'aspecte psicològic fonamental entre les capacitats de percebre, sentir i d'emprendre d'un individu, al mateix temps que ordena i dona significat a la seva experiència. Són hàbits interns que formen part de la personalitat i indiquen les tendències reals d'una conducta, per tant són la millor manera per preveure un comportament (Miguel, 2005).

A partir del model tripartit de Rosenberg i Hovland (1960), es pot afirmar que les actituds tenen tres components (Novel et al., 2005; Pacheco, 2002):

- el cognitiu: les creences i pensaments
- l'afectiu: els sentiments
- el conductual: el comportament

D'acord amb Katz i Stotland (1959), es considera que les actituds tenen quatre funcions (Miguel, 2005):

- Adaptativa: permet desenvolupar una actitud que aprova la societat.
- Autorealizadora: permet expressar els valors fonamentals per mantenir.
- Defensiva del jo: permet proporcionar autoprotecció.
- Cognoscitiva: permet comprendre i donar sentit a l'experiència.

La teoria de l'acció raonada d'Ajzen i Fishbein (1980), dissenyada per entendre el comportament humà, afirma que la intenció de la persona precedeix al comportament i està en funció de dos elements (Marco et al., 2000; Pacheco, 2002) (figura 5):

- el factor personal: que és l'avaluació de l'individu per portar a terme una determinada conducta, s'anomena *actitud cap al comportament*, i depèn de la

«creença del propi individu sobre els efectes del comportament».

- el factor social: que és la percepció de l'individu de la pressió social exercida sobre ell mateix per desenvolupar un o altre comportament, s'anomena norma subjectiva, i depèn de la «creença de l'individu sobre allò que els altres pensarien si actués d'una manera o d'una altra».

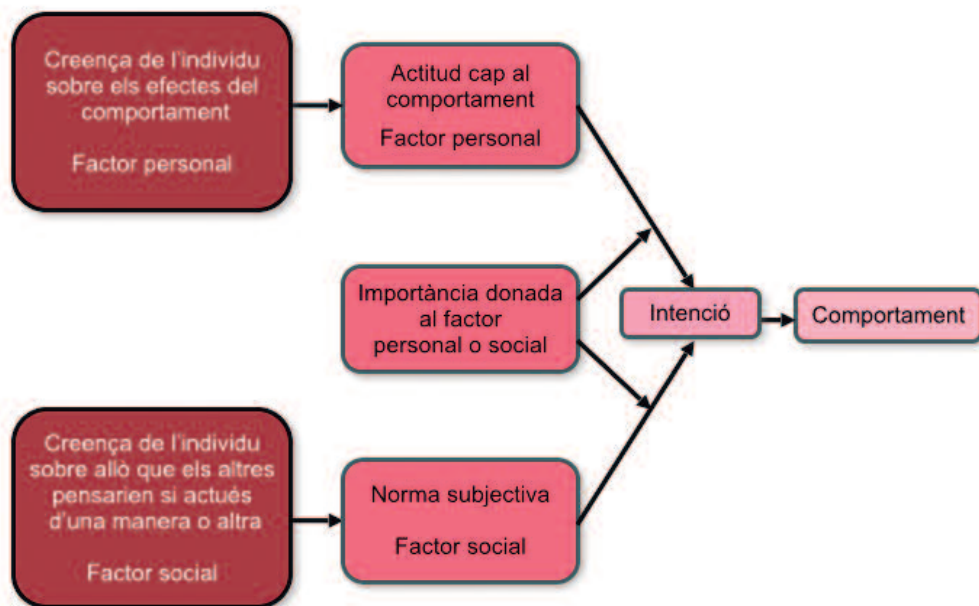


Figura 5. Teoria de l'acció raonada (Ajzen i Fishbein, 1980). Font: Marco i altres, 2000.

Segons aquesta teoria, per canviar el comportament és necessari comprendre i modificar les actituds, ja que hi ha una relació directa entre aquestes. Així doncs, l'èxit del canvi depèn més del factor personal que de les possibles influències externes; és a dir, de l'anomenat *factor social* (Kirchhoff, Pugh, Calame & Reynolds, 1993; Marco et al., 2000).

L'actitud, segons Callista Roy, té a veure amb «el contacte, l'escolta i el fet d'entendre l'altre», i és la base per a una relació de qualitat entre la infermera i la família. La infermera ha de saber com transmetre la seva actitud tant de forma (Pacheco, 2002):

- Verbal, que inclou aspectes com: contestar a una expressió, explicar procediments abans d'iniciar-los, aclarir l'estat físic i emocional del pacient, compartir percepcions, tranquil·litzar, debatre tòpics relacionats amb la salut del pacient...
- No verbal, que comprèn accions com: seure al costat del llit, tenir contacte amb el pacient durant els procediments, mantenir la mirada durant la interacció, demanar permís per entrar a l'habitació...

Beltran (2010) en el seu article «Las enfermeras ausentes» afirma que és necessari interactuar, explicar, ensenyar, oferir afecte i companyia, i tot això no s'aconsegueix des del control d'infermeria. A més, conclou que si no s'interactua amb el pacient i amb la família difícilment es poden fer cures d'infermeria. Aquestes cures que milloren amb l'aplicació dels coneixements científics es posen en pràctica a través de l'actitud.

Per tant, l'actitud que adopten les infermeres en relació amb la família és un element cabdal en el procés de cuidar (Beltrán, 2010; Fisher et al., 2008), la forma d'interacció que s'estableix pot influir en l'èxit o el fracàs del tractament, en l'acceptació o refús de les mesures terapèutiques i en la satisfacció del pacient-família (Åstedt-Kurki et al., 2001a; Beltrán, 2010).

Així doncs, en qualsevol àmbit de la pràctica clínica, per garantir l'èxit de la relació terapèutica les infermeres han d'adoptar un model infermer que orienti les intervencions d'infermeria en les etapes de valoració i de planificació, que permeti manifestar unes actituds positives vers les persones receptores de cures i les seves famílies (Figueiredo & Martins, 2010).

L'ús de models d'avaluació familiar permet reconèixer amb facilitat les fortaleses i els problemes de la família, ajuda a organitzar la gran quantitat d'informació aparentment diferent i proporciona un enfocament per a la intervenció infermera (Wright & Leahey, 2013). Per aquest motiu, s'ha considerat oportú desenvolupar el model familiar de Calgary, que es detalla a continuació.

1.2.1. MODEL FAMILIAR DE CALGARY

Com s'ha exposat anteriorment, els models teòrics enfocats en la família representen una ajuda important per a les infermeres, ja que faciliten la valoració i la intervenció amb les famílies, amb la finalitat de provocar canvis enfront del problema presentat.

L'any 2001, en el monogràfic «The family Nurse: Frameworks for Practice» (Schober & Affara, 2001), el model familiar de Calgary es va identificar com un dels models a seguir per les infermeres. Posteriorment, s'han realitzat altres estudis que avaluen la utilitat d'aquest enfocament infermer de sistemes familiars utilitzant el model d'avaluació familiar de Calgary (MAFC) i el model d'intervenció familiar de Calgary (MIFC) (Duhamel & Talbot, 2004). Partint d'aquests dos models, basats en la teoria general de sistemes (Bertalanffy & Almela, 1976), la infermera reconeix la influència que els membres de la família tenen l'un de l'altre, així com la reciprocitat entre l'evolució i la gestió de la malaltia i la dinàmica familiar. Seguidament, es detallen els dos models.

El model d'avaluació familiar de Calgary

El model guia la infermera en l'anàlisi de l'estructura, el desenvolupament i el funcionament familiar. Proposa un marc multidimensional per a la seva avaluació a partir d'una estructura organitzada, que ajuda a promoure el canvi cap a la salut i permet deduir els aspectes que influencien els estats de salut. Concretament, aquest model destaca la relació família-infermera, i se centra en la intersecció entre la funció dels membres de la família i les intervencions realitzades per les infermeres (Figueiredo & Martins, 2010; Wright & Leahey, 2013).

Està basat en tres categories o dimensions fonamentals:

- Estructural: integra els aspectes interns, externs i de context de la família.
- De desenvolupament: comprèn l'avaluació del cicle vital; és a dir, la trajectòria típica que recorren la majoria de les famílies.
- Funcional: inclou els detalls sobre com es comporten els individus en la dimensió instrumental i en l'expressiva.

Cadascuna d'aquestes categories està composta per diferents subcategories que integren conceptes complexos. Queda tot resumit en el diagrama ramificat del MAFC (figura 6).

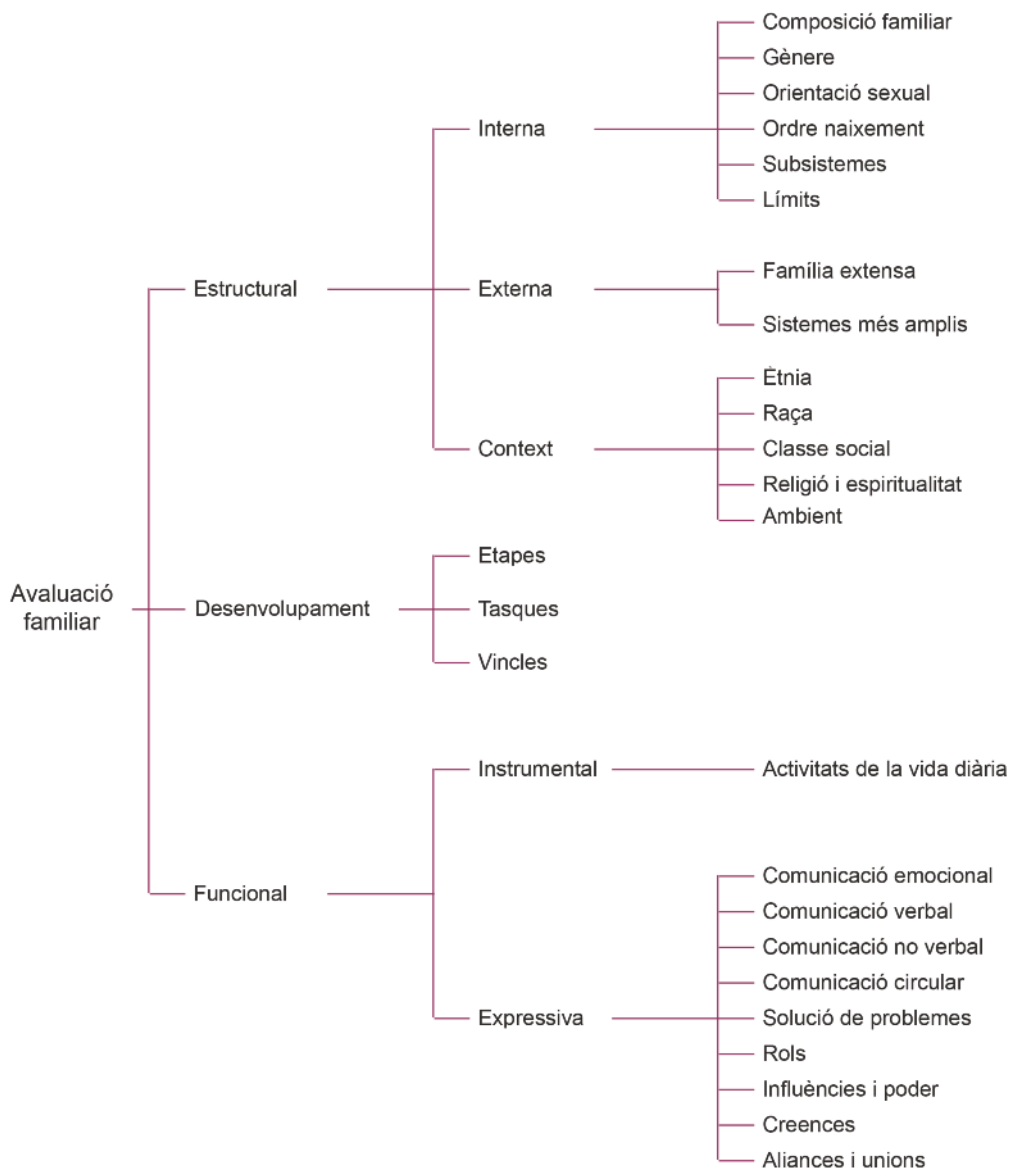


Figura 6. Diagrama ramificat del MAFC. Font: Wright & Leahey, 2013.

El model d'intervenció familiar de Calgary

És el company del MAFC i és el primer model d'intervenció que sorgeix dins la disciplina infermera. Basat en les fortaleses i la resiliència de les famílies, conceptualitza la intersecció entre els tres dominis funcionals de la família (cognitiu, afectiu i conductual) i les intervencions específiques ofertes per la infermera (Wright & Leahey, 2013) (taula 2).

Per tant, és una eina que permet identificar els punts forts de la família i intervenir en els problemes familiars, amb l'objectiu d'orientar la infermera en la promoció, la millora i el manteniment del funcionament efectiu en situacions de vulnerabilitat familiar.

Dominis funcionals de la família	Intervencions ofertes per la infermera
Cognitiu	
Afectiu	Ajust o eficàcia
Conductual	

Taula 2. MIFC: Intersecció del domini funcional familiar i les intervencions.

Font: Wright & Leahey, 2013.

Segons aquests dos models (MAFC i MIFC) de Wright i Leahey (2013), l'actitud positiva de la infermera vers la família és fonamental per facilitar un canvi terapèutic, promoure la curació i disminuir el patiment (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Saveman, 2011).

Entenem per actitud positiva aquella forma de fer que afavoreix les interaccions i que convida la família a realitzar cures a través de la confiança i el contacte (Sö-

derström, Benzein & Saveman, 2003). Åstedt-Kurki i altres (2001a), seguint la mateixa línia de treball, consideren actituds positives aquelles que faciliten la interacció amb la família i engloben molts aspectes de comunicació: oferir l'oportunitat de parlar, interessar-se per la família, convidar-los a participar en les cures d'infermeria, parlar amb un llenguatge clar, senzill, lent i amable, resoldre dubtes... (Delgado Hito et al., 2001).

Però, tot això, pot ser un problema si la infermera té por a acostar-se i crear relacions, té pressa, té poc temps per a la família; també la tímida, el treball per torns, la gravetat de la malaltia, o que el mateix pacient no autoritzi la interacció infermera-família, i la renúncia de la família a aproximar-se als professionals, a més de l'absència d'un lloc tranquil, entre d'altres, són considerats obstacles o dificultats per mantenir una bona relació terapèutica (Åstedt-Kurki et al., 2001b; Díaz & Díaz, 2004; Söderström et al., 2003; Zaforteza et al., 2003) (taula 3).

Facilitadors	Oferir l'oportunitat de parlar
	Interessar-se per la família
	Convidar-los a participar en les cures
	Parlar amb un llenguatge clar, senzill, lent i amable
	Resoldre dubtes
Obstaculitzadors	Por a crear relacions
	La pressa
	La tímida
	El treball per torns
	No autorització mateix pacient
	Renúncia de la família
	Absència d'un lloc tranquil
Gravetat de la malaltia	

Taula 3. Elements que faciliten i obstaculitzen la relació terapèutica.

Per tant, la qualitat de la interacció amb la família es veu influenciada per les actituds de les infermeres vers aquesta i, en els últims anys, aquesta actitud ha estat objecte d'investigacions en diferents contextos i diverses metodologies.

1.2.2. ESTAT ACTUAL DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA FAMÍLIA (ACF) - FAMILY-CENTERED CARE (FCC)

La majoria d'estudis realitzats a les UCI coincideixen a afirmar que les infermeres creuen que la família proporciona suport emocional al pacient, li incrementa el desig de viure i no el desestabilitza, malgrat que suposa una major càrrega física i psíquica per a les infermeres, són elles mateixes les que afirmen que cal implicar la família en algunes cures. A la vegada, consideren que estan capacitades per relacionar-se amb la família, donar-li suport i ajudar-la a comunicar-se amb el pacient. A més, es mostren molt favorables a flexibilitzar les normes restrictives de les unitats com, per exemple, afavorir la visita oberta, ja que augmenta la satisfacció de les famílies, disminueix l'ansietat, els proporciona molta informació de la situació del pacient i els ajuda a disminuir el grau d'estrès (Blanca et al., 2008; Marco et al., 2000; Rodríguez et al., 2003; Yanez et al., 2011; Zaforteza et al., 2008).

No obstant això, malgrat que afirmen que les famílies són importants, aquesta creença no sempre reflecteix les activitats que desenvolupen. Es considera molt important conèixer millor la família per proporcionar cures de qualitat, però en el moment d'ingressar no li proporcionen gaire informació, ja que creuen que les famílies estan massa nervioses i preocupades. Aquesta manca d'informació comporta, de vegades, algunes equivocacions com, per exemple, suposar el parentiu del familiar que acompanya el pacient (Delgado et al., 2001).

Contràriament al que s'afirma en altres treballs, hi ha infermeres que s'oposen a la visita oberta de les UCI, amb l'argument que la presència de la família desestabilitza el pacient i li produeix esgotament i estrès, a més de retardar el seu treball (Blanca et al., 2008; Marco, 2000 et al.; Simpson et al., 1996; Vázquez & Eseverri, 2010;

Yanez et al., 2011; Zaforteza et al., 2003). Santana i altres (2009) utilitzen l'escala *Nurse Activities for Communicating with Families* (NACF) per analitzar la percepció vers la qualitat del procés de comunicació amb els familiars i afirmen que hi ha una absència generalitzada de comunicació entre infermeres i familiars. Aquest mateix estudi conclou que seria important afrontar tots els obstacles que impedeixen una bona comunicació amb unes eines que permetin integrar la família en el pla de cures, de manera que sigui beneficiós per al pacient i la seva família sense dificultar les tasques de les infermeres. Per tant, la família encara segueix sent un element extern de les UCI i la seva inclusió encara és una assignatura pendent de resoldre per les infermeres (Blanca et al., 2008).

Aquesta perspectiva també es reflecteix en les unitats d'hospitalització de persones amb malaltia crònica, en les quals encara hi ha dificultats per incloure la família en les cures, ja que sovint es generen situacions estretament relacionades amb els sentiments, les emocions i els conflictes. Encara que la inclusió de la família en les cures, de vegades, pot esdevenir gratificant, també produeix estrès. Quan la presència de la família facilita el benestar i alleuja el treball es percep com a positiu, però en el moment que el familiar no compleix amb les expectatives de les infermeres, la seva presència a l'hospital es converteix en una càrrega (Szarecki, 2010), fet que provoca el rebuig dels familiars en l'hospital, per part de les infermeres (Martins, 2004).

Tanmateix, hi ha molts estudis que evidencien que les infermeres tenen creences positives vers la família. Saveman (2005), en un treball realitzat a estudiants d'infermeria de la Universitat de Suècia, descriu que les alumnes consideren que quan la família és a prop del pacient es redueix el patiment, ja que aquesta és una font de suport que crea un ambient de confiança i fomenta el benestar.

Åstedt-Kurki i altres (2001b), en un estudi realitzat a les unitats d'hospitalització, confirmen que la majoria d'infermeres consideren important la interacció amb la família, malgrat que es produeixi únicament quan la família va a visitar el pacient. Hertzberg, Ekman i Axelsson (2003) van concloure el seu treball afirmant que les

infermeres de les llars sueques consideren la família com un recurs, ja que aquesta els proporciona la informació necessària per desenvolupar una atenció de qualitat; no obstant això, aquestes infermeres no senten la necessitat d'involucrar la família en les cures, ja que creuen que s'ha d'invertir un temps que els manca en altres àrees que consideren prioritàries. Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill i Stevens (2005) assenyalen que totes les infermeres creuen que tenen habilitats per proporcionar cures d'infermeria a la família i protegir-la, així, d'experiències doloroses i desagradables.

Les creences positives i les creences negatives vers la família, evidenciades en aquests estudis, es recullen en la taula 4.

Creences positives vers la família	Creences negatives vers la família
Proporciona suport emocional	Càrrega física i psíquica
Incrementa desig de viure del pacient	No se li proporciona gaire informació perquè està massa nerviosa i preocupada
Disminueix ansietat del pacient i família	La presència de la família desestabilitza el pacient, l'esgota i l'estressa
Ajuda a disminuir l'estrès	Retard del treball d'infermeria
Crea un ambient de confiança	Per involucrar la família s'ha d'invertir un temps que manca en altres àrees
Fomenta el benestar	
Proporciona informació per desenvolupar una atenció de qualitat	

Taula 4. Creences positives i negatives de les infermeres vers la família

Per tant, es pot afirmar que les infermeres pensen que és important establir una bona relació amb la família; tot i això, tenen dificultats per incloure-la en les cures d'infermeria (Åstedt-Kurki et al., 2001a, 2001b; Benzein, Johansson, Årestedt, Berg & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2002). Els estudis confirmen que, malgrat proposar-los intervencions senzilles i fàcils d'aplicar per millorar l'experiència familiar, els resultats no evidencien un canvi en la pràctica clínica (Pérez et al., 2004; Zaforteza et al., 2012).

Benzein, Johansson, Årestedt i Saveman (2008) suggereixen que es necessita una actitud infermera positiva per convidar i involucrar les famílies en les cures d'infermeria, ja que la col·laboració de les famílies i les infermeres es tradueix en millors resultats de satisfacció i atenció a la persona malalta. Però si no es veu el pacient i la família com una unitat és impossible oferir una atenció centrada en la família.

L'atenció centrada en la família (ACF) és un enfocament de cures que s'ha convertit en habitual en la majoria d'entorns pediàtrics d'Amèrica del Nord, però no pot dir-se el mateix en l'àmbit de l'atenció sanitària en adults, on encara és escassa o incipient (Alguire, 2013).

En un informe creat per Conway i altres (2006), es reconeix la família com a essencial per al benestar del pacient, és més que un substitut quan el pacient és incapaç de prendre decisions, ajuda a mantenir la qualitat i la seguretat en les cures, i és essencial en la continuïtat assistencial que es dona a la persona receptora de cures.

Segons l'*Institute for Patient and Family Centered Care*, els conceptes bàsics de l'atenció centrada en la família són (<www.ipfcc.org>):

- Respecte i dignitat: Les infermeres escolten les opinions i perspectives del pacient i la seva família. Valoren els seus coneixements, els valors, les creences i els orígens culturals, i els incorporen en la planificació i prestació de les cures.
- Intercanvi d'informació: Les infermeres es comuniquen i comparteixen la informació oportuna amb els pacients i la família, d'una manera precisa i clara, per tal que puguin participar de manera efectiva en les cures i en la presa de decisions.
- Participació: El pacient i la família són animats i recolzats a participar en les cures i en la presa de decisions fins on desitgin.
- Col·laboració: Els pacients i les famílies també s'inclouen en la política i els programes de desenvolupament de les institucions.

Segons l'estudi fet per Corlett i Twicross (2006), que analitza la bibliografia dels últims quinze anys, un principi bàsic en les cures d'infermeria centrades en la família és el procés de negociació entre la família i la infermera, que es tradueix en la presa de decisions compartides. Aquesta investigació suggereix que la manca de comunicació eficaç, les expectatives professionals i les qüestions de poder i de control, moltes vegades inhibeixen la negociació oberta i recíproca entre les famílies i les infermeres.

L'ACF es va originar en l'atenció pediàtrica, durant la dècada dels anys vint a Anglaterra, Sir J. Spence va començar a admetre les mares amb els seus fills als hospitals, en comptes d'excloure-les com fins llavors. Durant els anys quaranta, a Nova Zelanda, es va demostrar que l'admissió de les mares no augmentava la incidència d'infecció en les unitats pediàtriques, argument principal per excloure-les fins llavors. I va ser en la dècada dels anys cinquanta quan es va demostrar que els nens se sentien més insegurs quan els separaven dels seus pares durant l'hospitalització (Alguire, 2013; Shields, Pratt, Davis & Hunter, 2008).

Fagin, durant els anys seixanta, va redactar unes recomanacions que permetien als pares estar amb el seu fill hospitalitzat. En aquestes recomanacions ja s'apuntava que es necessitaven canvis en les actituds de les infermeres vers les famílies (Alguire, 2013; Fagin & Nusbaum, 1978). Actualment, s'estan realitzant investigacions al voltant de la temàtica de l'atenció centrada en les famílies en unitats pediàtriques i neonatals, un exemple és la tesi doctoral realitzada per Serret (2014).

L'enfocament centrat en la família es va fer extensiu als adults, sobretot en l'àmbit de les cures intensives, durant la dècada dels anys seixanta (Balint, 1969; Mead & Bower, 2000). Més recentment, altres autores han continuat analitzant la importància de l'ACF com, per exemple, les infermeres Benzein, Saveman, Svavarsdottir i Caty dels Països Nòrdics, com Alguire de Canadà, com Zarins de Tanzània i com Correira de Portugal. Aquestes autores consideren que la malaltia és un assumpte de família i que, per tant, és important la participació d'aquesta en la cura del malalt per poder minimitzar el patiment del pacient-família (Sveinbjarnardottir et al., 2011).

1.3. INSTRUMENTS PER MESURAR L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA

En aquest apartat, es descriuen els instruments utilitzats per avaluar l'actitud que adopta la infermera vers la família, es detalla l'escala original que es pretén adaptar i validar (FINC-NA), així com la versió adaptada al portuguès (IFCE-AE). També es comenten els principals resultats obtinguts després d'aplicar l'escala original i les versions adaptades en diferents contextos.

1.3.1. REVISIÓ DELS INSTRUMENTS PER MESURAR L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA

A partir de la recerca bibliogràfica realitzada en les bases de dades AMED, CINAHL, Cuidatge, Cuiden, EBSCO, Google Scholar, IBECs, IMEC-CSIC, ISOC-CSIC, Medline, PubMed i Scopus, en què es van utilitzar com a paraules clau, separades o en combinació, els termes: atenció d'infermeria centrada en la família, actitud, escales i qüestionaris; s'han seleccionat diversos articles en què s'analitza l'actitud infermera vers la família.

La majoria d'estudis nacionals aborden el tema utilitzant metodologia qualitativa (Delgado et al., 2001; Leal, 2010; Vázquez & Eseverri, 2010; Zaforteza et al., 2004; Zaforteza, Prieto et al., 2010) des de l'anàlisi del relat de les infermeres d'UCI. En canvi, els estudis internacionals tracten la relació entre el personal d'infermeria i la família des de la vessant més quantitativa, utilitzant diversos instruments que mesuren l'actitud infermera amb la família en aspectes molt concrets.

Són molts els estudis que fan servir instruments per mesurar l'actitud infermera dins l'àmbit de les cures pediàtriques, és el cas de Bruce (2002) i Caty i altres (2001) que amb el qüestionari *The Family-Centered Care Questionnaire* (FCCQ-R)

avaluen l'atenció centrada en la família dins l'entorn pediàtric. Pfeil (1997), amb l'escala *The European Charter for Children in hospital*, mesura les opinions, els sentiments i les percepcions de les infermeres vers els pares que realitzen cures d'infermeria; i Meiers, Tomlinson i Peden-McAlpine (2007) amb l'escala *Family Nursing Caring Beliefs Scale* (FNCBS) mesuren l'actitud infermera amb la família del nadó crític.

Pel que fa als adults, Simpson i Tarrant (2006) utilitzen l'escala *The Family Nursing Practice Scale* (FNPS) per descriure les necessitats infermeres en les unitats de psiquiatria. Altres escales avaluen les actituds infermeres en situacions d'urgència o mort sobtada (Hallgrimsdottir, 2000; Tye, 1993). També, hi ha alguns instruments que mesuren aspectes específics relacionats amb les cures pal·liatives (Kirchhoff & Beckstrand, 2000).

L'àmbit en què s'utilitzen més els instruments per mesurar la relació infermera-família és dins les UCI; Hammond (1995), Maxton (1997) i O'Malley i altres (1991) estudien les experiències, les necessitats i les percepcions de les infermeres amb els familiars de malalts en situació crítica utilitzant diferents escales de mesura. Santana i altres (2009) analitzen, en aquestes mateixes unitats, les intervencions de comunicació entre infermeres i família mitjançant l'escala *Nurse Activities for Communicating with families* (NACF).

Però, les investigacions en les quals es mesura l'actitud de les infermeres en relació amb la interacció infermera-família dins l'àmbit hospitalari general són més escasses. Tot i això, s'ha trobat l'estudi d'Astedt-Kurki i altres (2001b) que pretén determinar les perspectives de les infermeres sobre la interacció amb les famílies amb un instrument construït a partir de la revisió bibliogràfica. La investigació de Lee i Yom (2007) compara la qualitat de l'atenció infermera amb la satisfacció percebuda pels familiars amb el qüestionari SERVQUAL.

Finalment, cal comentar i destacar el treball dut a terme per Benzein, Johansson, Årestedt, Berg i altres (2008), de construir l'escala *Families' Importance in Nursing*

Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA). El FINC-NA, encara que no és l'únic instrument que s'ha trobat que mesura les actituds infermeres, sí que s'ha considerat que és el més adient per mesurar les actituds infermeres vers la importància de cuidar les famílies des d'una perspectiva d'infermeria genèrica. Aquesta escala, per poder-la utilitzar en el nostre context, prèviament ha de seguir un procés d'adaptació transcultural al castellà i de validació per convertir-la en un instrument fiable i vàlid; fet que s'ha convertit en l'objectiu general d'aquesta tesi.

Tots els instruments comentats anteriorment queden resumits en la taula 5.

Instrument	Autor (Any)	Mesura	Participants (n)	Àmbit	País
The Family-Centered Care Questionnaire (FCCQ-R)	Bruce i altres (2002) Caty i altres (2001)	Percepcions infermeres en l'atenció centrada en la família	Infermeres (n = 483) Infermeres (n = 338)	Hospital general Pediatría	Canadà Canadà
The European Charter for Children in hospital	Pfeil (1997)	Opinions, sentiments i percepcions del propi rol i el dels pares	Infermeres (n = 64)	Hospital general Pediatría	Alemanya i Anglaterra
Family Nursing Caring Beliefs Scale (FNCBS)	Meiers (2007)	Actitud infermera vers família sensible a la crisi	Infermeres (n = 163)	Cures intensives neonatals	Amèrica del Nord
The Family Nursing Practice Scale (FNPS)	Simpson i Tarrant (2006)	Necessitats infermeres	Infermeres (n = 140)	Psiquiatria	Xina
Questionari (64 ítems) a partir revisió bibliografia	Hallgrimsdotir (2000)	Percepcions i experiències de les infermeres amb la família en situacions greus	Infermeres (n=54)	Urgències i emergència	Escòcia
Questionari (37 ítems)	Tye (1993)	Actituds infermeres vers les necessitats familiars en una situació de mort sobtada	Infermeres (n = 52)	Urgències i emergència	Anglaterra
The National Survey of Critical Care Nurses Regarding End-of-Life Care	Kirchhoff i Beckstrand (2000)	Percepció infermeres en la situació d'últims dies	Infermeres (n = 300)	Cures intensives	Amèrica del Nord
No es mostra en l'article	Hammond (1995)	Actituds d'infermeres i de familiars en la prestació de cures d'un malalt greu	Infermeres (n = 27) i familiars (n = 20)	Cures intensives	Anglaterra
No es mostra en l'article	Maxton (1997)	Percepcions de metges i infermeres en la presència i participació dels pares en les cures intensives	Infermeres i metges (n = 72)	Cures intensives	Austràlia
The Needs of Relatives Critically Ill Patients	O'Malley i altres (1991)	Actituds infermeres vers les necessitats familiars	Infermeres (n = 126)	Cures intensives pediatria	Anglaterra
Nurse Activities for Communicating with families (NACF)	Santana i altres (2009)	Comunicació entre infermera família	Infermeres (n = 70)	Cures intensives	Espanya
Questionari (28 ítems). The Importance of Interaction and of Knowing the Family Member	Astedt-Kurki i altres (2001)	Punt de vista infermer de la interacció infermera-família	Infermeres (n = 320)	Hospital general adults	Finlàndia
SERVQUAL scale	Lee i Yom (2007)	Qualitat de l'atenció infermera	Infermeres (n = 282) i familiars (n = 272)	Hospital general adults	Corea
FINC-NA	Benzin Johansson, Årestedt, Berg i altres (2008)	Actitud infermera vers la importància de la família	Infermeres (n = 634)	Tots els àmbits	Suecia

Taula 5. Instruments de mesura de l'actitud, les percepcions i les creences infermeres.

1.3.2. EL FINC-NA

El FINC-NA, tal com hem comentat, és una escala dissenyada per mesurar les actituds infermeres vers la importància d'incloure la família en les cures d'infermeria.

S'inicia el treball de construcció de l'instrument l'any 2003, a Suècia, per un grup d'infermeres liderades per les doctores E. Benzein, P. Johansson i B-I. Saveman. L'instrument va seguir un procés de construcció guiat per les idees de Norman i Streiner, i es va realitzar a partir d'una revisió bibliogràfica exhaustiva, tant d'aspectes metodològics com del constructe a estudiar. Es van realitzar diverses reunions amb infermeres expertes, fins obtenir la primera versió de l'instrument que comptava amb 117 ítems i 4 opcions de resposta tipus Likert. A poc a poc, es van anar reduint la quantitat d'ítems, de 82 a 78, a 59, fins arribar a quedar en 26 afirmacions. Les opcions de resposta també es van modificar, primer eren quatre, després s'ampliaren a sis, posteriorment es canviaren a «Sí / No», però després de considerar que la possibilitat de resposta quedava massa limitada es va decidir deixar 4 opcions, malgrat que coneixien les opinions dels experts que recomanen que les respostes siguin un nombre senar per poder mesurar la direcció i intensitat de les actituds. Les autores, però, afirmen que amb el nombre parell s'eviten les tendències d'alguns enquestats de no definir-se o no prendre'n partit.

La validació de l'escala es realitza amb una mostra de 634 infermeres de tots els contextos de la pràctica clínica, i es fa vàlid l'instrument en tots els àmbits de la professió. El 93% de la mostra van ser dones i la mitjana d'edat de 45 ± 11 anys. L'anàlisi factorial exploratòria va revelar quatre subescales que indicaven quatre aspectes a analitzar de l'actitud infermera vers la família, aquestes dimensions són:

- *Family as a resource in nursing care* (Fam-RNC), (*La família com a recurs en les cures d'infermeria*), que conté 10 ítems amb un rang de puntuació possible de 10 a 40. Se centra en una actitud positiva cap a la família i el valor de la presència d'aquesta en les cures d'infermeria
- *Family as a conversational partner* (Fam-CP) (*La família com a interlocutora*), que conté 8 ítems amb un rang de puntuació possible de 8 a 32. Fa referència

a la importància de reconèixer la família i tenir un diàleg amb ella.

- *Family as a burden* (Fam-B) (*La família com a càrrega*), que conté 4 ítems amb un rang de puntuació possible de 4 a 16. Recull les declaracions negatives sobre la família; per aquest motiu, tots els ítems d'aquesta dimensió puntuen a la inversa.
- *Family as own resource* (Fam-OR) (*La família com a recurs propi*), que conté 4 ítems amb un possible rang de 4 a 16. Se centra en el reconeixement de la família amb els seus propis recursos per afrontar les situacions.

El FINC-NA és una escala autadministrada formada per 26 afirmacions; amb una estructura tipus Likert amb 4 opcions de resposta (1 = totalment en desacord, 2 = en desacord, 3 = d'acord i 4 = totalment d'acord), la puntuació va d'1 a 4 per a cada ítem i els rangs de 26 a 104. Per tant, com més puntuació més favorable és l'actitud de la infermera vers la família, tant en l'escala total com en cadascuna de les dimensions (annex I).

Pel que fa a la interpretació dels resultats, podem dir que una puntuació baixa en totes les escales és aquella que és inferior al quartil 1 en la puntuació total i correspon a una actitud infermera vers la família poc positiva (Benzein, Johansson, Årestedt, Berg et al., 2008; Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008).

En la taula 6 es resumeixen les quatre dimensions de l'escala FINC-NA, amb els rangs i el nombre dels ítems que les formen.

	Dimensions	Rang	Ítems
FINC-NA	Family as a resource in nursing care (Fam-RNC)	10-40	3, 4, 5, 7, 10, 11 13, 20, 21, 22
	Family as a conversational partner (Fam- CP)	8-32	1, 6, 9, 12, 14, 15, 19, 24
	Family as a burden (Fam-B)	4-16	2, 8, 23, 26
	Family as own resource (Fam-OR)	4-16	16, 17, 18, 25

Taula 6. Distribució dels ítems del FINC-NA.

Es va analitzar la consistència interna de l'escala global amb el càlcul de l'alfa de Cronbach, i va donar com a resultat 0,88 per a l'escala total i d'entre 0,69 a 0,80 per a les diferents subescales.

Pel que fa a l'anàlisi de les correlacions entre les subescales, les correlacions més fortes es mostren entre les subescales i l'escala total. La dimensió Fam-RNC és la que presenta una correlació més forta amb l'escala total (0,840), mentre que la correlació més feble és la de la dimensió Fam-B amb l'escala total (0,620). Entre les subescales, la correlació més forta es presenta entre la Fam-RNC i la Fam-CP (0,579), mentre que la més feble és la que es dona entre la dimensió Fam-B i Fam-CP (0,298). En la taula 7 s'exposen de manera gràfica aquestes correlacions.

	Fam-RNC	Fam-CP	Fam-B	Fam-OR	FINC-NA
Fam-RNC	1,000				
Fam-CP	0,579	1,000			
Fam-B	0,393	0,298	1,000		
Fam-OR	0,559	0,550	0,327	1,000	
FINC-NA	0,840	0,824	0,320	0,740	1,000

Taula 7. Correlació entre les dimensions i l'escala FINC-NA. Font: Benzein, Johansson, Årestedt, Berg i altres 2008.

Posteriorment, Saveman, Benzein, Engström i Årestedt (2011) han continuat treballant aquest instrument i l'han modificat; la nova versió de l'escala FINC-NA conserva el mateix nombre d'ítems, però ha augmentat les opcions de resposta tipus Likert a 5 en comptes de 4. No obstant això, en aquest treball s'ha utilitzat l'escala

original de 4 punts Lickert, ja que el refinament d'aquest instrument va ser simultani a la realització d'aquesta investigació.

Com ja s'ha dit en la introducció, aquest instrument ha estat adaptat i validat en altres països (Islàndia, Japó, Uganda, Taiwan, Brasil, Portugal...); tot i això, com que hi ha una semblança cultural important entre els models familiars de Portugal i Espanya, s'ha considerat oportú revisar més a fons la versió portuguesa de l'instrument anomenada *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros* (IFCE-AE), adaptada i validada per Oliveira i altres (2011).

1.3.3. L'IFCE-AE, VERSIÓ PORTUGUESA

La versió portuguesa de l'escala FINC-NA s'anomena *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem atitudes dos enfermeiros* (IFCE-AE), va ser adaptada i validada per Oliveira i altres (2011). L'escala IFCE-AE conserva els 26 ítems de l'instrument original, encara que durant l'adaptació va ser necessari substituir alguns termes per tal d'obtenir l'equivalència conceptual desitjada (annex II). Van participar en la validació 136 infermeres portugueses, d'una població de 210 professionals d'atenció primària. La majoria eren dones d'entre 23 a 65 anys, de diferents categories laborals, algunes tenien formació en infermeria familiar i altres no.

Després d'efectuar una anàlisi factorial, amb la definició prèvia de 4 factors a semblança de l'escala original, la divergència dels resultats va obligar les autores a reestructurar l'escala en tres dimensions, tenint en consideració el contingut teòric de cada ítem, la càrrega factorial i la consistència interna de cada dimensió. Així doncs, els factors resultants d'aquesta anàlisi són (Oliveira et al., 2011):

- Factor 1. *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (Família: interlocutora i recurs d'afrontament).

- Factor 2. *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (Família: recurs en les cures d'infermeria).
- Factor 3. *Família: fardo* (Família: càrrega), els ítems d'aquesta dimensió puntuen a la inversa.

En la taula 8 s'especifiquen les quatre dimensions del l'escala IFCE-AE amb els rangs i els ítems que les formen.

	Dimensions	Rang	Ítems
IFCE-AE	<i>Factor 1. Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	12-48	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25
	<i>Factor 2. Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	10-40	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22
	<i>Factor 3. Família: fardo</i>	4-16	2, 8, 23, 26

Taula 8. Distribució del ítems en IFCE-AE.

La consistència interna de l'escala total va ser de 0,87, i per a les subescales les puntuacions van oscil·lar entre 0,90 i 0,49.

Així doncs, l'escala FINC-NA (versió original) i l'escala IFCE-AE (versió portuguesa), encara que avaluen el mateix constructe, presenten algunes diferències significatives. En la taula 9 podem observar la comparativa dels dos instruments, s'hi detalla la consistència interna total de cadascuna de les escales i de les seves dimensions, així com el nombre d'ítems que contenen.

	FINC-NA				IFCE-AE		
α CRONBACH TOTAL	0,88				0,87		
DIMENSIONS	Fam-RNC	Fam- CP	Fam-B	Fam-OR	Factor 1	Factor 2	Factor 3
α CRONBACH	0,81	0,79	0,69	0,70	0,90	0,84	0,49
NRE. ÍTEMS	10	8	4	4	12	10	4

Taula 9. Comparació FINC-NA i IFCE-AE.

1.3.4. RESULTATS DE L'APLICACIÓ DEL FINC-NA I DE LES VERSIONS ADAPTADES

A continuació, es resumeixen els resultats de les investigacions en què s'ha aplicat l'escala FINC-NA, així com les seves versions adaptades, amb l'objectiu d'identificar l'actitud infermera vers la família en diferents poblacions i mostres de diversos contextos.

- Benzein, Johansson, Årestedt i Saveman (2008), en el seu treball *Nurses' Attitudes about the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses*, apliquen el FINC-NA a 634 infermeres sueques. Els resultats demostraven que les infermeres tenen una actitud positiva vers la importància d'incloure les famílies en les cures d'infermeria. Les puntuacions més baixes en la dimensió Fam-RNC (*La família com a recurs d'infermeria*) les obtenien les infermeres que treballaven en centres hospitalaris i que no disposaven, en el seu lloc de treball, d'un enfocament d'atenció centrada en la família. Els infermers recent graduats i sense formació específica en atenció familiar tenien les puntuacions més baixes en Fam-CP (*La família com a interlocutora*), i els recent graduats que treballaven en institucions sense un enfocament d'atenció centrada en la família obtenien les puntuacions més baixes en Fam-B (*La família com a càrrega*); és a dir, són els que més consideraven la família com una càrrega.

- Galinha (2009), en el seu estudi titulat *Mediar para Cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar?* aplicat a una mostra de 90 infermeres del servei d'urgències d'un hospital de Lisboa, amb l'escala IFCE-AE, descriu la utilització de l'instrument, la recollida de dades i ressaltava aspectes genèrics de la investigació en forma de conclusió, però no específica quins han estat els resultats d'aquest treball.
- Zarins (2010), en la investigació *Family involvement in nursing care - a resource or burden. From the perspective of Tanzania nurses*, va avaluar l'actitud infermera vers la família a 47 infermeres d'un hospital regional de Tanzània i, malgrat que els resultats del qüestionari general indicaven l'existència d'una actitud infermera favorable, destacava que una cinquena part de la mostra va considerar la família com una càrrega i una tercera part d'aquesta afirmava que la presència de la família retardava el seu treball. Les infermeres d'aproximadament 40 anys, les que no havien tingut cap membre de la família greument malalt i les que tenien menys experiència laboral eren els subgrups que demostraven menys actitud positiva vers la família. La investigació conclou que les actituds es veuen afectades per la cultura, l'ambient laboral i l'educació.
- En una altra investigació portuguesa, realitzada per Martins i altres (2010) amb el títol *Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital*, van desenvolupar un estudi comparatiu entre l'actitud infermera vers la família en l'atenció hospitalària (AH) i en l'atenció primària (AP) de Portugal, aplicant la versió portuguesa IFCE-AE. La mostra estava formada per 347 infermeres de les quals 190 eren d'AH i 156 d'AP. Els resultats demostraven que les infermeres tenien una actitud positiva vers la família en l'escala general i que no hi havia diferències significatives entre les infermeres dels dos àmbits. Les puntuacions més altes es van obtenir en la dimensió *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, seguida molt de prop per *la Família: recurso para os cuidados de enfermagem*.

• Sveinbjarnardottir i altres (2011), en el seu article titulat *Nurses Attitudes Towards the Importance of Families in Psychiatric care Following an Educational and Training Intervention Program*, van utilitzar l'escala FINC-NA per avaluar l'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria en un hospital psiquiàtric d'Islàndia abans i després d'aplicar un programa d'entrenament de sistemes familiars anomenat ETI-Program. L'estudi, gairebé experimental, utilitzava una mostra de 81 infermeres que van emplenar el FINC-NA abans i després de realitzar el programa. Els resultats de l'estudi demostraven que en la dimensió Fam-RNC (*La família com a recurs d'infermeria*), les infermeres tenien una actitud més positiva vers la família que els infermers. Que les infermeres expertes tenien una actitud més favorable vers la família que les infermeres amb menys experiència, tant en l'escala total com en la dimensió Fam-B (*La família com a càrrega*) i també afirma que les infermeres que havien viscut la malaltia d'un familiar tenien puntuacions superiors en la Fam-B; és a dir, la consideraven menor càrrega que les infermeres que no havien tingut aquesta experiència. Després de l'aplicació del programa, els resultats van millorar i van indicar que l'educació és una estratègia que pot millorar les actituds infermeres sobre la importància de la família en les cures d'infermeria.

• L'estudi realitzat per Alguire (2013) titulat *Nurses' Attitudes about the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Canadian Critical Care Nurses Working in Adult ICUs* analitza 207 professionals membres de la *Canadian Association of Critical Care Nursing* (CACCN), amb la intenció d'identificar l'actitud infermera vers la família amb l'escala FINC-NA i la relació que hi ha amb la percepció de les famílies. En la investigació s'observa, igual que en els estudis de Benzein, Johansson, Årestedt i Saveman (2008), i de Sveinbjarnardottir i altres (2011), que els professionals amb més experiència laboral obtenien una puntuació més alta; és a dir, una actitud més positiva vers la família. Contràriament a les troballes fetes per aquests dos autors, no es van observar diferències significatives entre homes i dones, ni tampoc entre els professionals que havien tingut un familiar greument malalt. I conclou que, en general, hi havia una actitud positiva vers la

família i que l'edat i els anys d'experiència en la UCI estava correlacionat significativament amb una actitud positiva.

- Per finalitzar, Cronin i altres (2013) en el treball *Nurses' Attitudes, Perceptions and Expectations Regarding Patients and Family - Centered Care* apliquen l'escala FINC-NA per identificar l'actitud infermera vers la família a una mostra formada per 95 infermeres d'un hospital de San Francisco. Amb només un 15% de resposta, assenyalava que els infermers eren el subgrup amb una puntuació més baixa dins la dimensió Fam-CP (*La família com a interlocutora*). Malgrat això, no considerava que hi haguessin diferències significatives en qüestió de gènere. També va afirmar que les infermeres amb més de 30 anys d'experiència laboral eren les que demostraven que tenien una actitud més positiva vers la participació de la família, en tres de les quatre subescales (Fam-RNC, Fam-CP i Fam-B). En aquest estudi, es va introduir una variable nova: el temps dedicat al pacient i a la família, i va demostrar que les infermeres que havien dedicat més d'un 50% del seu temps en l'atenció del pacient-família obtenien puntuacions significativament més altes que les professionals que varen dedicar-hi menys temps.

Tots aquests estudis es poden veure resumits en la taula 10, on s'especifiquen les investigacions que utilitzen l'escala FINC-NA com a instrument de mesura a més d'altres resultats importants.

Autors (Any)	País i mostra (n)	Àmbit	Principals resultats
Benzein Johansson, Årestedt i Saveman (2008)	Suècia (n = 634)	Tots els àmbits	Obté una actitud positiva vers les famílies en l'escala general. Les puntuacions més baixes en <i>la família com a recurs d'infermeria</i> les obtenen les infermeres d'àmbit hospitalari sense enfocament familiar. Les puntuacions més baixes en la família com a interlocutora les obtenen les infermeres novells, sense formació específica. Consideren <i>la família com una càrrega</i> els novells que treballen en institucions sense enfocament centrat en la família.
Galinha (2009)	Portugal (n = 9)	Urgències	No hi ha resultats
Zarins (2010)	Tanzània (n = 47)	Hospital	Obté una actitud positiva vers la família en l'escala general. Una cinquena part considera <i>la família com una càrrega</i> . Una tercera part afirma que la presència de la família retarda el seu treball. Els subgrups amb menys actitud positiva vers la família són les infermeres de 40 anys, les que no han tingut familiar malalt i les més novelles.
Martins i altres (2010)	Portugal (n = 347)	Hospital i Primària	Obté una actitud positiva vers la família en l'escala general. No hi ha diferències significatives entre les infermeres dels dos àmbits. Les puntuacions més altes s'obtenen en la <i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i> .
Sveinbjarnardóttir i altres (2011)	Islàndia (n = 81)	Psiquiatria	En la dimensió <i>família com a recurs d'infermeria</i> les infermeres tenen una actitud més positiva que els infermers. Les infermeres expertes demostren una actitud més positiva vers la família que les novelles. Les infermeres que han tingut un familiar malalt consideren menys càrrega a la família. Després de l'aplicació del programa els resultats van millorar.
Alguire (2013)	Canadà (n = 207)	Cures intensives	Les infermeres expertes tenen una actitud més positiva vers la família. No s'observen diferències significatives entre homes i dones ni entre professionals que han tingut un familiar greument malalt. L'edat i els anys d'experiència en UCI estan correlacionats significativament amb una actitud positiva.
Cronin i altres (2013)	EUA (n = 95)	Hospital	No hi ha diferències significatives entre gènere. Les infermeres amb més de 30 anys d'experiència laboral demostren una actitud més positiva. Les infermeres que dediquen més d'un 50% del seu temps a la família obtenen puntuacions significativament més altes.

Taula 10. Estudis que apliquen el FINC-NA i adaptacions.

2. Justificació de l'estudi

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

Les experiències viscudes amb els pacients i les famílies en el meu treball diari com a infermera assistencial en l'àmbit hospitalari, les converses mantingudes amb les companyes i amigues, les reflexions personals i la participació activa com a professora associada de la formació de pregrau m'ha generat, durant tots aquest anys, un creixent interès i moltes reflexions de *com fem* la nostra feina les infermeres.

Som professionals competents per obtenir informació, coneixements i comprensió de les situacions, amb habilitats adquirides per *saber*, *saber fer* i *saber estar*. Les competències professionals ens capaciten per poder desenvolupar unes cures de qualitat vers la persona malalta, sense oblidar la seva família. El binomi pacient-família ha de ser tractat i entès com una unitat inseparable, que ens ha de permetre atendre la persona globalment i proporcionar-li unes cures de la màxima qualitat possible.

Som les infermeres qui, dia a dia, cuidem persones, les qui valorem la situació del pacient i de la família per donar resposta a les seves necessitats. Cal incloure la família en el procés de cures, ja que s'ha de considerar el pacient i la família com un binomi inseparable; amb l'objectiu de realitzar una atenció centrada en la família. Per això, sento la necessitat de comprendre i entendre millor tots aquests processos i identificar quines són les actituds de les infermeres vers la família.

Per aquest motiu, el treball d'investigació que presento a continuació ha estat enfocat a adaptar al castellà i validar un instrument de mesura que ens permetrà analitzar l'actitud infermera vers la família en l'àmbit hospitalari. Posteriorment, el treball se centra a analitzar i reflexionar sobre l'actitud de les infermeres vers la importància de la família durant el procés d'hospitalització, tant si la causa és un procés agut i, per tant, l'estada és curta; com si es tracta d'un procés crònic i,

per tant, de llarga durada. Perquè, com ja s'ha dit en el marc conceptual, la família, durant el procés d'hospitalització, ha d'estar ben acompanyada i atesa per la infermera; per tant, la seva actitud cap a ella és de gran importància.

Com s'ha comentat, disposem d'un instrument: el FINC-NA, que ja s'està utilitzant en països de parla anglesa i ha estat validat en molts d'altres, que avalua l'actitud infermera vers la importància de la família com un concepte global i també des de les 4 subescales que la componen. Amb la intenció d'avançar en aquesta línia de recerca i poder comparar l'actitud infermera vers la família a nivell internacional s'han plantejat els objectius descrits en l'apartat següent.

3. Objectius i hipòtesi

3. OBJECTIUS I HIPÒTESI

3.1. OBJECTIUS

3.1.1. OBJECTIU GENERAL

- Adaptar transculturalment i validar la versió castellana d'un instrument de valoració de l'actitud infermera vers la família en l'àmbit hospitalari.

3.1.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Realitzar l'adaptació transcultural al castellà de l'escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes* (FINC-NA).
2. Analitzar la fiabilitat de l'instrument en la versió castellana de l'escala *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE), en termes de consistència interna i estabilitat temporal.
3. Analitzar la validesa de l'instrument en la versió castellana de l'escala AE-IFCE, en termes de validesa de contingut, de constructe i de convergent-discriminant.
4. Descriure les característiques sociodemogràfiques i professionals de les infermeres.
5. Identificar l'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria que tenen les infermeres, tant de l'escala global com en les diferents dimensions.
6. Determinar la puntuació total i de cadascuna de les dimensions de l'escala AE-IFCE, en funció de les variables sociodemogràfiques i professionals.
7. Identificar les relacions significatives entre les variables sociodemogràfiques / professionals i la puntuació total, així com de cadascuna de les dimensions de l'escala AE-IFCE.

3.2. HIPÒTESI

- L'escala *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE) presenta una consistència interna superior al 70%.
- L'escala *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE) presenta una estabilitat temporal del 70%.
- La versió de l'escala AE-IFCE presenta la mateixa estructura factorial que l'original.
- Les infermeres presenten una actitud favorable en la importància d'incloure la família en el procés de cures.
- L'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria és més favorable a mesura que augmenten els anys treballats.

4. Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1. DISSENY DE L'ESTUDI

L'estudi, de caràcter mètric i descriptiu, es va desenvolupar en tres fases:

La fase 1: Procés d'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA.

La fase 2: Procés de validació de l'escala AE-IFCE. Anàlisi mètrica.

La fase 3: Versió definitiva de l'escala AE-IFCE. Anàlisi estadística.

4.2. ÀMBIT DE L'ESTUDI

L'estudi es va realitzar a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) i a l'Hospital de la Santa Creu de Jesús-Tortosa (HSC).

L'HTVC, situat a la capital de la comarca del Baix Ebre, és l'hospital de referència de les Terres de l'Ebre i està gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS). Disposa d'un total de 227 llits d'hospitalització (Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Terres de l'Ebre, 2012), 14 places d'hospital de dia, i va gestionar 10.640 ingressos i 44.296 urgències durant l'any 2010 (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010)

L'HSC, situat a l'entitat municipal descentralitzada (EMD) de Jesús, Tortosa, és el centre de referència per al desenvolupament de programes d'actuació geriàtrica i socio sanitària de les Terres de l'Ebre. Gestionat pel Grup Sagessa, disposa d'un total de 355 llits, a més d'una unitat d'hemodiàlisi i d'un servei de drogodependències (<www.grupsagessa.com>).

4.3. POBLACIÓ I MOSTRA

La població estudiada constava de 364 infermeres, de les quals 290 pertanyien a l'HTVC i 74, a l'HSC, segons dades de l'any 2011 facilitades pels serveis de Recursos

Humans dels respectius centres hospitalaris.

Van formar part de l'estudi totes les professionals que complien els criteris d'inclusió detallats a continuació.

Criteris d'inclusió:

Es van incloure a l'estudi les infermeres que treballaven durant la realització de l'estudi en les unitats d'hospitalització de l'HTVC i de l'HSC. També es va incloure el personal polivalent que estava en actiu, durant aquell període de temps, en tots dos centres.

Les participants van accedir a l'estudi de manera voluntària i anònima, i van signar el consentiment informat.

Criteris d'exclusió:

Totes les professionals que no complien els criteris d'inclusió.

Les unitats d'hospitalització que van participar en l'estudi van ser les següents:

- HTVC: Cirurgia (CIR), Traumatologia (TR), Medicina Interna (MI), Especialitats 2 (Esp2), Especialitats 1 (Esp1), Ginecologia i Obstetrícia (Gi-Ob), Unitat de Cures Intensives (UCI) i Àrea de 24 hores (A24). Queden exempts els serveis de Pediatria, Urgències i Hospitalització a Domicili.
- HSC: Residència Assistida (RA), Llargada Estada (LLE), Convalescència (Conva), Cures Pal·liatives (CP), Psicogeriatría (Psico). Queden exempts tots aquells serveis ambulatoris o domiciliaris del centre.

4.4. VARIABLES

Les variables estudiades per realitzar la prova pilot i l'estudi descriptiu, un cop adaptat i validat l'instrument FINC-NA, es van agrupar en dos blocs: les variables relacionades amb les característiques sociodemogràfiques i professionals de les in-

fermeres, i les variables referides a l'actitud infermera vers la família.

Variables relacionades amb les característiques sociodemogràfiques i professionals de les infermeres

- Edat: anys en el moment de l'estudi. Posteriorment, es van agrupar les edats en dues categories: menors de 40 anys i igual o majors de 40 anys.
- Sexe: home o dona.
- Any de finalització dels estudis d'infermeria: nombre d'anys de l'acabament dels estudis. Posteriorment, es van agrupar els anys de finalització en dues categories: menys de 6 anys i igual o més de 6 anys.
- Estudis posteriors: màster universitari, doctorat, postgraus / màsters, especialitat i altres.
- Anys treballant d'infermera: nombre d'anys que treballa amb aquesta categoria. Posteriorment, es van agrupar els anys treballats en dues categories: menys de 6 anys i igual o més de 6 anys.
- Formació específica en infermeria familiar (curs, màster...): sí o no.
- Àmbit de treball on ha estat més temps: atenció hospitalària general, atenció sociosanitària, salut mental, atenció primària o altres.
- Ha treballat a cures pal·liatives: sí o no.
- Temps treballat a cures pal·liatives: nombre d'anys treballats en aquest àmbit. Posteriorment, es van agrupar els anys treballats a cures pal·liatives en dues categories: menys de 6 anys i igual o més de 6 anys.
- Ha treballat a cures intensives: sí o no.
- Temps treballat a cures intensives: nombre d'anys treballats en aquest àmbit. Posteriorment, es van agrupar els treballats a cures intensives en dues categories: menys de 6 anys i igual o més de 6 anys.
- Centre de treball actual: lloc on treballa actualment.
- Servei on treballa actualment: unitat on treballa actualment.
- Situació laboral: fix, interí o eventual.
- Torn que realitza: matins fixos, tardes fixes, nits fixes, rodat o corretorns.
- En el lloc de treball es proporcionen cures a la família: sí, no o no ho sap / no

contesta (ns / nc).

- La institució/organització on treballa fomenta les cures a la família: sí, no o no ho sap / no contesta (ns / nc).
- Experiència personal d'un familiar pròxim amb necessitat d'atenció hospitalària: sí, no o no ho sap / no contesta (ns / nc).

Variables referides a l'actitud infermera vers la família

Aquestes variables es defineixen, juntament amb una anàlisi global de l'actitud infermera vers la família, a partir dels resultats de la validació de l'escala AE-IFCE i que van plantejar quatre dimensions, igual que en la versió original de l'instrument detallada dins del marc conceptual. Per tant, van configurar l'estudi un total de cinc variables. Atès que el procés de validació és part d'aquesta tesi, es descriuen detalladament en l'apartat de la fase dos de resultats de la fase dos:

- El grau global de l'actitud infermera vers la família
- El grau de l'actitud infermera vers la família en relació amb cadascuna de les dimensions identificades:

Familia como recurso de enfermería

Familia como interlocutor

Familia como carga

Familia con recursos propios

Aquestes dimensions corresponen a l'estructura de la versió original de l'escala, del que es va partir, per realitzar una anàlisi factorial confirmatòria, que ha de corroborar l'estructura inicial.

4.5. INSTRUMENTS DE MESURA

Per tal d'avaluar les variables de l'estudi, es van utilitzar diversos instruments, que es detallen a continuació:

a) El formulari de dades sociodemogràfiques i professionals

Per a les variables que fan referència a les característiques sociodemogràfiques i professionals es va construir un formulari ad hoc que s'adjunta en l'annex III. Es van incloure aquelles variables considerades significatives i necessàries per al desenvolupament d'aquesta investigació.

b) L'escala AE-IFCE

Per avaluar les variables referides a l'actitud infermera de la família, es va utilitzar la versió adaptada al castellà de l'instrument FINC-NA de Benzein, Johansson, Årestedt, Berg i altres (2008), anomenada AE-IFCE i que mesura aquesta actitud.

L'instrument s'ha adaptat i validat al castellà en aquesta tesi, raó per la qual la descripció detallada de l'escala es presentarà en l'apartat de la fase 3 de resultats, així com els valors psicomètrics obtinguts i l'estructura definitiva de l'escala.

Tot i així, com que partim d'una anàlisi factorial confirmatòria de l'estructura de l'instrument original, ja explicada en el marc conceptual, només recordar que l'escala està composta de 26 ítems, amb una puntuació de tipus Lickert, que va d'1 a 4 punts per a cada afirmació, i està dividida en quatre dimensions que avaluen de manera més específica l'actitud infermera vers la família com a: recurs, interlocutora, càrrega o amb recursos propis. La puntuació global és la suma de totes les puntuacions i va de 26 a 104. Una puntuació elevada indica una actitud infermera favorable vers la família.

4.6. ASPECTES ÈTICS

Per poder realitzar el treball d'investigació es va demanar permís a l'autora principal de l'escala FINC-NA, E. Benzein, RNT, PhD.; s'adjunta l'autorització (annex IV).

També es va demanar autorització a la Comissió de Recerca Territorial de l'ICS Terres de l'Ebre (annex V i annex VI) i a la Direcció de l'HSC, per tal de poder realitzar l'estudi en tots dos centres (annex VII i annex VIII).

A més a més, es van tenir en compte altres aspectes detallats a continuació:

- **Avaluació benefici-risc**

Aquest estudi no tenia possibilitats de generar cap risc sobre els participants. L'únic risc o incomoditat de participar-hi era el fet que les infermeres havien de dedicar un màxim de 15 minuts, cosa que no interferia en les seves tasques assistencials.

- **Full d'informació i formulari de consentiment**

A cada participant se li va entregar un document amb la descripció dels objectius de l'estudi i les condicions de participació, perquè pogués decidir sobre la seva participació (annex IX). En cas d'estar-hi d'acord, havien de signar el consentiment informat de manera voluntària, segons la normativa vigent. El subjecte era lliure de rebutjar la participació en l'estudi en qualsevol moment i per qualsevol raó, sense que aquest fet tingués cap conseqüència.

- **Confidencialitat de les dades**

Amb la finalitat de garantir la confidencialitat de les dades de l'estudi, només va tenir-hi accés la investigadora principal.

Les dades van ser introduïdes en un fitxer, que es va tractar conforme al que disposa la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, exclusivament per al desenvolupament i bona finalitat de l'estudi. La identificació dels subjectes va ser mitjançant un codi d'identificació i no hi constava ni el nom, ni cap tipus de dada personal.

4.7. DESENVOLUPAMENT DE L'ESTUDI I ANÀLISI ESTADÍSTICA

Una vegada descrita la metodologia utilitzada, tot seguit, s'explicaran les tres fases del desenvolupament de l'estudi, així com l'anàlisi estadística que es va realitzar en cadascuna de les fases.

4.7.1. DESENVOLUPAMENT DE LA FASE 1: PROCÉS D'ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ DE L'ESCALA FINC-NA

Els qüestionaris són un mètode de recollida de dades científic, necessari per mesurar aspectes de la recerca clínica. El procés d'elaboració d'un qüestionari és complex i costós, cal definir el constructe, el propòsit de l'escala, la població, l'administració, el format, la composició dels ítems, preveure el biaix, codificar les respostes, etc. (Martín, 2004). Per tal d'agilitzar el procés i reduir la despesa, val la pena utilitzar testos creats i validats prèviament en altres idiomes, la majoria en anglès (Elosua, 2012). Per poder-los utilitzar en el nostre territori, cal que estiguin adaptats transculturalment (Badia & Alonso, 2007).

El procés d'adaptació transcultural (PAT) cal que sigui precís per garantir una versió de l'instrument equivalent a l'original, i obtenir així resultats vàlids i fiables. Aquest procés, a més de resultar ràpid, pràctic i econòmic, permetrà poder realitzar estudis comparatius entre països (Cardoso, Gómez-Conesa, & Hidalgo, 2010; Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005; Lizán, 1999; Sánchez & Echeverry, 2004; Sirera-Vercher, Sáez-Zamora, & Sanz-Amaro, 2010).

En el PAT de l'escala FINC-NA es van seguir les directrius de la Comissió Internacional de Test (Hambleton, 2005; ITC, 2010; Cardoso, 2010; Muñiz, 2013), amb l'objectiu d'aconseguir una equivalència semàntica, conceptual, de contingut, tècnica i de criteri considerant aspectes importants com són el context cultural, aspectes tècnics del test, l'administració del test i la interpretació de les puntuacions (ITC, 2010; Cardoso et al., 2010; Hambleton et al., 2005; Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013) (figura 7).

Durant el transcurs de la investigació, es van publicar noves directrius per a la traducció o adaptació de testos (Muñiz et al., 2013) que malgrat que no van poder ser utilitzades, van ser consultades posteriorment (figura 8). Les diferències entre les dues versions són notables pel que fa a la redacció i l'especificació d'alguns punts, però hi ha una semblança important quant al contingut.

En el PAT es van tenir en compte aspectes com l'obtenció de permisos i la realització de la prova pilot, que no constaven en les directrius del 2010 i que havien estat

afegits en la versió del 2013, dins l'apartat de «Directrius Prèvies». També es van complir la resta de directrius: de desenvolupament, de *confirmació*, d'*aplicació*, de *puntuació* i de *documentació*. Per tant, es pot afirmar que l'adaptació transcultural al castellà del FINC-NA compleix la normativa actual.

<p>Contexto</p> <p>C.1. Los efectos de las diferencias culturales que no sean relevantes para los objetivos centrales del estudio deberían minimizarse en la medida de lo posible.</p> <p>C.2. Debería de evaluarse la cuantía del solapamiento de los constructos en las poblaciones de interés.</p>
<p>Adaptación del test</p> <p>D.1. Los constructores/editores de tests deberían de asegurar que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas y culturales entre las poblaciones a las que se dirigen las versiones adaptadas del test.</p> <p>D.2. Los constructores/editores de los tests deberían de proporcionar datos que garanticen que el lenguaje utilizado en las instrucciones, en los propios ítems y en el manual del test, son apropiados para todas las poblaciones culturales e idiomáticas a las que va dirigido el test.</p> <p>D.3. Los constructores/editores de tests deberían de aportar evidencia de que las técnicas de evaluación elegidas, los formatos de los ítems, las reglas de los tests, y los procedimientos son familiares a todas las poblaciones a las que van dirigidos.</p> <p>D.4. Los constructores/editores de tests deberían de facilitar evidencia de que el contenido de los ítems y los materiales de los estímulos son familiares para todas las poblaciones a las que van dirigidos.</p> <p>D.5. Los constructores/editores de tests deberían aportar una justificación racional sistemática, tanto lingüística como psicológica, para mejorar la precisión del proceso de adaptación, así como reunir datos acerca de la equivalencia de todas las versiones en los distintos idiomas.</p> <p>D.6. Los constructores/editores de tests deberían asegurar que el diseño de recogida de datos permite el uso de técnicas estadísticas apropiadas para establecer la equivalencia entre los ítems correspondientes a las diferentes versiones idiomáticas del test</p> <p>D.7. Los constructores/editores de tests deberían aplicar técnicas estadísticas apropiadas para 1) establecer la equivalencia entre las diferentes versiones de un test, y 2) identificar componentes problemáticos o aspectos del test que puedan ser inadecuados para alguna de las poblaciones a las que va destinado el test.</p> <p>D.8. Los constructores/editores de tests deberían proporcionar información sobre la evaluación de la validez en todas las poblaciones objetivo a las que va dirigido el test adaptado.</p> <p>D.9. Los constructores/editores de tests deberían aportar datos estadísticos sobre la equivalencia de los tests para todas las poblaciones a las que van dirigidos.</p> <p>D.10. No deben utilizarse preguntas no equivalentes en todas las versiones dirigidas a diferentes poblaciones cuando se prepara una escala común, o cuando se comparan estas poblaciones. Sin embargo, pueden ser útiles para reforzar la validez de contenido de las puntuaciones de cada población por separado.</p>
<p>Aplicación</p> <p>A.1. Los constructores y los aplicadores de los tests deberían tratar de prever los tipos de problemas que cabe esperar, y tomar las medidas oportunas para evitarlos mediante la preparación de materiales e instrucciones adecuados.</p> <p>A.2. Quienes aplican los tests deberían de ser sensibles a cierto número de factores relacionados con los materiales utilizados para los estímulos, los procedimientos de aplicación, y las formas de respuesta, que pueden reducir la validez de las inferencias extraídas de las puntuaciones.</p> <p>A.3. Aquellos aspectos del entorno que influyen en la aplicación del test deberían de mantenerse lo más parecidos posible para todas las poblaciones a las que va dirigido el test.</p> <p>A.4. Las instrucciones para la aplicación del test en el idioma fuente y en el objetivo deben minimizar la influencia de fuentes de variación no deseadas.</p> <p>A.5. El manual del test debería de especificar todos los aspectos del test y de su aplicación que han de revisarse al utilizarlo en un nuevo contexto cultural.</p> <p>A.6. El aplicador no debe de interferir, debiendo minimizarse su influencia sobre los examinados. Deben de seguirse al pie de la letra las reglas explícitas descritas en el manual del test.</p>
<p>Interpretación de las puntuaciones</p> <p>I.1. Cuando se adapta un test para utilizarlo en otra población, debe de facilitarse la documentación sobre los cambios, así como los datos acerca de la equivalencia entre las versiones.</p> <p>I.2. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por las muestras a las que se aplicó el test no deben de tomarse sin más directamente. El investigador tiene la responsabilidad de sustanciar las diferencias con otros datos empíricos.</p> <p>I.3. Las comparaciones entre poblaciones sólo pueden hacerse al nivel de la invarianza que se haya establecido para la escala en la que se expresan las puntuaciones.</p> <p>I.4. El constructor del test debería de proporcionar información específica acerca de las distintas formas en las que los contextos socioculturales y ecológicos de las poblaciones pueden afectar al rendimiento en el test, y debería sugerir procedimientos para tener en cuenta estos efectos en la interpretación de los resultados.</p>

Figura 7. Directrius per a la traducció o adaptació de tests (2010). Font: ITC, 2010; Cardoso, 2010.

<p>1. Directrices previas</p> <p>DP1. Antes de comenzar con la adaptación hay que obtener los permisos pertinentes de quien ostente los derechos de propiedad intelectual del test.</p> <p>DP2. Cumplir con las leyes y prácticas profesionales relativas al uso de tests que estén vigentes en el país o países implicados.</p> <p>DP3. Seleccionar el diseño de adaptación de tests más adecuado.</p> <p>DP4. Evaluar la relevancia del constructo o constructos medidos por el test en las poblaciones de interés.</p> <p>DP5. Evaluar la influencia de cualquier diferencia cultural o lingüística en las poblaciones de interés que sea relevante para el test a adaptar.</p>
<p>2. Directrices de desarrollo</p> <p>DD1. Asegurarse, mediante la selección de expertos cualificados, de que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas, psicológicas y culturales entre las poblaciones de interés.</p> <p>DD2. Utilizar diseños y procedimientos racionales apropiados para asegurar la adecuación de la adaptación del test a la población a la que va dirigido.</p> <p>DD3. Ofrecer información y evidencias que garanticen que las instrucciones del test y el contenido de los ítems tienen un significado similar en todas las poblaciones a las que va dirigido el test.</p> <p>DD4. Ofrecer información y evidencias que garanticen que el formato de los ítems, las escalas de respuesta, las reglas de corrección, las convenciones utilizadas, las formas de aplicación y demás aspectos son adecuados para todas las poblaciones de interés.</p> <p>DD5. Recoger datos mediante estudios piloto sobre el test adaptado, y efectuar análisis de ítems y estudios de fiabilidad y validación que sirvan de base para llevar a cabo las revisiones necesarias y adoptar decisiones sobre la validez del test adaptado.</p>
<p>3. Directrices de confirmación</p> <p>DC1. Definir las características de la muestra que sean pertinentes para el uso del test, y seleccionar un tamaño de muestra suficiente que sea adecuado para las exigencias de los análisis empíricos.</p> <p>DC2. Ofrecer información empírica pertinente sobre la equivalencia del constructo, equivalencia del método y equivalencia entre los ítems en todas las poblaciones implicadas.</p> <p>DC3. Recoger información y evidencias sobre la fiabilidad y la validez de la versión adaptada del test en las poblaciones implicadas.</p> <p>DC4. Establecer el nivel de comparabilidad entre las puntuaciones de distintas poblaciones por medio de análisis de datos o diseños de equiparación adecuados.</p>
<p>4. Directrices sobre la aplicación</p> <p>DA1. Preparar los materiales y las instrucciones para la aplicación de modo que minimicen cualquier diferencia cultural y lingüística que pueda ser debida a los procedimientos de aplicación y a los formatos de respuesta, y que puedan afectar a la validez de las inferencias derivadas de las puntuaciones.</p> <p>DA2. Especificar las condiciones de aplicación del test que deben seguirse en todas las poblaciones a las que va dirigido.</p>
<p>5. Directrices sobre puntuación e interpretación</p> <p>DPI1. Interpretar las diferencias de las puntuaciones entre los grupos teniendo en cuenta la información demográfica pertinente.</p> <p>DPI2. Comparar las puntuaciones entre poblaciones únicamente en el nivel de invarianza establecida para la escala de puntuación utilizada en las comparaciones.</p>
<p>6. Directrices sobre la documentación</p> <p>DC1. Proporcionar documentación técnica que recoja cualquier cambio en el test adaptado, incluyendo la información y las evidencias sobre la equivalencia entre las versiones adaptadas.</p> <p>DC2. Proporcionar documentación a los usuarios con el fin de garantizar un uso correcto del test adaptado en la población a la que va dirigido.</p>

Figura 8. Directrius per a la traducció o adaptació de testos (2013). Font: Muñiz i altres, 2013.

En l'adaptació de l'escala FINC-NA es va utilitzar el mètode de traducció-retrotraducció, recomanat pels experts (Cardoso et al., 2010; Gómez & Hidalgo, 2005).

Traducció

L'escala es va traduir de l'anglès al castellà per dues infermeres bilingües, a qui se'ls va entregar la versió original del test, juntament amb una breu explicació de les seves característiques i utilitats. També se'ls va demanar que puntuessin cada afirmació del qüestionari de l'1 al 10 (de menys a més dificultat) segons el grau de complicació percebuda a l'hora de buscar l'equivalència conceptual de l'ítem. A través d'una reunió conjunta entre les traductores i la investigadora es van unificar les traduccions i es va crear la versió 1.0 de l'instrument.

Retrotraducció

Es va realitzar la retrotraducció o traducció inversa del castellà a l'anglès per dues expertes en aquestes llengües. Les traductores, sense conèixer la versió original, van fer dues traduccions independents a partir de la versió 1.0. També se'ls va demanar que puntuessin el grau de dificultat de traducció dels ítems, com es va fer en la traducció directa. De la mateixa manera, consensuant criteris entre les traductores i la investigadora, seguint el mateix procediment anterior, es va obtenir la versió 1.1 de l'instrument.

A continuació, es va crear un grup de discussió format per les quatre traductores, dos professionals docents d'infermeria i la investigadora, amb l'objectiu d'analitzar qualitativament les versions 1.0 i 1.1 de l'instrument, i comparar-les entre si i amb la versió original, per tal d'aconseguir la versió 2.0.

Aquesta, es va revisar novament amb altres professionals per tal d'aclarir i perfeccionar alguns conceptes, i es va crear així, la versió 3.0 de l'escala titulada *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE), preparada per al pretest cognitiu o prova pilot.

Prova pilot

La prova pilot ens permet identificar les preguntes més adequades, assegurar-nos que l'enunciat és comprensible, saber si hi ha refús d'alguna pregunta, trobar les errades de contingut o format, conèixer el temps de realització del test i analitzar les valoracions qualitatives (Martín, 2004; Muñoz et al., 2013).

Es va administrar el qüestionari a 13 professionals d'infermeria que complien els criteris d'inclusió, amb el mateix perfil que la mostra (annex X). Se'ls va facilitar personalment el qüestionari AE-IFCE, el consentiment informat juntament amb el formulari de les dades sociodemogràfiques i professionals, i un espai per poder fer comentaris o observacions per tal d'obtenir dades qualitatives, amb l'objectiu de comprovar si consideraven tots els ítems rellevants, si havien tingut algun problema de comprensió en alguna afirmació, i, en cas afirmatiu, si la refusaria o la plantejaria de nou. També es pretenia calcular el temps aproximat que calia per emplenar l'escala.

Tot el procés d'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA, seguint les directrius de la ITC (2010), queda resumit en la figura 9.

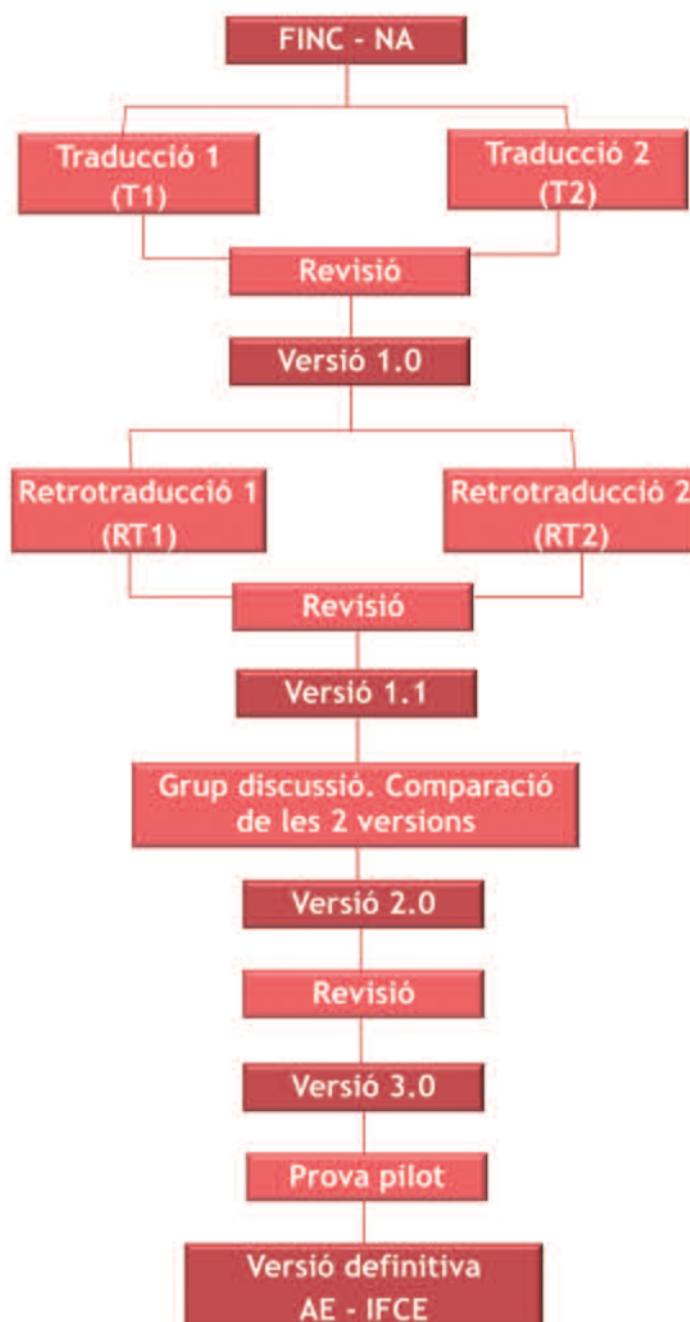


Figura 9. Procés d'adaptació transcultural.

4.7.2. DESENVOLUPAMENT DE LA FASE 2: PROCÉS DE VALIDACIÓ DE L'ESCALA AE-IFCE. ANÀLISI MÈTRICA

Procediment de recollida de dades

Per poder analitzar la validesa i la fiabilitat, es va calcular la mida de la mostra seguint les recomanacions de Norman i Streiner, que consideren que aquesta ha de ser d'entre cinc i vint participants per a cada ítem que forma part de l'escala (Cortina, 1993; Norman & Streiner, 1996; Streiner, 2003); per tant, en aquest cas, es necessitava una mostra formada per un mínim de 130 subjectes, ja que l'escala està formada per 26 ítems.

Durant els mesos de març i abril de 2013 es van repartir, personalment, 202 qüestionaris als professionals dels dos centres hospitalaris, on es va realitzar l'estudi, i que complien amb els criteris d'inclusió. Es va habilitar una zona dins de cada unitat per dipositar els qüestionaris emplenats que va recollir una persona encarregada. Tres setmanes després, es van repartir un altre cop els qüestionaris als mateixos professionals, seguint el mateix procediment, per poder realitzar el retest.

Anàlisi estadística de la fase 2. Propietats mètriques

La validació d'un instrument s'utilitza per certificar que l'escala té les característiques necessàries per poder-la utilitzar. És un procés complex que vol garantir que la mesura sigui adequada, vàlida, fiable i sensible als canvis. (Badia & Alonso, 2007; Carvajal, Centeno, Watson, Martínez & Rubiales, 2011; Martín, 2004; Sánchez & Echeverry, 2004). Per desenvolupar un nou instrument, es necessiten molts recursos tècnics i humans altament qualificats i amb experiència. Així doncs, sempre que sigui possible, i hi hagi un instrument vàlid en un altre context, es recomana adaptar i validar el qüestionari que hi ha. Aquest procés, mundialment acceptat, és més econòmic, més ràpid i ens ofereix la possibilitat de realitzar estudis entre diferents cultures i països.

Perquè l'escala AE-IFCE sigui considerada un instrument ben adaptat, es va decidir sotmetre-la a comprovació empírica de les propietats psicomètriques (validesa i fiabilitat), tal com s'indica a continuació:

a) Anàlisi de la fiabilitat

La fiabilitat d'un instrument fa referència a l'estabilitat o constància de la mesura quan aquesta es repeteix diverses vegades, és la precisió amb que es mesura l'instrument, sense error, amb consistència. Es pot utilitzar com a sinònim de reproductibilitat (Badia & Alonso, 2007; Cardoso et al., 2010; Martín, 2004).

La fiabilitat augmenta quan existeix una major variabilitat de mostra, un major nombre d'ítems, una menor amplitud de la dificultat dels ítems, una major experiència realitzant test, major motivació i preguntes amb menys contingut emocional (Badia & Alonso, 2007; Cardoso et al., 2010).

Per tal d'analitzar la fiabilitat de l'escala AE-IFCE, es va calcular la consistència interna i l'estabilitat temporal de l'instrument.

- Fiabilitat interna o consistència interna

La fiabilitat interna o consistència interna fa referència al grau de correlació que hi ha entre els ítems; és a dir, mesura l'homogeneïtat dels ítems entre aquests (Badia & Alonso, 2007; Jaju & Crask, 1999; López, 2002; Oviedo & Campo-Arias, 2005). Per tant, si mesuren el mateix constructe han de tenir una correlació alta. Aquest càlcul s'efectua amb l'índex alfa de Cronbach (α) i la seva expressió matemàtica és (figura 10):

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right]$$

K: Nombre d'ítems, $\sum s_i^2$: Sumatori de les variàncies dels ítems, s_T^2 : Variància de les puntuacions del qüestionari

Figura 10. Fórmula alfa de Cronbach

L'alfa de Cronbach es considera acceptable quan el seu valor es troba entre 0,70 i 0,90. D'una banda, tenim que els resultats inferiors a 0,70 indiquen una pobra correlació entre els ítems i, d'una altra banda, els resultats per sobre de 0,90 indiquen una redundància o duplicació dels ítems (Cronbach, 1951; Muñiz, 1996, 2003; Oviedo & Campo-Arias, 2005).

Per a l'escala AE-IFCE es va calcular la fiabilitat interna mitjançant el coeficient alfa de Cronbach, tant del total de l'escala com de cadascuna de les dimensions, ja que així s'aconsella en la literatura que es faci en escales amb més de 20 ítems (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

També es va calcular el coeficient d'homogeneïtat dels ítems corregits, estimant les correlacions de cadascun dels ítems amb el total de l'escala i amb la subescala corresponent, i es va acceptar com a límit inferior una correlació de 0,20 (Clark & Watson, 1995).

- Fiabilitat test-retest o estabilitat temporal

La fiabilitat test-retest o estabilitat temporal s'obté després d'aplicar el test dues vegades, a les mateixes persones, en un espai de temps limitat, per mesurar si el test és reproducible (Badia & Alonso, 2007; Cardoso et al., 2010). Així doncs, es va administrar l'escala AE-IFCE dues vegades en tres setmanes de diferència, a les mateixes infermeres, i es va avaluar l'estabilitat temporal mitjançant la concordança interobservador, amb el càlcul del coeficient de correlació intra-classe (CCI), que sintetitza el grau de concordança entre dues mesures quantitatives (Argimón & Jiménez, 2004), i es va establir un interval de confiança del 95%. Els valors són entre 0 i 1, i es descriuen a continuació en taula 11:

Concordança	Valors CCI
Molt bona	> 0,90
Bona	Entre 0,70 i 0,90
Moderada	Entre 0,51 i 0,70
Mediocre	Entre 0,31 i 0,50
Nul·la	< 0,31

Taula 11. Interpretació del CCI.

Adicionalment, es va calcular la fiabilitat utilitzant el coeficient de correlació de Pearson (r), que mesura el grau en què un conjunt de punts en un diagrama de dispersió s'aproxima a la situació on estan tots sobre una línia recta (Szklo & Nieto, 2003). Malgrat tot, aquesta mesura es considera menys apropiada per no ser sensible a diferències sistemàtiques entre dues mesures i ser molt sensible a la presència de valors externs.

A més a més, per complementar el CCI, es va realitzar l'anàlisi de les diferències individuals de Bland i Altman (2010), i es van construir els límits de concordança, que es calculen a través de la mitjana (\bar{x}) i la desviació estàndard (DE) de la diferència entre les dues mesures. La majoria de les diferències, si segueixen una distribució normal, han de situar-se entre la mitjana i dues DE de la variable diferència.

Per això, es va construir una gràfica on l'eix de les ordenades (y) representa la diferència entre les dues mesures i l'eix d'abscisses (x) representa la mitjana de les dues mesures. Així, es pot observar si la magnitud de les diferències entre les mesures és similar per a tots els valors de la variable o si les diferències entre les mesures són majors a mesura que augmenta el valor de la variable.

També es va utilitzar el procediment de Bradley-Blackwood per valorar si les diferències entre les dues mesures depenen del valor de la variable. Així, es va realitzar una anàlisi de regressió lineal simple entre la diferència de les dues mesures com a variable dependent i el valor de les dues mesures com a variable independent (Szklo & Nieto, 2003). Si el pendent no és estadísticament significatiu vol dir que la diferència entre les dues mesures no depèn del valor de la mesura.

Com a alternativa al mètode de Bland i Altman, alguns autors proposen dues alternatives per a l'anàlisi de la concordança per a variables quantitatives (Luiz, Leal, Kale, & Werneck, 2003) i, per tant, es va considerar adequat calcular-les en aquest estudi. En la primera proposta, es tracta de construir els gràfics d'acord-supervivència, que expressen el grau de concordança com a funció de les diferències ab-

solutes entre mesures. En els gràfics de Kaplan-Meier, es representa la probabilitat de desacord entre les dues proves. En l'eix x es representen les diferències absolutes en les mesures i en l'eix y la probabilitat de casos. Així, el grau d'acord per a cadascuna de les diferències absolutes es calcula com la distància entre la corba i el límit superior de l'eix de coordenades (Martínez-González, Sánchez-Villegas & Faulin-Fajardo, 2006). També es van construir diverses corbes segons les diferents categories de les variables. Es van realitzar corbes de supervivència per a la variable sexe (home, dona), per a la variable màster universitari (si té o no formació de màster universitari), per a la variable postgrau (si té o no formació de postgrau), per a la variable especialitat (si té o no alguna especialitat), per a la variable àmbit de treball (socio sanitari, hospital general) i per a la variable cures pal·liatives (si ha treballat o no en cures pal·liatives). Posteriorment, es va utilitzar el test de Log-Rank per calcular si les diferències entre les diferents corbes de supervivència eren estadísticament significatives.

Ja per finalitzar l'anàlisi de l'estabilitat temporal, es van realitzar dues corbes de supervivència per a aquelles diferències en què el test AE-IFCE era superior al retest AE-IFCE i una altra per a quan el retest AE-IFCE era superior al test AE-IFCE, en comptes de representar la diferència absoluta global. Amb aquest mètode, es vol descriure millor la mesura, la seva direcció i el sentit d'aquest. També es va utilitzar el test de Log-Rank per comparar les dues corbes de supervivència.

b) Anàlisi de la validesa

La validesa és el grau en què un instrument està mesurant el fenomen que volem mesurar. Per estudiar-la és necessari analitzar la informació en tres etapes (Badia & Alonso, 2007; Cardoso et al., 2010; Martín, 2004; Messick, 1995):

- Substantiva (validesa de contingut)
- Estructural (validesa de constructe o interna)
- Externa (validesa convergent-discriminant)

Per avaluar la validesa de l'escala AE-IFCE es va analitzar la validesa de contingut, la validesa de constructe i la validesa convergent-discriminant.

- Validesa de contingut

La validesa de contingut es basa en l'anàlisi lògica del concepte que es pretén mesurar, si els ítems són indicadors del que s'ha de mesurar. Es pot considerar un qüestionari vàlid si té en compte tots els aspectes relacionats amb el concepte d'estudi (Argimón & Jiménez, 2004; Badia & Alonso, 2007; Martín, 2004).

La validesa de contingut de l'escala AE-IFCE, en ser una adaptació transcultural, es va analitzar amb metodologia qualitativa, a través d'un grup de quatre investigadors experts i cadascun jutjava la capacitat del qüestionari d'avaluar l'actitud infermera vers la família (Requena, 2009), mitjançant el mètode Delphi (Brunet, Belzunegui & Pastor, 2000), per tal d'arribar al consens.

Així doncs, es va enviar la sol·licitud per demanar la participació voluntària (annex XI), de cada expert, via correu electrònic. Posteriorment, quan van acceptar-la, se'ls va enviar el qüestionari. Un cop retornades totes les valoracions es va refer el qüestionari i es va reenviar als experts, amb les retroaccions de la resta d'experts perquè el tornessin a avaluar i, així, finalment, va sorgir el consens per obtenir el qüestionari definitiu.

- Validesa de constructe. Anàlisi factorial

La validesa de constructe es refereix al grau en què la mesura es correspon als conceptes teòrics referents al fenomen que es pretén estudiar (Streiner & Norman, 2003). És a dir, garantir que les mesures que resulten de les respostes del qüestionari puguin ser considerades i utilitzades com a mesura del fenomen que volem mesurar. En aquest cas, l'actitud infermera vers la família (Martín, 2004), amb l'objectiu d'obtenir l'evidència de les relacions internes entre els

ítems que formen el test (Cardoso et al., 2010; Requena, 2009). Aquesta mesura es basa en l'anàlisi factorial exploratòria (AFE) i s'encarrega de reduir el nombre de variables a factors de variables per distingir les dimensions essencials que estableixen les relacions entre els ítems (Carvajal et al., 2011). Però en el cas d'instruments adaptats ja desenvolupats, com l'escala AE-IFCE, es pot utilitzar una anàlisi factorial confirmatòria (AFC), que pretén comprovar que l'escala adaptada segueix el mateix model estructural proposat per Benzein, Johansson, Årestedt, Berg i altres (2008). L'AFC corregeix les deficiències intrínseques a la perspectiva exploratòria i dirigeix cap a una major concreció de les hipòtesis, que cal que siguin contrastades. Els models d'AFC permeten contrastar la validesa ajustant un model que l'assumeixi i diagnosticant la seva bondat d'ajust, cada ítem satura únicament sobre la dimensió del que se suposa que constitueix un indicador vàlid (Batista-Foguet, Coenders & Alonso, 2004).

- **Estimació dels paràmetres**

L'estimació dels paràmetres del model es realitzà mitjançant el mètode de mínims quadrats generalitzats (GLS), que és una tècnica per a l'estimació dels paràmetres desconeguts en un model de regressió lineal.

- **Bondat d'ajust del model**

Per tal de determinar la bondat d'ajust, tradicionalment s'ha utilitzat la prova de khi-quadrat (χ^2), indicant un bon ajust si la prova resulta no significativa. Actualment, però, es desaconsella per ser susceptible a variacions en funció de la mida de la mostra (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Així doncs, per tal d'assegurar l'acceptabilitat del model, es va decidir avaluar les mesures d'ajust següents:

Índexs d'ajust incremental: comparen el model analitzat amb un model de referència, normalment nul, que correspon a un model especificat sense cap relació entre les variables. En el cas de l'escala AE-IFCE, es va utilitzar l'índex AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index), l'índex BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) i el BBNNFI (Bentler Bonnet

Non Normed Fit Index). Els valors de tots tres índex han d'oscil·lar entre 0 i 1, i es consideren models adequats quan tenen un índex pròxim a 0,90 i un ajust perfecte quan resulta 1 (Lévy & Varela, 2006).

Índexs d'ajust absolut: determinen el grau d'exactitud en què un model prediu satisfactòriament la matriu de covariàncies o correlacions observades. En el cas de l'escala AE-IFCE, es va utilitzar l'índex GFI (Goodness-of-fit Index) que considera el model adequat quan té un valor pròxim a 0,90 i un ajust perfecte quan és 1. També es va calcular l'RMSE (Root Mean Standard Error), que considera un bon ajust quan el valor és menor de 0,05, i considera el model acceptable quan els valors estan entre 0,05 i 0,08 (Bollen & Long, 1993; Lévy & Varela, 2006).

Índexs de parsimònia: relacionen la bondat de l'ajust del model amb el nombre de coeficients estimats necessaris per aconseguir el ja esmentat nivell d'ajust. En aquest estudi, es va calcular la χ^2 normalitzada, i es considera un bon indicador si el resultat oscil·la entre 1,00 i 3,00 (Carmines & McIver, 1981; Fujikoshi, 2000; Jöreskog, 1970).

- Validesa convergent-discriminant

La validesa convergent s'estableix per examinar la correlació entre la nova mesura i una altra que es creu que hi està relacionada.

La validesa discriminant es refereix a la capacitat que té una escala per distingir entre diferents subgrups.

Es va realitzar l'anàlisi de la correlació de l'escala AE-IFCE amb el càlcul del coeficient de correlació de Pearson, entre les diferents dimensions de l'escala AE-IFCE i també entre el resultat de cadascuna de les subescales i la total, per avaluar, així, la validesa convergent i discriminant, partint de la hipòtesi que la correlació entre cada subescala i l'escala total ha de ser més forta que les correlacions entre les subescales (Fayers & Machin, 2000).

4.7.3. DESENVOLUPAMENT DE LA FASE 3: VERSIÓ DEFINITIVA DE L'ESCALA AE-IFCE. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Un cop finalitzades les fases 1 i 2 d'adaptació i validació de l'instrument, es va obtenir la versió definitiva de l'escala AE-IFCE, preparada per a la seva utilització, que ens va permetre identificar l'actitud infermera vers la família durant l'hospitalització.

Anàlisi estadística de l'escala AE-IFCE

Es van repartir 202 enquestes (158 a l'HTVC i 44 a l'HSC), tal com ja s'ha detallat en l'apartat del procediment de recollida de dades de la fase 2: Procés de validació de l'escala.

Per a la descripció de les variables qualitatives es van calcular les freqüències i els percentatges en cadascuna de les categories i per a cadascuna de les variables quantitatives, la mitjana, la mediana, la desviació típica, els rangs i els quartils 1 i 3 (Q_1 i Q_3).

Per tal d'identificar l'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria que tenien les infermeres de l'HTVC i de l'HSC, com que les puntuacions de l'escala total de l'AE-IFCE i de les subescales van ser tractades com a dades ordinals, es van utilitzar proves estadístiques no paramètriques. Es va calcular la mediana com a mesura de tendència central per a l'escala total i de les seves dimensions, i el Q_1 i el Q_3 com a mesures de dispersió. En l'anàlisi bivariant es va utilitzar la U de Mann-Whitney per comparar dos grups i el test de Kruskal-Wallis per tres grups o més.

Posteriorment, es va realitzar una anàlisi multivariant de regressió logística, per tal d'identificar les variables associades amb una actitud menys positiva vers la importància d'incloure les famílies en les cures d'infermeria. Es van utilitzar l'escala global i les dimensions de l'escala AE-IFCE com a variables dependents, i es va dividir cada dimensió en dos grups: els que tenen una puntuació baixa ($< Q_1$) i els que tenen una puntuació alta ($\geq Q_1$).

Les variables emprades en l'anàlisi de regressió logística van ser el sexe (home, dona), els anys de finalització dels estudis d'infermeria (≤ 5 , ≥ 6 anys), la formació específica en infermeria familiar (sí, no), la creença d'un enfocament de cures cap a les famílies en el lloc de treball (sí, no) i tenir experiència prèvia d'un familiar hospitalitzat (sí, no).

Durant tota l'anàlisi estadística es va treballar amb un nivell de confiança del 95% i es va considerar que la diferència era significativa quan el grau de significació (p) era menor o igual a 0,05.

Per a l'anàlisi mètrica i l'anàlisi estadística de les dades, realitzada durant les fases 2 i 3 de l'estudi, s'han utilitzat els programes informàtics IBM® SPSS® Statistics 21.0 i l'EQS® 6.1 per a l'anàlisi factorial confirmatòria.

Per acabar i resumir aquest capítol, s'han esquematitzat totes les fases del desenvolupament de l'estudi en l'algoritme següent (figura 11):

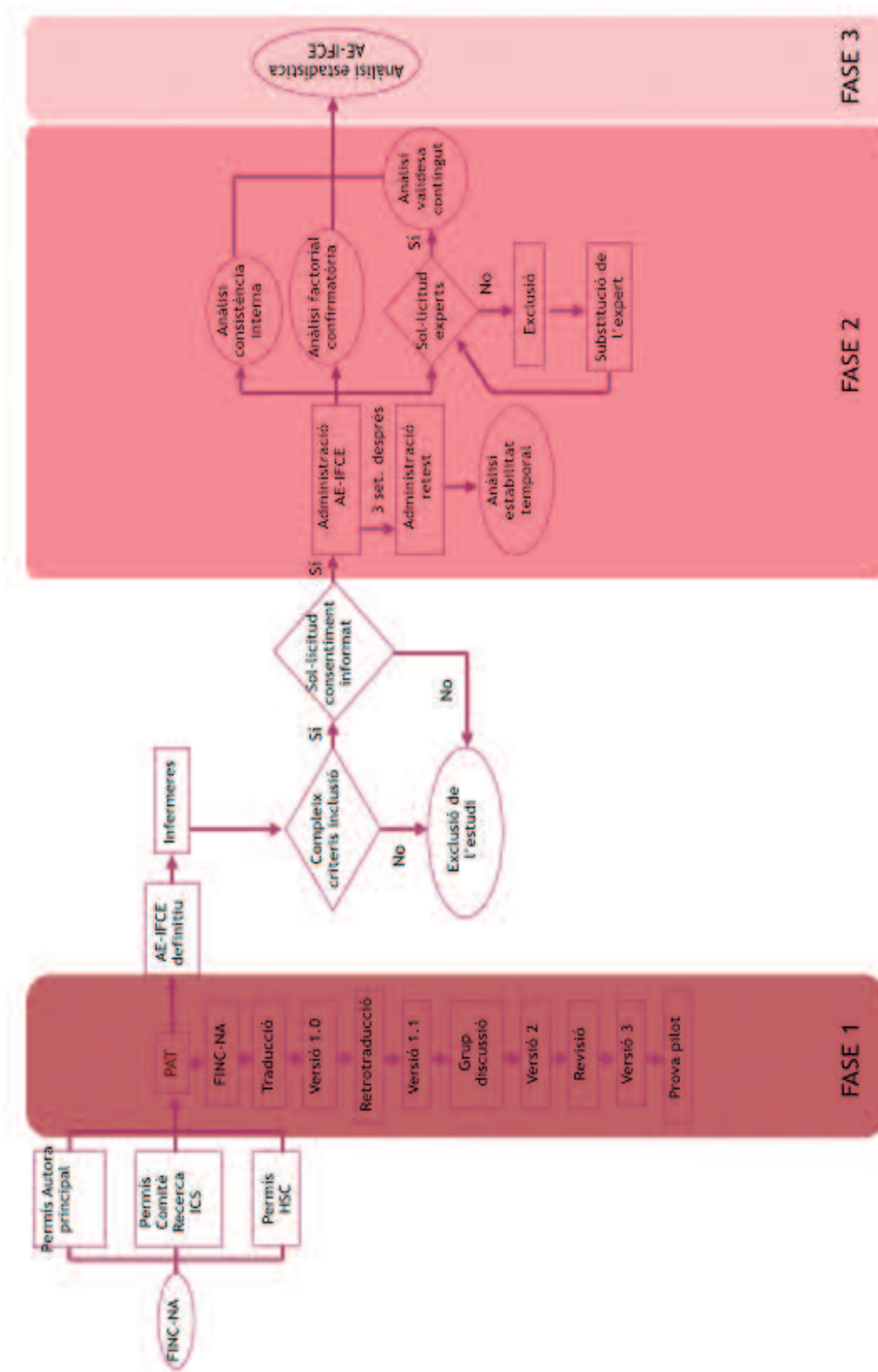


Figura 1.1. Algorisme del desenvolupament de l'estudi.

5. Resultats

5. RESULTATS

5.1. RESULTATS DE LA FASE 1: PROCÉS D'ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ DE L'ESCALA FINC-NA

Tot seguit, en aquest primer apartat de resultats, es presenten els **resultats relacionats amb l'objectiu 1**: *Realitzar l'adaptació transcultural al castellà de l'escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)*.

5.1.1. RESULTATS DE LA TRADUCCIÓ

Un cop acabades les dues traduccions independents, fruit del procés de traducció directa, vam obtenir la traducció 1 (T1) (annex XII) i la traducció 2 (T2) (annex XIII). Aquestes van ser analitzades i revisades en una primera trobada entre les dues traductores i la investigadora en busca d'una traducció conceptual, més que semàntica, on les afirmacions utilitzades fossin senzilles i clares.

Durant la reunió, es va unificar la traducció del concepte *family members* per *família*, amb l'objectiu de dinamitzar l'instrument.

La majoria d'ítems es van traduir sense dificultat i es va respectar el format original, però hi va haver algunes afirmacions més complexes per a les quals es van proposar diverses versions, a l'espera de ser millorades durant l'evolució del procés. No obstant això, es va obtenir la versió 1.0 de l'instrument (figura 12).

ÍTEM	Grau de dificultat
A1 Es importante averiguar qué tipo de familia tiene el paciente.	5
A2 La presencia de la familia retrasa mi trabajo.	1
A3 Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	1
A4 Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados de enfermería del paciente.	2
A5 Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante.	2
A6 Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones sobre el paciente.	9
A7 La presencia de la familia me da seguridad.	1
A8 No tengo tiempo para cuidar a las familias.	1
A9 Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo en el trabajo futuro.	5
A10 La presencia de la familia facilita mi trabajo.	3
A11 Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	2
A12 Siempre averiguo qué tipo de familia tiene el paciente.	5
A13 La presencia de la familia es importante para la propia familia.	2
A14 Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	6
A15 Invito a la familia a participar activamente en el cuidado del paciente.	1
A16 Pregunto a las familias cómo les puedo ayudar.	
A17 Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para poder hacer frente a las situaciones, por sí mismos.	4
A18 Considero a las familias como colaboradores. Para mí la familia es un colaborador.	3
A19 Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	1
A20 Implicarme con las familias me hace sentir útil.	1
A21 Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	9
A22 Es importante dedicarle tiempo a las familias.	2
A23 La presencia de la familia me hace sentir observada.	2
A24 Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	1
A25 Me veo a mí misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	8
A26 La presencia de la familia me produce stress.	1

Figura 12. Versió 1.0.

En la taula 12, es presenten alguns exemples dels ítems considerats més conflictius durant el procés de traducció.

Ítem original	Traduccions proposades a la versió 1.0
A1 i A12 el concepte <i>what family members a patient has</i> .	- el tipo de familia que tiene el paciente - perfil de familia que tiene el paciente
A6 <i>I ask family members to take part in discussions from the very first contact, when a patient comes into my care.</i>	es consideren provisionals: - conversaciones - primer momento
A9 <i>Discussion with family members during first care contact saves time in my future work.</i>	- durante los primeros cuidados - durante el primer contacto
A14 <i>I invite family members to have a conversation at the end of the care period.</i>	- al final del cuidado . al final del periodo de cuidados
A21 <i>I gain a lot of worthwhile knowledge from families which I can use in my work.</i>	cal matisar més: - conocimientos - información
A25 <i>I see myself as a resource for families so that they can cope as well as possible with their situation.</i>	- Me veo a mí misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación - Me considero un recurso para la familia que le ayuda a manejar lo mejor posible su situación

Taula 12. Ítems problemàtics durant el procés de traducció.

En aquesta etapa de traducció, els ítems es van classificar segons la dificultat percebuda a l'hora de trobar la traducció conceptual equivalent. Dels 26 ítems de l'escala, 19 no van presentar cap dificultat (73,1%), en 4 d'aquests la dificultat percebuda va ser moderada (15,4%) i en 3 va ser alta (11,5%) (taula 13).

ÍTEMS	%	DIFICULTAT
2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26	73,1	≤ a 5
1, 9, 12, 14	15,4	de 5 a 7
6, 21, 25	11,5	≥ a 8

Taula 13. Puntuació segons el grau de dificultat percebut a la versió 1.0.

5.1.2. RESULTATS DE LA RETROTRADUCCIÓ

En la fase de retrotraducció, es va fer servir el mateix procediment que en la traducció directa; per tant, després d'obtenir les retrotraduccions 1 i 2 (RT1 i RT2)

(annex XIV i annex XV), realitzades per unes altres traductores bilingües que no co-neixien la versió original de l'escala, es va efectuar una revisió conjunta amb la investigadora principal, amb l'objectiu d'unificar criteris i obtenir la versió 1.1 (figura 13).

	ÍTEM	Grau de dificultat
A1	It is important to find out the patient's family background. It is important to check what type of family the patient has got.	9
A2	The family's presence slows down my work.	1
A3	A good relationship with the family gives me professional satisfaction.	0
A4	The family should be invited to actively participate in the nursing care of the patient.	2
A5	As a nurse, I consider the family's presence to be important.	1
A6	When I'm assigned a patient, I ask the family to participate in conversations regarding the patient from the very beginning. When I take care of a patient, I ask the family, from the first contact, to participate in the conversations about the patient.	9
A7	The family's presence makes me feel confident. The presence of the family makes me feel secure.	6
A8	I don't have time to look after the family members.	1
A9	Speaking to the family during early treatments saves me time in the future.	0
A10	The presence of the family makes my work easier.	2
A11	The family should be invited to participate actively in the planning of the patient's care.	0
A12	I always find out what kind of family background the patient has. I always check what type of family the patient has got.	9
A13	The family's presence is important for the family itself.	0
A14	I encourage the family to talk with me after finishing the patient's treatment. I invite the family to talk at the end of the care period.	6
A15	I encourage the family to participate actively in the patient's care.	0
A16	I ask the family how I can help them.	0
A17	I encourage the family/family members/relatives to use their own resources to face situations by themselves I encourage the family to use their own means to face the situations by themselves.	7
A18	I consider the family as collaborators. For me, the family is a collaborator.	1
A19	I encourage the families to speak about changes in the patient's condition. I invite the family to talk about the changes in the patient's state.	6
A20	Getting involved with the families makes me feel useful.	0
A21	The families supply valuable knowledge which I can use in my work. The families give valuable information that I can use in my work.	6
A22	It is important to devote time to the families.	0
A23	The family's presence makes me feel observed.	0
A24	I encourage the family to speak with me during the planning of the treatment. I invite the family to talk during the planification of care.	6
A25	I see myself as a resource for the families to be able to cope with the situation in the best possible way.	0
A26	The family's presence makes me feel stressed.	0

Figura 13. Versió 1.1.

En la taula següent (taula 14), es reflecteixen els ítems classificats segons el grau de dificultat percebuda durant la retrotraducció, juntament amb el percentatge que representen.

ÍTEMS	%	DIFICULTAT
2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26	69,2	≤ a 5
14, 16, 17, 21, 24	19,3	de 5 a 7
1, 6, 12	11,5	≥ a 8

Taula 14. Puntuació segons el grau de dificultat percebut a la versió 1.1.

Posteriorment, les versions 1.0 i 1.1 van ser sotmeses a un grup de discussió per comparar les dues versions amb l'original, ajustar les traduccions i aconseguir, així, una equivalència conceptual el més acurada possible.

Durant aquesta fase, la majoria d'ítems no van portar cap tipus de discussió, els més controvertits (A1, A6, A10, A12, A16, A17 i A23) es detallen a continuació (taula 15):

Ítem original	Traduccions proposades en grup de discussió
A1	A l'original no parla del <i>tipus de família</i> , sinó de <i>qué familiars tiene el paciente</i> .
A6	sobre <i>el paciente</i> és el tema lògic de la conversa però l'original no ho diu; per tant, millor no posar-ho.
A10	<i>Eases</i> és més aviat <i>reduce</i> / <i>simplifica</i> .
A12	<i>qué familiars tiene</i> . L'original no diu res del tipus.
A16	<i>cómo les puedo dar mi apoyo</i> .
A17	Manca un tros de la frase original: <i>...para que tengan las posibilidades óptimas y puedan hacer frente...</i>
A23	És més que <i>observada</i> . Propostes: <i>vigilada</i> / <i>evaluada</i> / <i>controlada</i>

Taula 15. Ítems problemàtics durant el procés de retrotraducció.

Un cop es van acordar els canvis, vam obtenir la versió 2.0 *La importancia de la familia en los cuidados de enfermería. La actitud enfermera* (IFCE-AE) (figura 14), en què vam poder veure que aquest cop els ítems de major grau de dificultat percebuda eren A1, A6 i A12.

ÍTEM	Grau de dificultat
A1 Es importante averiguar que familiares tiene el paciente.	9
A2 La presencia de la familia retrasa mi trabajo .	0
A3 Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	0
A4 Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados de enfermería del paciente.	0
A5 Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante.	0
A6 Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones.	8
A7 La presencia de la familia me da seguridad.	0
A8 No tengo tiempo para cuidar a las familias.	0
A9 Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo en el trabajo futuro.	1
A10 La presencia de la familia reduce / simplifica mi trabajo.	7
A11 Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	0
A12 Siempre averiguo que familiares tiene el paciente.	9
A13 La presencia de la familia es importante para la propia familia.	0
A14 Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	6
A15 Invito a la familia a participar activamente en el cuidado del paciente.	0
A16 Pregunto a las familias como les puedo dar mi apoyo.	6
A17 Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que tengan las posibilidades óptimas y puedan hacer frente a las situaciones.	7
A18 Considero a las familias como colaboradores. Para mí la familia es un colaborador.	2
A19 Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	0
A20 Implicarme con las familias me hace sentir útil.	0
A21 Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	6
A22 Es importante dedicarle tiempo a las familias.	0
A23 La presencia de la familia me hace sentir vigilada / controlada.	6
A24 Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	0
A25 Me veo a mí misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	0
A26 La presencia de la familia me produce stress.	0

Figura 14. Versió 2.0.

Posteriorment a aquesta reunió, un grup de professionals i la investigadora van fer la revisió final de l'instrument, i es va acordar que:

- L'expressió *averiguar que familiares tiene el paciente* dels ítems A1 i A12 es canviava per *averiguar quiénes son los familiares del paciente*. Es va de estimar el concepte funcionamiento familiar que alguns membres havien proposat.
- A l'ítem A17 es va modificar la redacció per aconseguir que fos més entenedor: *...para que tengan las posibilidades óptimas y puedan hacer frente...* per *...para que se sientan capacitados para hacer frente a las situaciones por sí mismos*.
- Es van subratllar en negreta conceptes bàsics d'algunes afirmacions per tal que quedessin més clares.
- Es van corregir alguns errors tipogràfics.
- Es va redactar l'encapçalament i les instruccions del qüestionari.
- Cada qüestionari portava un codi que creava cada participant seguint unes instruccions (dos primeres lletres del nom del pare, dos primeres lletres del nom de la mare i el dia del naixement), per tal de garantir la confidencialitat i poder comparar resultats.

Es va decidir modificar el títol del test de *La importancia de la familia en los cuidados de enfermería. La actitud enfermera* (IFCE-AE) per *La actitud enfermera. La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE).

Amb aquests resultats ja tenim la versió 3.0 (figura 15).

La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)

1: Totalmente en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: De acuerdo, 4: Totalmente de acuerdo.

1	Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente.	1	2	3	4
2	La presencia de la familia retrasa mi trabajo.	1	2	3	4
3	Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	1	2	3	4
4	Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados de enfermería del paciente.	1	2	3	4
5	Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante.	1	2	3	4
6	Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones.	1	2	3	4
7	La presencia de la familia me da seguridad.	1	2	3	4
8	No tengo tiempo para cuidar a las familias.	1	2	3	4
9	Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo en el trabajo futuro.	1	2	3	4
10	La presencia de la familia simplifica mi trabajo.	1	2	3	4
11	Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	1	2	3	4
12	Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente.	1	2	3	4
13	La presencia de la familia es importante para la propia familia.	1	2	3	4
14	Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	1	2	3	4
15	Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
16	Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo.	1	2	3	4
17	Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para hacer frente a las situaciones por sí mismos.	1	2	3	4
18	Para mí la familia es un colaborador.	1	2	3	4
19	Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	1	2	3	4
20	Implicarme con las familias me hace sentir útil.	1	2	3	4
21	Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	1	2	3	4
22	Es importante dedicarle tiempo a las familias.	1	2	3	4
23	La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada.	1	2	3	4
24	Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	1	2	3	4
25	Me veo a mí misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	1	2	3	4
26	La presencia de la familia me produce stress.	1	2	3	4

Figura 15. Versió 3.0.

5.1.3. PROVA PILOT

Dels 13 qüestionaris repartits en la prova pilot en van retornar 11, dels quals 8 van ser emplenats per infermeres de l'HTVC i els 3 restants, per infermeres de l'HSC. Aquests qüestionaris van ser examinats amb atenció per tal de polir l'instrument i així finalitzar el PAT. Fruit de l'anàlisi i els comentaris obtinguts es va decidir:

- Canviar la redacció de les instruccions del test posant més èmfasi en el que cal fer.
- Agrupar algunes preguntes sociodemogràfiques i eliminar-ne d'altres, per tal d'agilitzar l'instrument.
- Corregir l'anglicisme de l'ítem A26 *stress* per *estrés*.

Pel que fa al resultat de l'entrevista informal, la majoria de les informants van coincidir en la necessitat de canviar alguns ítems detallats a continuació:

- A A4 es canvia el terme *...en los cuidados de enfermería del paciente*. per *... en los cuidados del paciente*.
- A A9 *...me ahorra tiempo en el trabajo futuro* es va substituir per *...me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo*.
- A17 *...para que se sientan capacitados para hacer frente a las situaciones por sí mismos*. es modificar per *...para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones*.
- A25 es va eliminar a *mí misma*, ja que és redundant.

Pel que fa a la rellevància i la comprensió dels ítems, es van considerar tots importants, clars i entenedors. Per tant, no es va excloure cap afirmació i es va deixar el test amb 26 ítems, igual que a l'escala original. El temps invertit per emplenar l'escala va ser d'una mitjana de quinze minuts.

La versió definitiva de l'AE-IFCE, finalment ja estava preparada per sotmetre's al procés de validació (annex XVI).

5.2. RESULTATS DE LA FASE 2: PROCÉS DE VALIDACIÓ DE L'ESCALA AE-IFCE

A continuació, es presenten els resultats de la fase 2, **relacionats amb els objectius 2 i 3**:

- Analitzar la fiabilitat de l'instrument en la versió castellana de l'escala *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería* (AE-IFCE), en termes de consistència interna i estabilitat temporal.
- Analitzar la validesa de l'instrument en la versió castellana de l'escala AE-IFCE, en termes de validesa de contingut, de constructe i convergent-discriminant.

5.2.1. ANÀLISI DE LA FIABILITAT

Anàlisi de la consistència interna

A l'hora d'analitzar la consistència interna, es van incloure les 173 enquestes que es van recollir, realitzades per les infermeres participants en l'estudi.

El càlcul de la consistència interna es va realitzar amb el coeficient alfa de Cronbach, que per al total de l'escala va ser de 0,90 i per a cadascuna de les dimensions es van obtenir valors superiors a 0,70 en tres de les quatre dimensions de l'escala AE-IFCE. També es van calcular els valors de l'alfa de Cronbach excloent cada ítem o pregunta del qüestionari, i no es va observar que l'exclusió d'alguna pregunta millorés la consistència interna total del qüestionari de manera rellevant (taula 16).

El coeficient d'homogeneïtat dels ítems per a cada dimensió o subescala es presenta en la taula 17, on es pot observar que es van obtenir valors superiors a 0,20 en cadascuna d'aquestes.

Contingut dels ítems	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sense ítem	Total escala sense ítem
La familia como recurso de enfermería (Fam-RNC)	0,840		
A3 Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional		0,831	0,906
A4 Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente		0,832	0,908
A5 Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante		0,830	0,906
A7 La presencia de la familia me da seguridad		0,822	0,904
A10 La presencia de la familia simplifica mi trabajo		0,824	0,905
A11 Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente		0,825	0,906
A13 La presencia de la familia es importante para la propia familia		0,826	0,906
A20 Implicarme con las familias me hace sentir útil		0,819	0,906
A21 Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo		0,825	0,905
A22 Es importante dedicarle tiempo a las familias		0,821	0,904
La familia como Interlocutor (Fam-CP)	0,821		
A1 Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente		0,813	0,907
A6 Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones		0,792	0,904
A9 Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo		0,79	0,903
A12 Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente		0,813	0,907
A14 Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados		0,800	0,906
A15 Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente		0,793	0,905
A19 Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente		0,795	0,904
A24 Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados		0,803	0,906
La familia como carga (Fam-B)	0,668		
A2 La presencia de la familia retrasa mi trabajo		0,588	0,911
A8 No tengo tiempo para cuidar a las familias		0,697	0,913
A23 La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada		0,587	0,911
A26 La presencia de la familia me produce estrés		0,529	0,909
La familia con recursos propios (Fam-OR)	0,758		
A16 Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo		0,688	0,904
A17 Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones		0,706	0,906
A18 Para mí la familia es un colaborador		0,683	0,901
A25 Me veo como un recurso para las familia, para que puedan afrontar lo mejor posible su situación		0,745	0,906
Total AE-IFCE	0,909		

Taula 16. Consistència interna AE-IFCE.

Contingut dels ítems		Correlació ítem- total escala corregida	Correlació ítem-subescala corregida
La familia como recurso de enfermería (Fam-RNC)			
A3	Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional	0,507	0,477
A4	Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente	0,413	0,458
A5	Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante	0,530	0,495
A7	La presencia de la familia me da seguridad	0,597	0,576
A10	La presencia de la familia simplifica mi trabajo	0,550	0,554
A11	Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente	0,508	0,543
A13	La presencia de la familia es importante para la propia familia	0,509	0,531
A20	Implicarme con las familias me hace sentir útil	0,601	0,601
A21	Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo	0,551	0,535
A22	Es importante dedicarle tiempo a las familias	0,603	0,589
La familia como interlocutor (Fam-CP)			
A1	Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente	0,479	0,446
A6	Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones	0,635	0,605
A9	Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo	0,664	0,559
A12	Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente	0,447	0,473
A14	Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados	0,530	0,550
A15	Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente	0,589	0,601
A19	Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente	0,628	0,597
A24	Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados	0,534	0,527
La familia como carga (Fam-B)			
A2	La presencia de la familia retrasa mi trabajo	0,275	0,468
A8	No tengo tiempo para cuidar a las familias	0,234	0,321
A23	La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada	0,260	0,468
A26	La presencia de la familia me produce estrés	0,323	0,57
La familia con recursos propios (Fam-OR)			
A16	Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo	0,591	0,614
A17	Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones	0,489	0,551
A18	Para mí la familia es un colaborador	0,767	0,589
A25	Me veo como un recurso para las familia, para que puedan afrontar lo mejor posible su situación	0,503	0,476

Taula 17. Correlació ítem-total de l'AE-IFCE.

Anàlisi de l'estabilitat temporal. Test-retest

De les 173 infermeres participants a l'estudi, únicament es va aconseguir que 97 professionals retornessin l'escala AE-IFCE emplenada una segona vegada.

El coeficient de correlació de Pearson entre tots dos qüestionaris va ser de 0,784 ($p < 0,0001$) (figura 16).

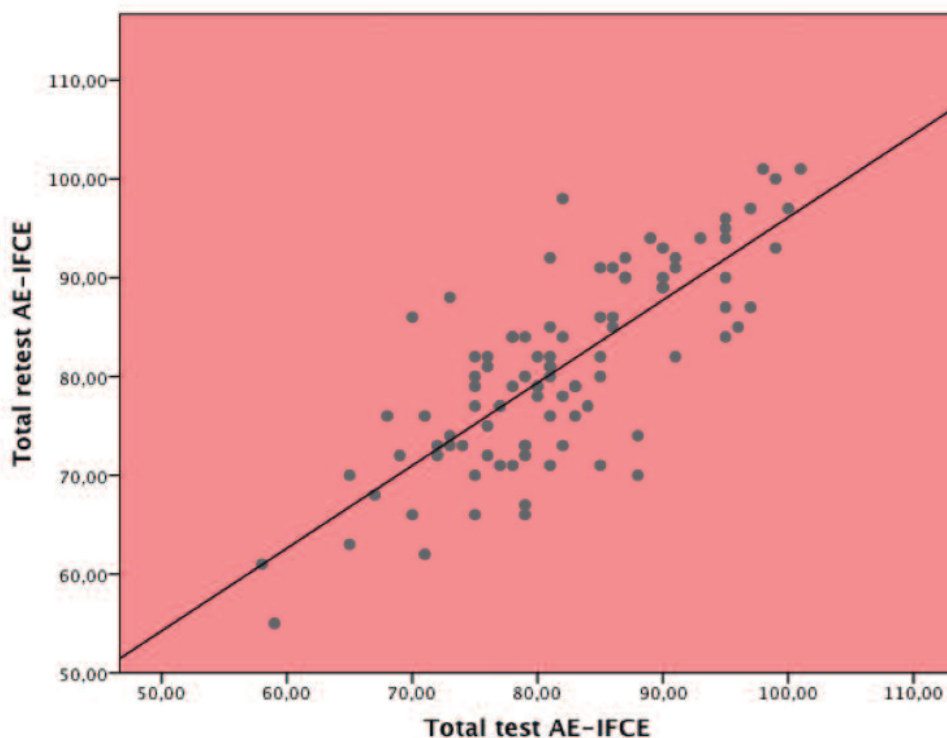


Figura 16. Anàlisi de correlació entre les puntuacions totals del test-retest AE-IFCE.

Posteriorment, es va calcular el CCI del qüestionari total i per a cadascuna de les dimensions. El CCI total va ser de 0,90 i per a les diferents dimensions del qüestionari aquest coeficient també va ser superior a 0,70, en tots els casos (taula 18).

AE-IFCE	CCI	IC 95%
La familia como recurso de enfermería (Fam-RNC)	0,854	0,782 - 0,903
La familia como interlocutor (Fam-CP)	0,832	0,749 - 0,881
La familia como carga (Fam-B)	0,784	0,677 - 0,855
La familia con recursos propios (Fam-OR)	0,865	0,799 - 0,910
Total	0,878	0,817 - 0,918

Taula 18. Coeficient de correlació intraclasse (CCI) test-retest de l'AE-IFCE.

Amb el mètode de Bland i Altman, es va realitzar primer una representació gràfica de les diferències entre les puntuacions dels dos qüestionaris AE-IFCE, en relació amb la seva mitjana. Aquest gràfic va permetre observar que la magnitud de les diferències entre tots dos qüestionaris era similar per a tots els valors de la puntuació del qüestionari (representats per les mitjanes dels dos mesuraments). Es va obtenir una mitjana de la variable diferència entre les dues escales AE-IFCE de 0,948 i una desviació estàndard de 6,26, en què la majoria de les diferències es van situar aproximadament entre la mitjana i dues desviacions estàndard de la variable diferència (figura 17).

Segons el procediment de Bradley-Blackwood, en l'anàlisi de regressió simple es va obtenir una $F = 1,331$ i un pendent de $-0,118$ ($p = 0,251$).

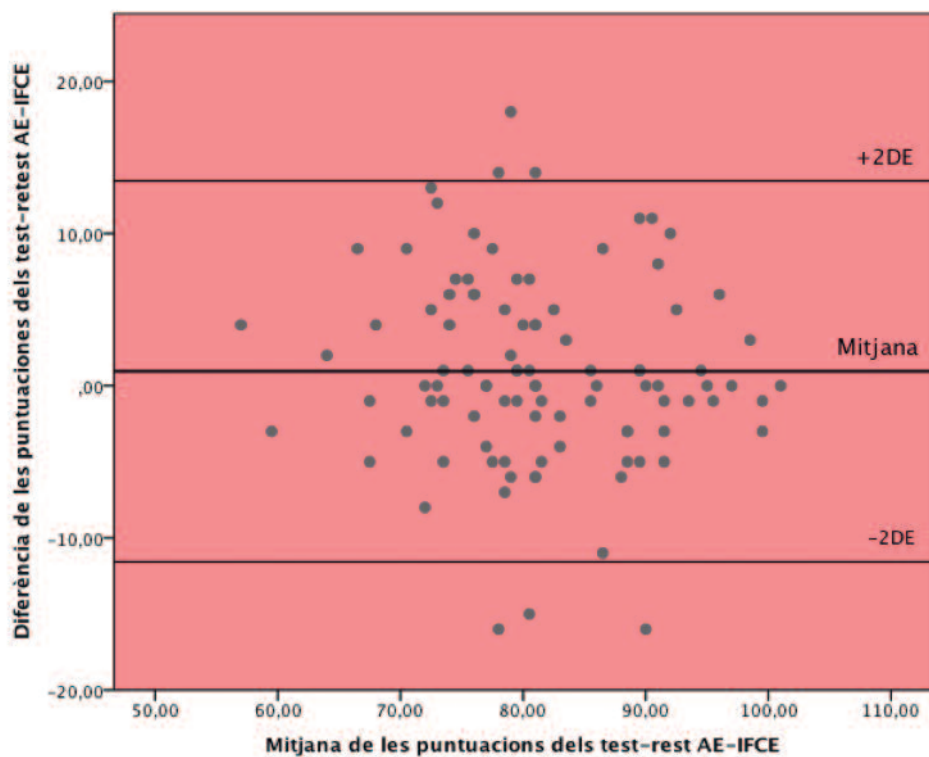


Figura 17. Bland i Altman: Diferència de les puntuacions front a la mitjana del test i del retest AE-IFCE.

En el gràfic següent, es representa l'histograma de les diferències entre les dues mesures; es va observar que encara que la segona mesura de l'escala AE-IFCE presenta uns valors lleugerament superiors, pràcticament les diferències eren homogènies, i s'ajustaven gairebé totes als límits de concordança (-11,57 i 13,46), amb una tendència a l'estabilitat (figura 18).

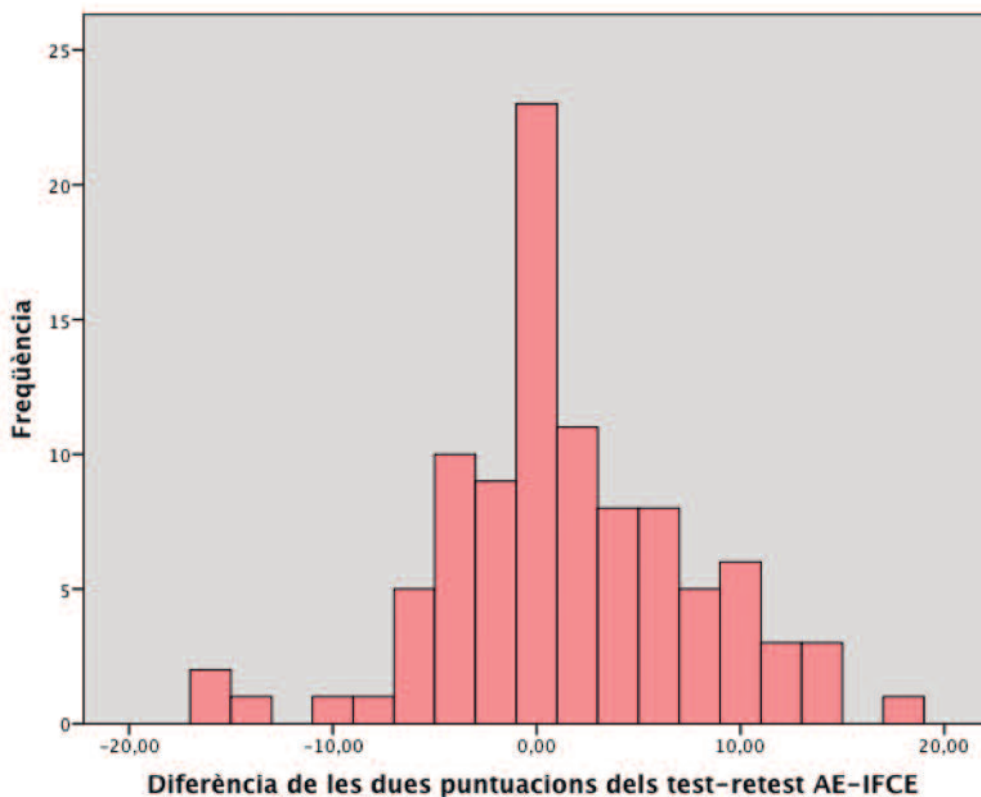


Figura 18. Histograma de les diferències de les puntuacions.

En la taula 19, es mostra la magnitud de la diferència, en termes absoluts, de les dues puntuacions de l'escala AE-IFCE en 97 professionals, així com el percentatge acumulat de casos en els quals es va superar cadascuna d'aquestes diferències.

Diferència absoluta	Freqüència	Percentatge acumulat
0	12	12,4
1	20	33,0
2	5	38,1
3	8	46,4
4	8	54,6
5	12	67,0
6	8	75,3
7	5	80,4
8	2	82,5
9	4	86,6
10	2	88,7
11	3	91,8
12	1	92,8
13	1	93,8
14	2	95,9
15	1	96,9
16	2	99,0
18	1	100,0
Total	97	

Taula 19. Distribució de les diferències absolutes entre el test i el retest AE-IFCE.

A partir d'aquestes dades, es va construir el gràfic de concordança total entre el test i el retest amb Kaplan-Meier (figura 19), en què es mostra el desacord que hi ha entre els dos mesuraments amb l'escala AE-IFCE. Segons aquest gràfic, es va obtenir un percentatge d'acord o concordança del 88,7% per diferències entre els dos mesuraments de fins a 10 punts, i una concordança del 80,4% per diferències de fins a 7 punts.

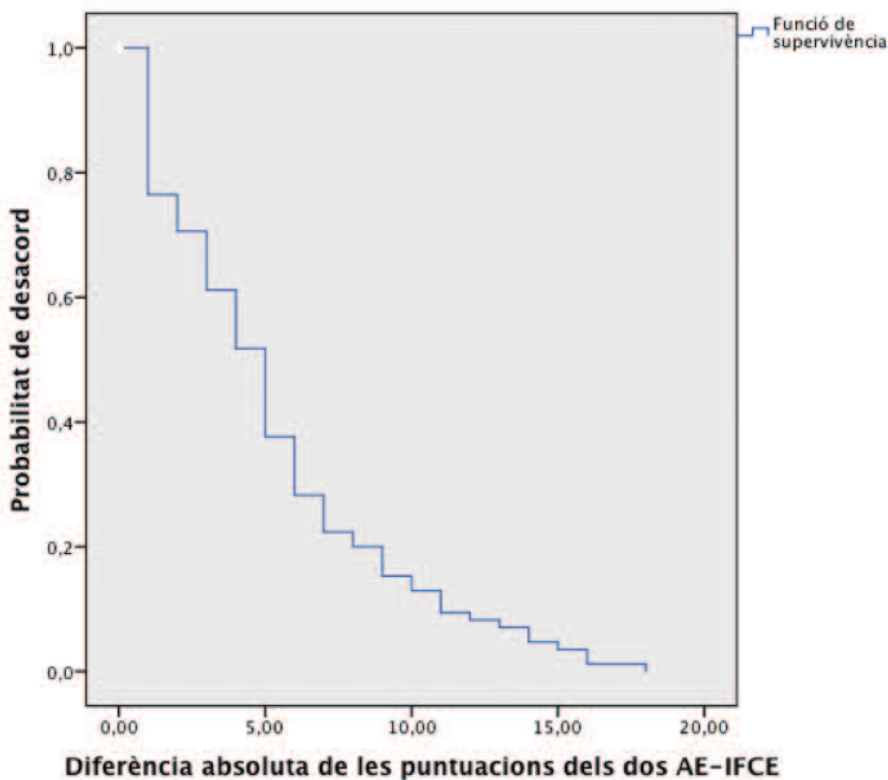


Figura 19. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE.

Posteriorment, es van realitzar els mateixos gràfics d'acord-supervivència per a diferents variables (sexe, formació en màster o postgrau, especialitat, àmbit de treball i cures pal·liatives), comparant les diferents corbes amb el test de Log-Rank i el test de Breslow. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre les corbes en cap de les diferents variables estudiades. Això significa que el percentatge d'acord o concordança no variava en les diferents categories de cada variable (figura 20, figura 21, figura 22, figura 23, figura 24 i figura 25).

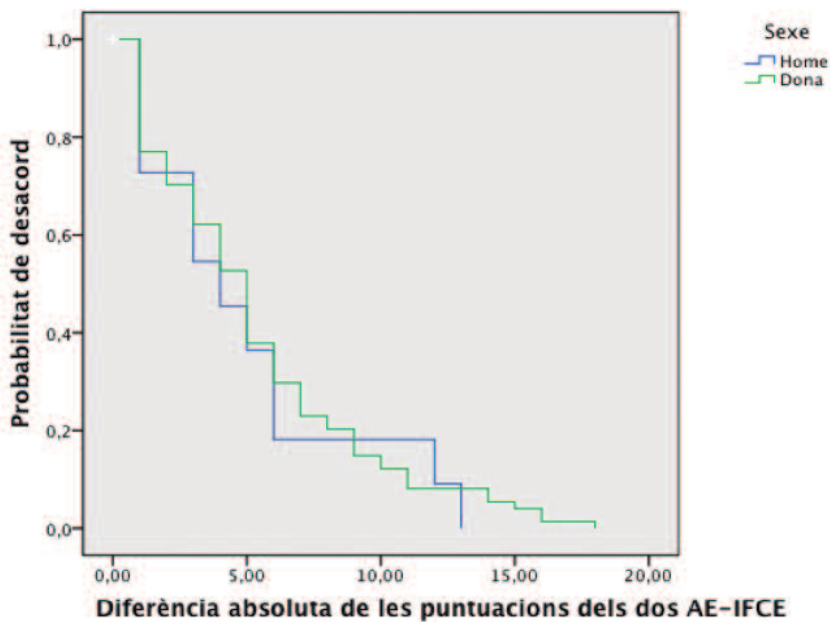


Figura 20. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons el sexe.

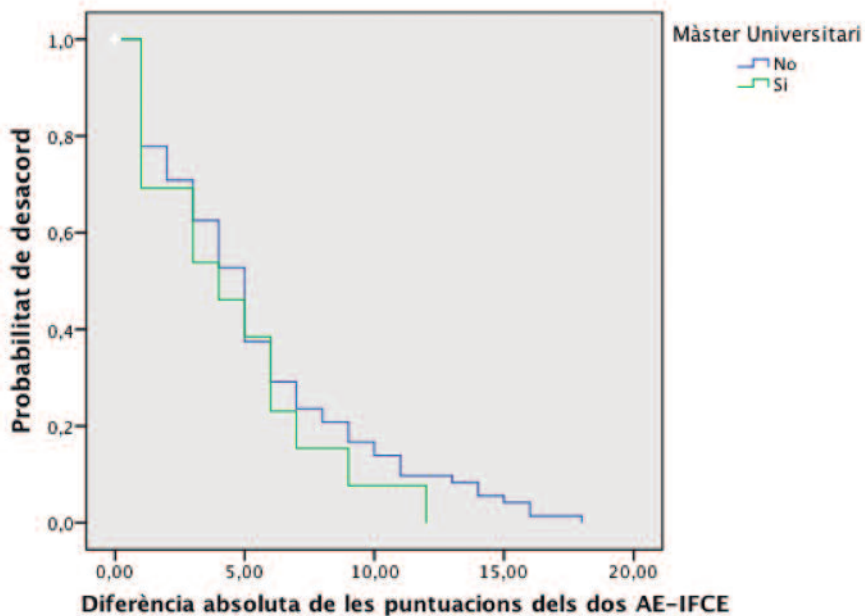


Figura 21. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació de màster universitari.

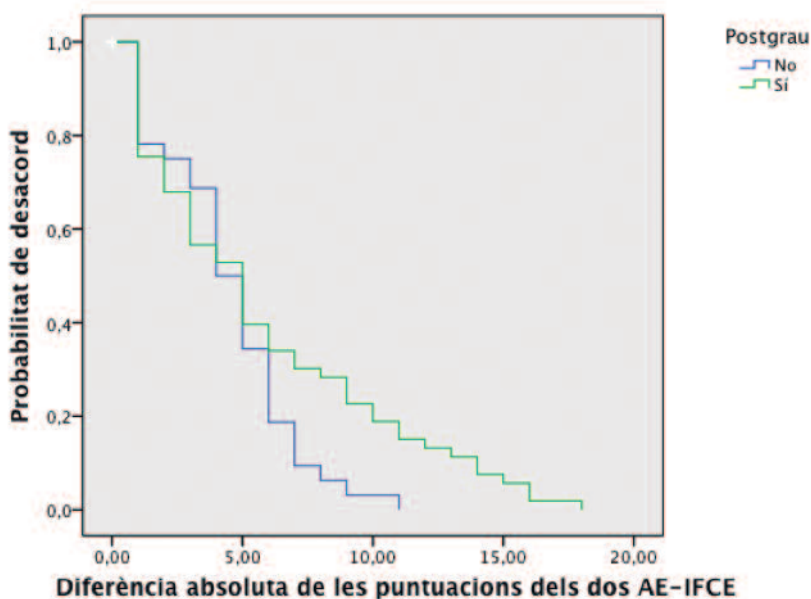


Figura 22. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació de postgrau.

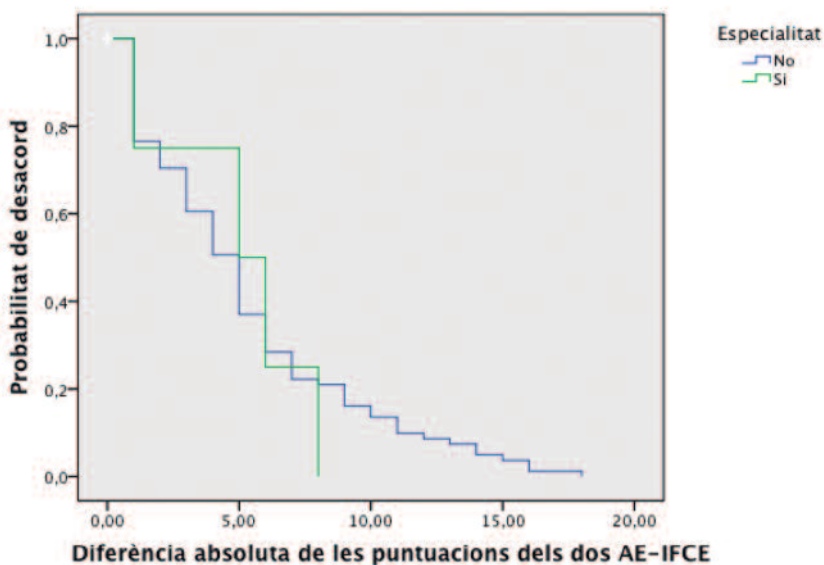


Figura 23. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons la formació en especialitat.

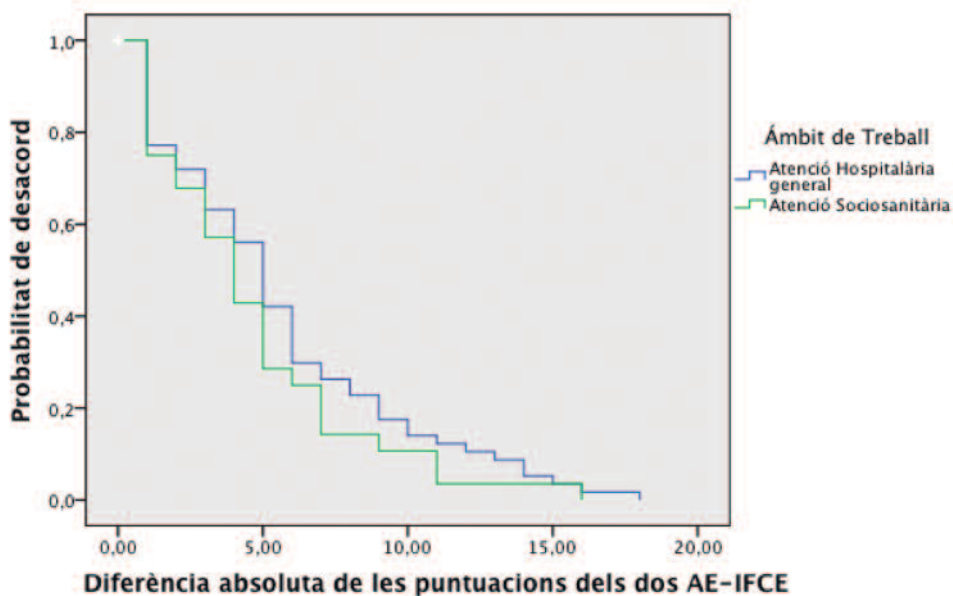


Figura 24. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons l'àmbit de treball.

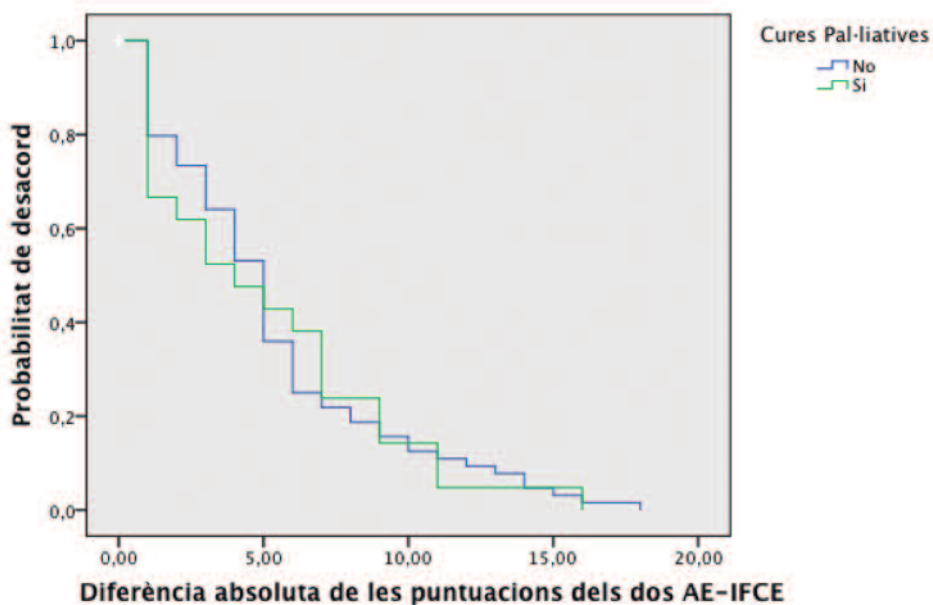


Figura 25. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes dels test-retest de l'AE-IFCE segons l'experiència en cures pal·liatives.

En el següent gràfic (figura 26), es van representar les corbes de supervivència segons el sentit de les diferències entre els dos qüestionaris o mesuraments (retest AE-IFCE > test AE-IFCE i test AE-IFCE > retest AE-IFCE), i no es van trobar diferències estadísticament significatives ($p = 0,126$).

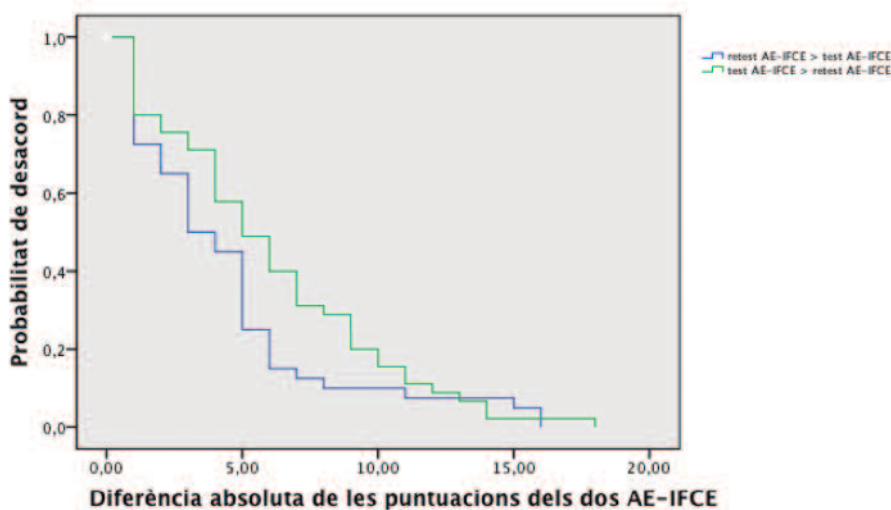


Figura 26. Kaplan-Meier: Concordança entre mitjanes per a retest AE-IFCE > test AE-IFCE i test AE-IFCE > retest AE-IFCE.

5.2.2. ANÀLISI DE LA VALIDESA DE CONTINGUT

Amb l'objectiu d'avaluar la validesa de contingut, es va realitzar per part de quatre experts una anàlisi qualitativa amb la metodologia Delphi descrita en la fase 2 de l'apartat de metodologia. I després de realitzar la retroacció o *feedback* corresponent, es va arribar al consens en el qual es considerava que l'escala AE-IFCE abraçava totes les dimensions de l'actitud infermera vers la família.

5.2.3. ANÀLISI DE LA VALIDESA DE CONSTRUCTE. ANÀLISI FACTORIAL

L'estructura factorial es va analitzar mitjançant una anàlisi factorial confirmatòria, en la qual es va plantejar un model de 4 factors, igual que l'escala original, descrita en l'apartat de marc conceptual.

Estimació de paràmetres

L'estimació de paràmetres es va realitzar mitjançant el mètode de mínims quadrats. Els resultats van mostrar que les dimensions que presentaven majors càrregues eren el factor 1 i el factor 2. Com es pot veure en la taula 20, totes les saturacions eren estadísticament significatives.

Pel que fa a les correlacions entre els factors, tots els factors van presentar unes correlacions elevades, i totes van ser superiors a 0,3 (figura 27).

ÍTEM	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
A1		0,512*		
A2			0,597*	
A3	0,558*			
A4	0,469*			
A5	0,561*			
A6		0,492*		
A7	0,628*			
A8			0,461*	
A9		0,711*		
A10	0,599*			
A11	0,560*			
A12		0,494*		
A13	0,584*			
A14		0,572*		
A15		0,653*		
A16				0,670*
A17				0,582*
A18				0,833*
A19		0,663*		
A20	0,672*			
A21	0,604*			
A22	0,647*			
A23			0,600*	
A24		0,581*		
A25				0,560*
A26			0,730*	

* $p < 0,05$

Taula 20. Càrregues factorials de l'anàlisi factorial confirmatòria.

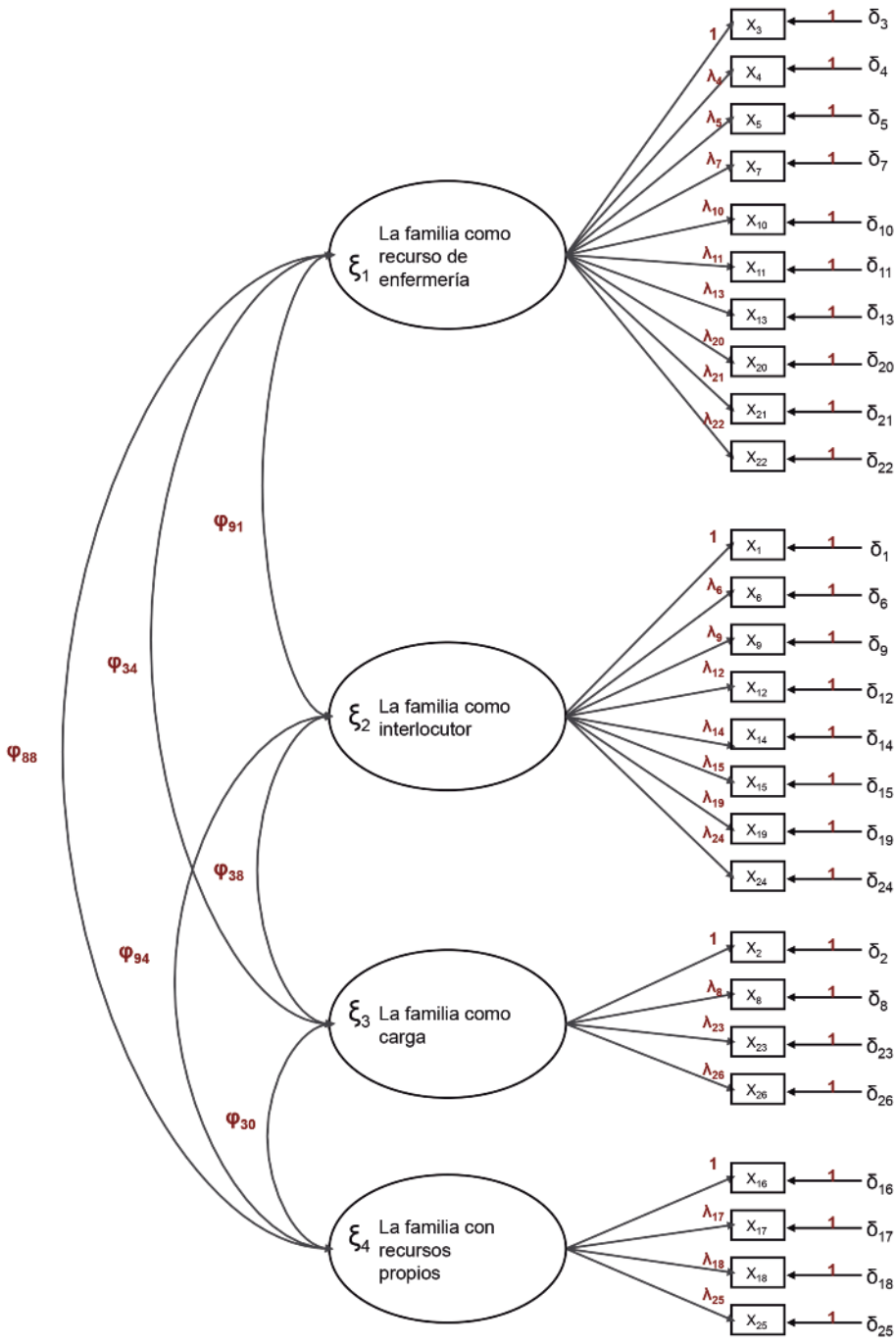


Figura 27. Paràmetres estandarditzats del model.

Bondat d'ajust del model

La prova de χ^2 va ser estadísticament significativa, la raó d'ajust va resultar de 2,09, de manera que com que estava entre 1,00 i 3,00 l'ajust era bo (Carmines & McIver, 1981; Fujikoshi, 2000; Jöreskog, 1970). Així mateix, la resta d'índexs, tant el d'ajust absolut com el d'ajust incremental i el de parsimònia que es van analitzar, presentaven la mateixa tendència. Per tant, es va poder concloure que el model s'ajustava convenientment (taula 21).

ÍNDEX	VALOR
GFI	0,960
BBNFI	0,842
BBNNFI	0,986
AGFI	0,952
RMSE	0,021
Alfa de Cronbach	0,909
Prova de bondat d'ajust	$\chi^2 = 613,989$; $gl=293$; $p<0,0001$
Raó d'ajust	$\chi^2 / gl = 2,09$

GFI: Goodness of Fit Index. BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index.

AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index. RMSE: Root Mean Standard Error.

Taula 21. Índexs d'ajust global del model confirmatori.

5.2.4. ANÀLISI DE LA VALIDESA CONVERGENT-DISCRIMINANT

Pel que fa a l'anàlisi de les correlacions entre les subescales o dimensions i l'escala total, tenim que es confirma la hipòtesi, les correlacions més fortes es van mostrar entre la majoria de les subescales i l'escala total. La Fam-RNC va correlacionar més fort amb l'escala total ($r = 0,911$), mentre que la Fam-OR correlacionava més dèbilment amb l'escala total ($r = 0,483$). La correlació més forta entre les subescales va ser mostrada entre la Fam-RNC i la Fam-CP ($r = 0,763$), mentre que la correlació

més dèbil va ser entre la Fam-B i la Fam-OR ($r = 0,293$) (taula 22). Totes les correlacions són significatives, s'ha considerat el nivell de significació $p < 0,001$.

	Fam-RNC	Fam-CP	Fam-B	Fam-OR	AE-IFCE
Fam-RNC	1,000				
Fam-CP	0,763	1,000			
Fam-B	0,336	0,311	1,000		
Fam-OR	0,654	0,754	0,293	1,000	
AE-IFCE	0,911	0,904	0,906	0,483	1,000

Taula 22. Correlació entre les subescales i el total de l'escala AE-IFCE.

5.3. RESULTATS DE LA FASE 3: VERSIÓ DEFINITIVA DE L'ESCALA AE-IFCE. ANÀLISI ESTADÍSTICA

5.3.1. DESCRIPCIÓ DE LA VERSIÓ DEFINITIVA DE L'ESCALA AE-IFCE

L'escala AE-IFCE avalua l'actitud de la infermera vers la família, i analitza com la infermera considera la família dins el procés de cuidar.

Després de l'adaptació transcultural al castellà, l'escala va conservar els 26 ítems, el mateix nombre que l'escala original i també va respectar l'estructura de la puntuació Likert, les opcions de resposta per a cada afirmació van ser:

- 1: Totalment en desacord
- 2: En desacord
- 3: D'acord
- 4: Totalment d'acord

La puntuació global de l'escala s'obté de la suma de la puntuació de tots els ítems, i es consideren 4 ítems inversos que pertanyen a la dimensió Fam-B. Per tant, la puntuació final oscil·la entre 26 i 104. Una major puntuació demostra una actitud

infermera més positiva vers la família.

També es van analitzar les puntuacions per a cadascuna de les dimensions, a partir de la descripció de les dimensions que es detalla a continuació.

5.3.2. DESCRIPCIÓ DE LES DIMENSIONS I DELS ÍTEMS

Els 26 ítems estan agrupats en quatre dimensions, igual que la versió original. Cada dimensió analitza específicament l'actitud infermera vers la família: com a recurs d'infermeria, com a interlocutora, com a càrrega i amb recursos propis. Aquestes dimensions conserven les mateixes abreviacions que l'escala original, es va decidir així per tal de facilitar la identificació i comparació internacional de resultats.

DIMENSIÓ 1: La Familia como recurso de enfermería (Fam-RNC)

Aquesta dimensió se centra en una actitud positiva vers la família i valora la presència d'aquesta en les cures d'infermeria, la convida a participar en les cures creant una bona relació infermera-família. Està formada per 10 ítems, i el seu rang oscil·la entre 10 i 40.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

- Ítem 3. Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.
- Ítem 4. Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.
- Ítem 5. Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante.
- Ítem 7. La presencia de la familia me da seguridad.
- Ítem 10. La presencia de la familia simplifica mi trabajo.
- Ítem 11. Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.
- Ítem 13. La presencia de la familia es importante para la propia familia.
- Ítem 20. Implicarme con las familias me hace sentir útil.
- Ítem 21. Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.
- Ítem 22. Es importante dedicarle tiempo a las familias.

DIMENSIÓ 2: La familia como interlocutor (Fam-CP)

Aquesta dimensió se centra en la importància de reconèixer la família i de tenir un diàleg amb ella sobre l'estructura familiar i la planificació de les cures. Està formada per 8 ítems, i el seu rang oscil·la entre 8 i 32.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

- Ítem 1. Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente.
- Ítem 6. Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones.
- Ítem 9. Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo.
- Ítem 12. Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente.
- Ítem 14. Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.
- Ítem 15. Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.
- Ítem 19. Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.
- Ítem 24. Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.

DIMENSIÓ 3: La familia como carga (Fam-B)

Aquesta dimensió se centra en les declaracions negatives sobre la família, no tenir temps per cuidar-la i veure-la com a indesitjable. Està formada per 4 ítems, que puntuen de manera inversa, i el seu rang oscil·la entre 4 i 16.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

- Ítem 2. La presencia de la familia retrasa mi trabajo.
- Ítem 8. No tengo tiempo para cuidar a las familias.
- Ítem 23. La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada.
- Ítem 26. La presencia de la familia me produce estrés.

DIMENSIÓ 4: La familia con recursos propios (Fam-OR)

Aquesta dimensió se centra en el reconeixement de les famílies que tenen els seus propis recursos per fer front a les situacions. Està formada per 4 ítems, i el seu rang oscil·la entre 4 i 16.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

Ítem 16. Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo.

Ítem 17. Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones.

Ítem 18. Para mí la familia es un colaborador.

Ítem 25. Me veo como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.

En la representació de l'histograma de freqüències es va observar que la distribució dels ítems era mesocúrtica, però amb una asimetria negativa (figura 28)

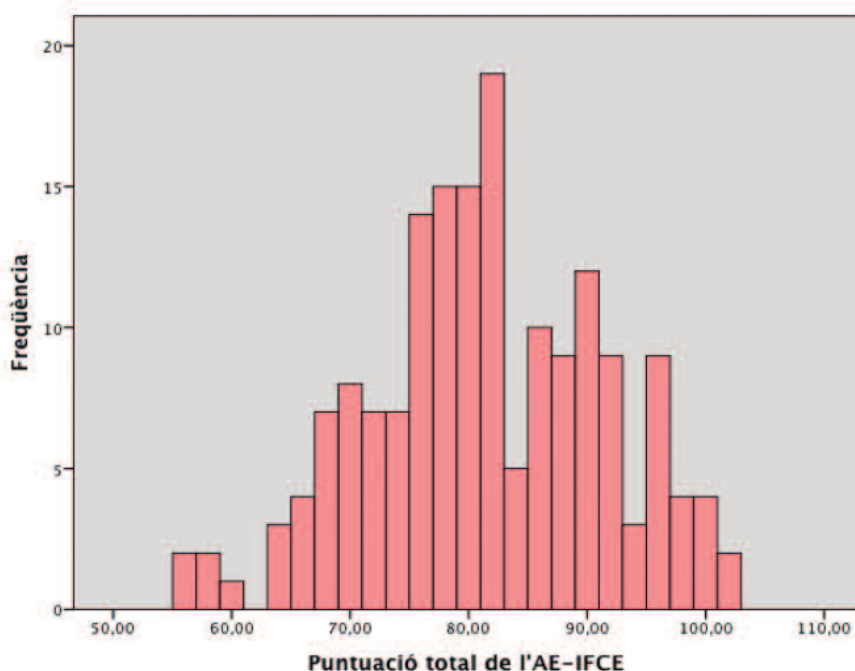


Figura 28. Histograma de freqüències de la puntuació total de l'AE-IFCE.

En la taula 23, es descriuen la mitjana i la desviació típica de cadascuna de les 26 afirmacions de l'escala AE-IFCE.

Resum dels continguts dels ítems		Mitjana	DE
A1	Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente.	3,57	0,57
A2	La presencia de la familia retrasa mi trabajo.	3,01	0,76
A3	Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	3,48	0,63
A4	Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	3,45	0,63
A5	Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante.	3,58	0,55
A6	Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones.	3,02	0,66
A7	La presencia de la familia me da seguridad.	2,63	0,78
A8	No tengo tiempo para cuidar a las familias.	2,75	0,88
A9	Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo.	3,13	0,73
A10	La presencia de la familia simplifica mi trabajo.	2,63	0,77
A11	Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	3,27	0,67
A12	Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente.	2,75	0,75
A13	La presencia de la familia es importante para la propia familia.	3,46	0,59
A14	Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	3,00	0,68
A15	Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	3,03	0,64
A16	Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo.	2,95	0,68
A17	Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones.	3,19	0,60
A18	Para mí la familia es un colaborador.	3,15	0,69
A19	Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	3,23	0,56
A20	Implicarme con las familias me hace sentir útil.	2,96	0,80
A21	Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	3,13	0,70
A22	Es importante dedicarle tiempo a las familias.	3,26	0,62
A23	La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada.	3,02	0,79
A24	Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	2,85	0,61
A25	Me veo como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	3,12	0,67
A26	La presencia de la familia me produce estrés.	3,20	0,69

Taula 23. Estadístics descriptius dels ítems de l'AE-IFCE.

5.3.3. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Un cop es va disposar de la versió definitiva de l'instrument AE-IFCE, es va realitzar l'anàlisi estadística de les dades. Els resultats es presenten relacionats en cadascun dels objectius corresponents:

De les 202 enquestes que es van repartir (158 de l'HTVC i 44 de l'HSC), se'n van recollir 173 (137 de l'HTVC i 36 de l'HSC) i representaven un 85,6% de participació total (86,7% per a l'HTVC i 81,8% per a l'HSC) (figura 29).

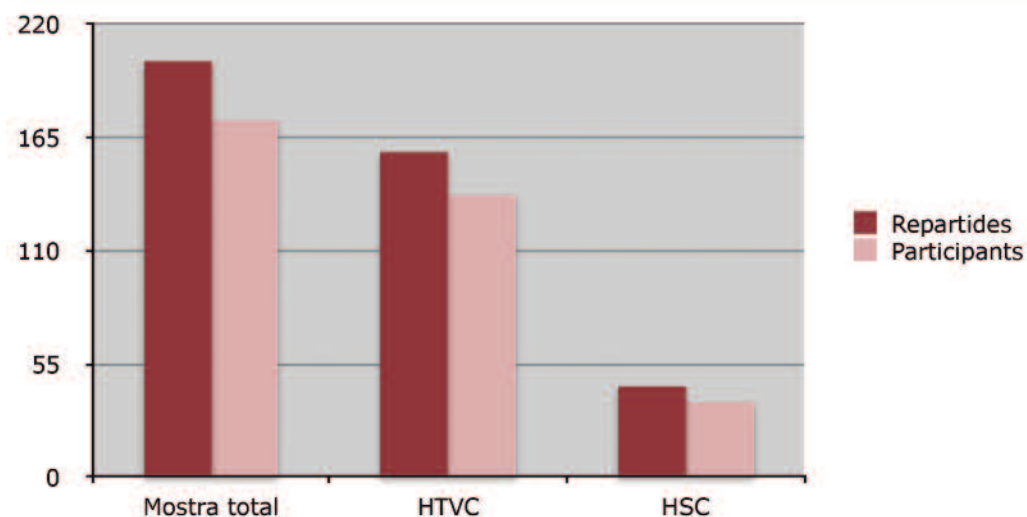


Figura 29. Gràfic de participació.

Resultats relacionats amb l'objectiu 4: *Descriure les característiques sociodemogràfiques i professionals de les infermeres.*

Tal com es mostra en la taula 24, la mitjana d'edat dels participants va ser de $43 \pm 10,4$ anys, amb un mínim de 24 i un màxim de 64, i el 91,3% eren dones. Gairebé el 92% de les infermeres de la mostra tenien 6 o més anys d'experiència laboral. Més de la meitat, el 63%, disposava de formació en postgrau, però només un 21% afirmava que tenia formació específica en infermeria familiar. Al voltant d'un 80% de la mostra no havien treballat mai en els serveis de cures pal·liatives ni de cures intensives. Gairebé el 80% de les infermeres treballaven en l'àmbit de l'atenció hospitalària general. Quant a la situació laboral, més del 70% eren fixes, i la meitat treballaven de corretorns o torn rodant. Pel que fa a l'atenció centrada en la família, el 69,4% considerava que hi havia un enfocament en el seu lloc de treball, malgrat això, un 54% creia que la institució no el fomentava. El 87% de les infermeres havia viscut l'experiència de tenir un familiar proper ingressat en un centre hospitalari.

Edat (anys)			
$\bar{x} \pm DE$ (rang)	43 \pm 10,4 (24-64)	Cures intensives c	
Gènere		Sí, n (%)	35 (20,2)
Home, n (%)	15 (8,7)	No, n (%)	138 (79,8)
Dona, n (%)	158 (91,3)		
Anys finalització infermeria		Àmbit de treball	
$\bar{x} \pm DE$ (rang)	19,9 \pm 10,8 (3-42)	Atenció sociosanitària, n (%)	36 (20,8)
< 6 anys, n (%)	14(8,1)	Atenció hospitalària general, n (%)	137 (79,2)
\geq 6 anys, n (%)	159 (91,9)		
Màster universitari ^a		Situació laboral	
Sí, n (%)	26 (15,0)	Fix, n (%)	122 (70,5)
No, n (%)	147 (85,0)	Interí, n (%)	30 (17,3)
		Eventual, n (%)	21 (12,1)
Doctorat ^a		Torn	
Sí, n (%)	3 (1,7)	Matins fixos, n (%)	38 (22)
No, n (%)	170 (98,3)	Tardes fixes, n (%)	15 (8,7)
Postgrau ^a		Nits fixes, n (%)	36 (20,8)
Sí, n (%)	109 (63,0)	Rodat/corretorn, n (%)	84 (48,5)
No, n (%)	64 (37,0)		
Especialitat ^a		Enfocament familiar en el lloc treball ^d	
Sí, n (%)	13 (7,5)	Sí, n (%)	120 (69,4)
No, n (%)	160 (92,5)	No, n (%)	45 (26,0)
Formació en infermeria familiar ^b		Foment enfocament familiar institució ^e	
Sí, n (%)	21 (12,1)	Sí, n (%)	57 (32,9)
No, n (%)	152 (87,9)	No, n (%)	94 (54,3)
Cures pal·liatives ^c		Experiència familiar hospitalitzat ^f	
Sí, n (%)	32 (18,5)	Sí, n (%)	150 (86,7)
No, n (%)	141 (81,5)	No, n (%)	22 (12,7)

\bar{x} : mitjana; DE: desviació estàndard

a. Estudis posteriors (màster universitari, doctorat, postgrau, especialitat)

b. Té formació específica en infermeria familiar

c. Ha treballat alguna vegada en cures pal·liatives/cures intensives

d. Creu que en el seu lloc de treball hi ha un enfocament general d'atenció a les famílies

e. Creu que la institució on treballa fomenta un enfocament general d'atenció a les famílies

f. Ha tingut algun familiar pròxim hospitalitzat

Taula 24. Característiques sociodemogràfiques i professionals

Resultats relacionats amb l'objectiu 5: *Identificar l'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria que tenen les infermeres, tant en l'escala global com en les diferents dimensions.*

Com s'ha indicat en l'apartat de metodologia, l'escala AE-IFCE mesura l'actitud infermera vers la importància de la família en les cures d'infermeria i la puntuació oscil·la entre 26 i 104; una puntuació alta indica una actitud infermera favorable vers la família.

La puntuació de la mediana del total de l'escala AE-IFCE de les 173 infermeres participants en l'estudi va ser de 81 (75-89), fet que indicava que les infermeres d'atenció hospitalària general i d'atenció sociosanitària de les Terres de l'Ebre tenien una actitud positiva vers la importància d'incloure la família en les cures d'infermeria.

Pel que fa a les quatre dimensions de l'escala, la puntuació de la mediana de la dimensió Fam-RNC (recurs), amb una puntuació que oscil·la entre 10 i 40, els resultats obtinguts van ser de 32 (29-35), per a la dimensió Fam-CP (interlocutora) amb una puntuació que oscil·la entre 8 i 32, els resultats obtinguts va ser de 24 (23-27) i tant per a la dimensió Fam-B (càrrega), com per a la Fam-OR (recursos propis) amb unes puntuacions que oscil·len entre 4 i 16, el resultat obtingut va ser de 12 (11-13 i 11-14, respectivament) (taula 25).

Dimensió (rang)	n = 173, md (Q ₁ -Q ₃)
Total AE-IFCE (26-104)	81 (75-89)
Fam-RNC (10-40)	32 (29-35)
Fam-CP (8-32)	24 (23-27)
Fam-B (4-16)	12 (11-13)
Fam-OR (4-16)	12 (11-14)

Taula 25. Mediana i quartils de l'AE-IFCE total i de les dimensions.

Resultats relacionats amb l'objectiu 6: *Determinar la puntuació total i de cadascuna de les dimensions de l'escala AE-IFCE, en funció de les variables sociodemogràfiques i professionals.*

Pel que fa a l'actitud infermera vers la família relacionada amb les variables sociodemogràfiques i professionals (taula 26), cal destacar que la puntuació total obtinguda segons l'edat varia poc. Els infermers homes tenien una puntuació mediana de 79 (75-81) en l'escala total versus les dones que van obtenir una puntuació de 81 (75-89). Quant als anys de finalització dels estudis d'infermeria, van obtenir una puntuació més elevada les infermeres que feia 6 anys o més que havien acabat els estudis, 81 (75-89) versus els que feia menys de 6 anys, 78 (70-87). També es va observar que les infermeres amb qualsevol tipus de formació posterior (màster universitari, postgrau...) van obtenir millors puntuacions. Destaca la puntuació del les infermeres amb doctorat, que van obtenir una puntuació total de 99 (78-100) versus les que no tenien doctorat, 81 (75-88). La puntuació total de les infermeres que tenien formació específica en infermeria familiar també va ser més alta que les que no tenien aquesta formació, 85 (78-90) versus 80 (75-88). Es va observar que el fet d'haver treballat en cures pal·liatives o intensives no feia variar la puntuació obtinguda en l'escala total. Tampoc el fet de treballar en diferents àmbits feia modificar la puntuació, ja que va ser gairebé igual per a les infermeres que treballaven en atenció sociosanitària com per a les que treballaven en atenció hospitalària general, i la puntuació total va ser de 80 (72-87) i 81 (75-89), respectivament. Quant a la situació laboral, tampoc es van observar diferències de puntuacions. No obstant això, sí que cal destacar els resultats obtinguts en les puntuacions totals de la variable torn, en la qual la puntuació de les infermeres que treballaven al torn de matí va ser de 87 (78-95), xifra considerablement més alta que les que treballaven al torn de tarda o al torn de nit. També, les infermeres que havien viscut l'experiència de tenir un familiar hospitalitzat van obtenir una puntuació total major, 81 (75-89), que les que no havien viscut aquesta experiència.

Pel que fa les puntuacions obtingudes en les subescales es va observar que:

- En les dimensions Fam-B (càrrega) i Fam-OR (recursos propis) les puntuacions obtingudes són les mateixes i no difereixen en funció de les diferents categories de les variables sociodemogràfiques explorades; és a dir, obtenen el mateix resultat els majors o menors de 40 anys, els homes que les dones, els que treballen en l'àmbit sociosanitari que en l'hospitalari... a excepció de la variable doctorat que van obtenir una puntuació més alta les participants que l'havien cursat.
- En les dimensions Fam-RNC (recurs) i Fam-CP (interlocutor), encara que la majoria dels resultats eren iguals, sí que es van observar algunes diferències entre les variables; per exemple, els homes van obtenir una puntuació menor respecte les dones i els participants que tenien un màster universitari, el doctorat, algun postgrau o l'especialitat van obtenir millors puntuacions que els que no tenien aquests estudis. També es va observar, d'una banda, que les infermeres que treballaven matins fixos obtenien puntuacions superiors a les que ho feien en els altres torns i, d'una altra, que les persones que no havien experimentat tenir un familiar proper ingressat puntuaven molt més baix en la dimensió Fam-CP.

Resultat relacionats amb l'objectiu 7: *Identificar les relacions significatives entre les variables sociodemogràfiques / professionals i la puntuació total, així com de cadascuna de les dimensions de l'escala AE-IFCE.*

Durant l'anàlisi estadística bivariant realitzada, es van trobar poques relacions significatives, es detallen a continuació (taula 26):

- El fet de tenir alguna especialitat es relacionava significativament amb la dimensió Fam-CP, els participants que afirmaven tenir alguna especialitat obtenien valors més alts ($p = 0,049$).
- El torn es relacionava significativament tant en l'escala total com amb tres de les quatre dimensions. AE-IFCE ($p = 0,007$); Fam-RNC ($p = 0,019$); Fam-CP ($p = 0,017$); Fam-OR ($p = 0,010$). Els valors més alts els obtenien les infermeres que treballaven en el torn de matí.
- El fet d'haver experimentat un ingrés hospitalari d'un familiar proper també es relacionava significativament, tant en l'escala total com en tres de les quatre dimensions AE-IFCE ($p = 0,025$); Fam-RNC ($p = 0,037$); Fam-CP ($p = 0,051$) i Fam-OR ($p = 0,003$). Els valors més alts els obtenien les infermeres que havien tingut un familiar proper ingressat.
- Pel que fa la resta de variables, no es van trobar relacions significatives.

Dimensió (rang)	Fam-RNC (10-40)	Fam-CP (8-32)	Fam-B_a (4-16)	Fam-OR (4-16)	Total AE-IFCE (26-104)
Tots els participants, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Edat (anys)					
< 40 anys, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (28-35)	24 (22-27)	12 (10-13)	12 (11-13)	80 (72-86)
>= 40 anys, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	25 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Valor p ^b	0,219	0,079	0,552	0,211	0,115
Gènere					
Homes, md (Q ₁ -Q ₃)	30 (29-34)	23 (22-24)	12 (11-15)	12 (11-12)	79 (75-81)
Dones, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	25 (23-37)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Valor p ^b	0,349	0,084	0,271	0,180	0,249
Anys finalització infermeria					
< 6 anys, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-34)	24 (19-26)	12 (10-14)	12 (11-15)	78 (70-87)
>= 6 anys, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Valor p ^b	0,777	0,156	0,991	0,671	0,370
Màster universitari^c					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	33 (30-35)	25 (23-29)	12 (11-14)	13 (11-15)	84 (75-91)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-13)	80 (75-88)
Valor p ^b	0,140	0,430	0,882	0,144	0,247
Doctorat^c					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	35 (31-40)	29 (23-32)	15 (12-16)	16 (12-16)	99 (78-100)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-88)
Valor p ^b	0,166	0,174	0,081	0,085	0,091
Postgrau^c					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	25 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (28-34)	24 (23-27)	12 (10-14)	12 (11-14)	78 (73-83)
Valor p ^b	0,247	0,631	0,170	0,627	0,214
Especialitat^c					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	34 (29-38)	27 (24-29)	12 (11-13)	13 (12-14)	88 (77-93)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	80 (75-88)
Valor p	0,222	0,049	0,692	0,193	0,188
Formació en infermeria familiar					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	34 (31-36)	25 (23-28)	12 (11-14)	13 (12-14)	85 (78-90)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (29-35)	24 (23-37)	12 (11-13)	12 (11-14)	80 (75-88)
Valor p ^b	0,127	0,192	0,749	0,285	0,168
Cures pal·liatives^d					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (28-35)	26 (23-28)	12 (10-16)	12 (11-15)	81 (71-94)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-37)	12 (11-13)	12 (11-13)	80 (75-88)
Valor p ^b	0,630	0,308	0,159	0,625	0,620
Cures intensives^d					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	24 (22-28)	12 (10-13)	12 (12-14)	81 (75-89)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-13)	81 (75-88)
Valor p ^b	0,756	0,933	0,799	0,564	0,854

Àmbit de treball					
Atenció sociosanitària, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (28-34)	24 (23-27)	12 (10-14)	12 (11-14)	80 (72-87)
At. hospitalària gral., md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Valor p ^b	0,340	0,866	0,606	0,930	0,580
Situació laboral					
Fix, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (29-35)	25 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
Interí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-34)	25 (22-27)	11 (10-13)	12 (11-13)	81 (74-87)
Eventual, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	24 (22-25)	12 (11-14)	12 (11-13)	81 (76-87)
Valor p ^e	0,816	0,339	0,593	0,570	0,550
Torn					
Matins fixos, md (Q ₁ -Q ₃)	34 (30-38)	26 (24-29)	12 (11-13)	13 (11-13)	87 (78-95)
Tardes fixes, md (Q ₁ -Q ₃)	30 (28-38)	24 (22-27)	11 (10-12)	12 (10-15)	77 (72-90)
Nits fixes, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (28-34)	24 (22-27)	12 (11-13)	12 (11-13)	77 (71-88)
Rodat/corretorn, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-34)	24 (23-27)	12 (11-14)	12 (11-13)	81 (75-86)
Valor p ^e	0,019	0,017	0,092	0,010	0,007
Test post hoc	M-N	M-N C	-	M-N C	M-N C
Enfocament famílies en lloc treball ^g					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	25 (23-27)	12 (11-13)	12 (12-14)	81 (75-89)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-36)	24 (23-27)	12 (11-14)	12 (11-13)	80 (73-88)
Valor p ^b	0,794	0,565	0,864	0,096	0,619
Foment enfocament familiar institució ^h					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	25 (23-28)	12 (11-14)	12 (12-15)	81 (76-91)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (29-35)	24 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-13)	81 (74-87)
No sap / no contesta, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (28-33)	24 (21-27)	12 (10-15)	12 (11-13)	78 (69-86)
Valor p ^e	0,714	0,312	0,576	0,302	0,419
Familiar hospitalitzat ⁱ					
Sí, md (Q ₁ -Q ₃)	32 (30-35)	25 (23-27)	12 (11-13)	12 (11-14)	81 (75-89)
No, md (Q ₁ -Q ₃)	31 (26-33)	23 (19-27)	12 (11-14)	12 (10-13)	76 (66-86)
Valor p ^b	0,037	0,051	0,666	0,003	0,025

a. Ítems invertits

b. Test U Mann-Whitney

c. Estudis posteriors (màster universitari, doctorat, postgrau, especialitat)

d. Ha treballat alguna vegada en cures pal·liatives/cures intensives

e. Test Kruskal-Wallis

f. Test post hoc utilitzant test U Mann-Whitney. Significat entre torns: M = matins fixos , T = tardes fixes , N = nits fixes, C = rodat/corretorns (Bonferroni $p < 0'005$)

g. Creu que en el seu lloc de treball hi ha un enfocament general d'atenció a les famílies

h. Creu que la institució on treballa fomenta un enfocament general d'atenció a les famílies

i. Ha tingut algun familiar pròxim hospitalitzat

Taula 26. Comparació de les puntuacions en l'escala AE-IFCE.

En l'anàlisi multivariant (taula 27), es van incloure les variables sexe, anys de finalització dels estudis d'infermeria, existència d'un enfocament d'aproximació a les famílies en el lloc de treball i experiència personal d'un familiar proper hospitalitzat.

En la dimensió Fam-B (càrrega) no va sortir cap variable significativa. Pel que fa a les altres dimensions es va observar que:

- En la puntuació total de l'escala AE-IFCE, el fet de no haver experimentat l'hospitalització d'algun familiar proper tenia un risc de 2,6 d'obtenir una puntuació total inferior a 75, que és el Q₁ de l'escala total.
- En la dimensió Fam-CP (interlocutora), el fet de no haver experimentat l'hospitalització d'algun familiar proper tenia un risc de 2,8 d'obtenir una puntuació inferior a 23 que és el Q₁ d'aquesta dimensió.
- En la dimensió Fam-OR (recursos propis), el fet de no haver experimentat l'hospitalització d'algun familiar proper tenia un risc de 2,9 d'obtenir una puntuació inferior a 11 que és el Q₁ d'aquesta dimensió. El fet que en el lloc de treball no hi hagués un enfocament d'aproximació a les famílies tenia un risc de 2,2 d'obtenir una puntuació inferior a 11, que representa el Q₁ d'aquesta dimensió.

	Referència	OR	IC 95%	p
Puntuació total				
Experiència hospitalització familiar	Sí	2,6	1,0 - 6,5	0,049
Fam-CP				
Experiència hospitalització familiar	Sí	2,8	1,0 - 7,0	0,03
Fam-OR				
Experiència hospitalització familiar	Sí	2,9	1,1 - 7,5	0,031
Aproximació familiar en lloc treball	Sí	2,2	1,1 - 4,7	0,035

Taula 27. Anàlisi multivariant.

6. Discussió

6. DISCUSSIÓ

Aquesta investigació ha permès obtenir l'adaptació transcultural al castellà de l'escala FINC-NA, seguint un procés complex guiat per les directrius d'adaptació de testos (ITC, 2010; Muñiz et al., 2013), per analitzar l'actitud infermera vers la família en les cures d'infermeria.

També s'ha aconseguit validar l'escala AE-IFCE, a través de l'anàlisi de les seves propietats mètriques. Els resultats demostren que les característiques psicomètriques de l'escala AE-IFCE són bones.

Pel que fa a la fiabilitat de l'instrument amb l'anàlisi de la consistència interna, mitjançant l'alfa de Cronbach, i l'estabilitat temporal, calculada amb el coeficient de correlació intraclasse, els resultats obtinguts han estat satisfactoris.

L'alfa de Cronbach per a l'escala total va ser de 0,90 i per a cadascuna de les quatre dimensions els resultats van oscil·lar de 0,67 fins a 0,84, fet que va demostrar una bona consistència interna, ja que els valors considerats acceptables han d'oscil·lar entre 0,70 i 0,90 (Cronbach, 1951; Muñiz, 1996, 2003; Oviedo & Campo-Arias, 2005). El baix resultat de la dimensió Fam-B s'associa al baix nombre d'ítems que la formen.

Pel que fa al CCI, els resultats per a l'escala global van ser de 0,90 i superior a 0,70 en totes les dimensions, i es va demostrar, així, que l'escala té una bona estabilitat temporal (Argimón & Jiménez, 2004). L'interval de temps entre el test i el retest va ser de tres setmanes, i es va considerar apropiat per evitar el principal problema de l'estabilitat temporal, que és que un interval massa llarg pot provocar canvis en les variables que es pretenen mesurar i un interval massa curt pot emmascarar resultats, ja que els participants poden recordar les respostes anteriors. La resta d'anàlisis realitzades per avaluar l'estabilitat temporal (mètode Bland i Altman, Bradley-Blackwood i els gràfics de concordança) també indiquen una bona fiabilitat.

La validesa de contingut realitzada a partir d'una anàlisi qualitativa, mitjançant el consens d'un grup d'experts a través del mètode Delphi (Brunet, Belzunegui & Pastor, 2000), va considerar que l'instrument abraçava tots els aspectes de l'actitud infermera vers la família dins de totes les dimensions que preveia.

Quant a la validesa de constructe, realitzada amb l'anàlisi factorial confirmatòria, es van refermar les quatre dimensions a semblança amb l'escala original, per corroborar una bona estructura. Tots els factors van presentar unes correlacions molt elevades, i totes les càrregues factorials van ser superiors a 0,3. Pel que fa als índexs de bondat d'ajust analitzats, tant els índexs d'ajust absolut (GFI, BBNFI, BBNNFI, AGFI i RMSE), com els índexs de parsimònia i la χ^2 normalitzada, tots han presentat un bon ajust. Per tant, es pot confirmar que l'estructura obtinguda coincideix amb l'estructura proposada com a hipòtesi i que el model s'ajusta convenientment (Bollen & Long, 1993; Carmines & McIver, 1981; Fujikoshi, 2000; Jöreskog, 1970; Lévy & Varela, 2006).

En l'anàlisi de la validesa convergent-discriminant, que es va realitzar entre les subescales i les quatre dimensions, es va observar que totes aquestes correlacions van ser significatives i van ser superiors en l'escala total, i es va demostrar així una bona correlació (Fayers & Machin, 2000).

Amb referència a l'anàlisi descriptiva i analítica dels resultats obtinguts en la fase tres d'aquesta investigació, podem observar que la participació en l'estudi ha estat superior al 85% i, per tant, es considera molt satisfactòria, a més de ser un aval per als resultats obtinguts en aquesta.

Es pot afirmar que les infermeres d'atenció hospitalària general i sociosanitària de les Terres de l'Ebre demostren que tenen una actitud positiva vers les famílies en el procés de cuidar, requisit necessari per convidar a participar i involucrar la família en les cures d'infermeria. Aquests resultats obtinguts són similars als d'altres investigacions realitzades internacionalment, en què també destaquen les bones puntuacions obtingudes per les infermeres en l'escala global (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008b; Martins et al., 2010; Zarins, 2010).

A més dels resultats obtinguts en l'escala total, també es van trobar altres resultats interessants entre les dimensions de l'instrument i les variables.

Els resultats van demostrar unes puntuacions lleugerament superiors en l'escala total, encara que no van ser significatives, en dones, de més de 40 anys, que feia 6 anys o més que havien finalitzat els estudis, que havien continuat cursant postgraus, màsters universitaris... amb formació específica en infermeria familiar, treballant en torn de matí i que havien experimentat l'hospitalització d'un familiar pròxim. Resultats similars als estudis realitzats per Zarins (2010) i per Sveinbjarnardottir i altres (2011), que destacaven puntuacions més altes en les infermeres més expertes i en les que havien tingut un familiar greument malalt. Els resultats obtinguts per Benzein, Johansson, Årestedt i Saveman (2008) afirmen l'existència de diferències significatives entre el fet d'obtenir una puntuació baixa en l'escala total i ser home. En aquesta investigació els resultats no van demostrar diferències significatives quant a la variable gènere, a l'igual que en els estudis de Cronin i altres (2013), i d'Alguire (2013).

Quant als resultats obtinguts en les subescales, destaca que en dues de les dimensions les infermeres amb més formació obtenen puntuacions superiors; per tant, es pot deduir que la formació i l'actitud infermera són dos conceptes que van força lligats. Crida l'atenció la puntuació obtinguda per les infermeres amb formació de doctorat, ja que és més alta que la resta, tant en l'escala total com en les dimensions Fam-RNC (recurs) i Fam-CP (interlocutora), però cal analitzar-ho amb molta cura, ja que la seva freqüència és molt petita (1,7%).

Les anàlisis estadístiques només demostren que hi ha una relació significativa entre el fet de tenir una actitud positiva vers la família amb les infermeres que treballen en torn de matins fixos i amb les que han experimentat l'hospitalització d'un familiar malalt, i també d'obtenir una puntuació més elevada en la dimensió Fam-CP en el cas d'haver cursat una especialitat.

Que les infermeres que han viscut l'hospitalització d'un familiar malalt obtinguin puntuacions més elevades pot estar vinculat al desenvolupament de l'empatia per

part del professional, ja que el fet d'experimentar amb alguna situació ens fa més sensibles a aquesta (García, 2000).

No obstant això, i després d'analitzar quantitativament els resultats obtinguts, en el curs de la realització d'aquesta tesi han sorgit moltes reflexions que són interessants de comentar.

Hem pogut conèixer que les infermeres juguen un paper molt important en l'alleujament de l'ansietat de la família a través de la seva presència (Zaforteza et al., 2008). Les infermeres que atenen el pacient i la seva família han de fomentar l'escolta activa, ja que aquesta facilitarà el contacte terapèutic.

Malgrat això, les infermeres esperen que els familiars assumeixin un rol determinat, que siguin bons familiars, disposats a col·laborar, poc exigents i independents (Díaz & Díaz, 2004), i idealitzen la seva participació en activitats relacionades amb l'autocura universal; i sabem que no sempre és així. Amb el suport de les infermeres i unes cures de qualitat es pot crear una atmosfera de confiança mútua, que permetrà l'intercanvi de coneixements i aportarà la comprensió conjunta que dóna l'experiència a les cures (Martins, 2004).

De vegades, els professionals proporcionen una atenció despersonalitzada, amb un llenguatge poc apropiat que, segons Zazpe (1996), interfereix en la relació amb la família i s'evita establir qualsevol tipus de vincle afectiu. Es tracta d'un mecanisme de defensa emocional de les infermeres, a causa d'una manca de coneixements i capacitats per satisfer les necessitats psicosocials i emocionals dels familiars. Les infermeres, de vegades, no se senten formades per afrontar les situacions d'estrès emocional. Els manca formació específica per gestionar situacions amb càrrega emocional i estratègies d'afrontament que els dificulten desenvolupar una competència humanística (Blanca et al., 2008; Díaz & Díaz, 2004; Söderström et al., 2003; Zaforteza et al., 2003, 2008, 2012).

És important oferir en la formació, als professionals d'infermeria i als alumnes, elements de reflexió sobre les actituds bàsiques per fer una atenció correcta i mostrar sensibilització cap a les famílies (Albacar et al., 2006).

Les infermeres haurien d'avaluar el funcionament, l'organització, les experiències, la comunicació i les creences familiars, el suport emocional que rep la família i, si és necessari, animar-la a participar en les cures per facilitar la unió i disminuir la impotència i l'ansietat (Arreciado, 2011; Herrera, 1997).

D'altra banda, els gestors han d'oferir serveis específics de suport a les famílies, que promocionin la salut i el benestar dels cuidadors. Caldrien algunes modificacions que els facilitessin l'estada i incloguessin l'atenció a les famílies com un indicador sensible a la pràctica infermera, com un aspecte essencial que permeti mesurar la qualitat assistencial i de les cures infermeres (Planas-Campmany & Icart-Isern, 2014).

7. Limitacions de l'estudi i línies d'investigació futures

7. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES D'INVESTIGACIÓ FUTURES

Es presenta, de manera conjunta, l'apartat de les limitacions de l'estudi i les línies d'investigació futures en considerar que totes les limitacions que es puguin assenyalat d'aquest estudi es podran resoldre en investigacions futures.

Una de les principals limitacions està vinculada a tots els resultats en general. Si bé la mostra estudiada ($n = 173$) és d'una mida acceptable per a un estudi d'aquest tipus, com ja s'ha explicat en el capítol de metodologia, i també quant a la capacitat que pot assumir un sol investigador o un petit grup, com és el cas. És evident que per establir conclusions més robustes es pot anar refinant l'escala amb mostres clíniques més àmplies i d'àmbits diferents.

En aquest sentit, es planteja la **primera línia d'investigació**, que consistirà en la realització d'estudis amb l'escala AE-IFCE amb mostres de característiques similars, però més àmplies per poder comparar resultats.

Una altra limitació és que l'escala presenta, com s'ha pogut observar, una distribució asimètrica negativa. Això pot ser entès perquè les infermeres volguessin donar unes bones respostes, les esperades, les ideals per presentar una bona imatge d'elles mateixes. Així doncs, aquest biaix produït per la desitjabilitat social s'hagués pogut controlar amb l'agudització de la subtileza de les preguntes.

Per això, amb la intenció de poder minimitzar aquesta situació, apareix la **segona línia d'investigació**, que anirà enfocada a administrar l'escala de desitjabilitat social de Marlow-Crowne, validada al castellà per Ferrando i Chico (2000), que ens permetrà avaluar si els resultats de l'AE-IFCE estan emmascarats per la tendència dels enquestats a respondre d'una manera desitjada.

Com que aquest estudi ha avaluat l'actitud infermera vers la família en un context específic d'hospitalització, tant general com sociosanitària, es planteja la **tercera línia d'investigació**, que consistirà a validar l'escala AE-IFCE a l'àmbit d'atenció primària, i així es podran realitzar estudis comparatius entre els diferents àmbits a nivell nacional i també internacional.

En aquest treball, s'ha comprovat la influència de la formació en l'actitud infermera vers la família, element bàsic per fomentar el desenvolupament de les actituds, però no s'ha comprovat la seva efectivitat. Tal com afirma Sveinbjarnadottir (2011) en el seu estudi, l'aplicació de programes educatius és una estratègia que pot millorar les actituds infermeres vers la família en les cures d'infermeria i afavorir, així, la reflexió sobre la importància de la relació infermera-família en el treball diari.

Així doncs, emergeix la **quarta línia d'investigació**, que consistirà en la implementació de programes de formació dirigits als professionals d'infermeria i estudiants que incideixin en les necessitats dels familiars, i facilitin estratègies de comunicació i d'afrontament contra l'estrès; amb la intenció de poder realitzar estudis comparatius que ens permetin obtenir més informació sobre l'efectivitat de la formació en la millora de la qualitat assistencial a les famílies.

També, en aquest estudi, s'ha analitzat l'actitud infermera vers la família, però no s'ha avaluat si el fet d'incorporar els familiars en el procés de cures suposa una millora substancial en la satisfacció familiar i del pacient, ni tampoc si aquesta actitud produeix una repercussió en la qualitat de les cures. No es disposa de dades referents a aquests constructes.

En aquest sentit, es plantegen la **cinquena i la sisena línia d'investigació**. La cinquena consistirà a explorar la relació que hi ha entre la satisfacció familiar percebuda i l'actitud infermera vers la família; per això, s'avaluarà amb metodologia qualitativa i quantitativa la satisfacció familiar i, posteriorment, es realitzarà l'anàlisi de l'efectivitat de les intervencions infermeres vers la família. La sisena línia consistirà a elaborar indicadors de qualitat sensibles a la pràctica infermera que ens permetin mesurar la contribució de les infermeres en l'activitat assistencial.

Aquests indicadors s'introduiran en els sistemes sanitaris de registre que hi ha.

La importància de l'actitud infermera vers la família i el registre de les intervencions realitzades està relacionat directament amb el desenvolupament de plans de cures específics dins dels programes informàtics de registre. Amb la intenció que l'atenció centrada en la família quedi reflectida en els plans de cures, cal que quedi registrada tota l'activitat assistencial en cadascuna de les fases del procés d'atenció d'infermeria.

Així doncs, es planteja la **setena línia d'investigació**, que està centrada, d'una banda, a desenvolupar els plans de cures que hi ha en els registres informàtics enfocant-los cap a una atenció centrada en la família i, d'una altra, a vincular aquesta atenció amb les taxonomies infermeres NANDA-NOC-NIC (NNN).

De tots és conegut que la validació és un procés que cal que sigui lent i continu. S'han aportat dades mètriques de l'escala AE-IFCE, però és necessari seguir aprofundint en altres idiomes.

En aquest sentit, la **vuitena línia d'investigació**, que anirà dirigida a realitzar l'estudi d'adaptació transcultural en llengua catalana i a fer la validació d'aquesta.

Finalment, no s'ha analitzat qualitativament què pensen les infermeres vers el constructe estudiat.

Per tant, l'**última línia d'investigació** està relacionada amb l'ús de metodologies participatives, com les aplicades per Delgado i altres (2001), per captar l'opinió dels familiars i de les infermeres, mitjançant la realització d'entrevistes i grups de discussió que permetin avaluar, amb una metodologia qualitativa, què pensen i expressen les infermeres vers l'actitud infermera i, posteriorment, poder realitzar un estudi mixt de comparació dels resultats obtinguts en les entrevistes i en les puntuacions de l'escala. Aquesta línia de futur ja s'està duent a terme en un projecte de col·laboració amb la Sra. de la Cueva i la Dra. Delgado, en què s'aplica la metodologia d'investigació - acció participativa, que es complementa amb l'aplicació de l'escala AE-IFCE.

8. Conclusions

8. CONCLUSIONS

Es considera que s'han acomplert els objectius plantejats, ja que:

S'ha aconseguit adaptar al castellà l'escala AE-IFCE a partir de l'escala FINC-NA, amb una traducció que es pot considerar satisfactòria, on s'ha realitzat una traducció conceptual més que semàntica.

S'ha analitzat la fiabilitat de l'instrument en la versió castellana de l'escala AE-IFCE, en termes de consistència interna i estabilitat temporal. S'han confirmat les hipòtesis plantejades, ja que l'instrument presenta una consistència interna superior al 70% i una estabilitat temporal superior al 70%.

S'ha analitzat la validesa de l'instrument en la versió castellana de l'escala AE-IFCE en termes de validesa de contingut, de constructe i convergent-discriminant, ja que s'ha confirmat l'estructura de l'escala en quatre dimensions, igual que l'escala original.

S'han descrit les característiques sociodemogràfiques i professionals de les infermeres.

S'ha identificat l'actitud infermera vers la família en les cures d'infermeria de les infermeres d'atenció hospitalària, i s'ha confirmat la hipòtesi que les infermeres presenten una actitud favorable vers la importància d'incloure la família en les cures d'infermeria.

No obstant això, amb la satisfacció d'haver assolit els objectius i confirmat les hipòtesis plantejades, durant el curs de la investigació han anat sorgint reflexions relacionades amb l'actitud infermera vers la família i també relacionades amb la família dins l'àmbit hospitalari, que també han servit per deixar obertes línies d'investigació futures.

9. Finançament i difusió de la investigació

9. FINANÇAMENT I DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ

9.1. FINANÇAMENT DE LA INVESTIGACIÓ

Aquesta investigació ha obtingut dues beques dotades de 1.000 € cadascuna i detallades a continuació:

- Beca accèssit Dr. Ferran i Clua 2012, per a un grup d'inici al projecte titulat: **«Adaptació transcultural i validació d'una escala: L'actitud infermera vers la família»**. Atorgat per la Fundació Dr. Ferran. Tortosa, març de 2012.
- Beca premi INVESTINF al millor projecte de recerca 2012 titulat: **«L'actitud infermera i la família: Un projecte d'investigació»**. Atorgat pel Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona. Tarragona, novembre de 2012.

9.2. DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ

Durant l'elaboració d'aquesta tesi, s'ha començat el procés de difusió de part dels seus resultats i es descriu, a continuació, la difusió científica i les publicacions realitzades fins a la data:

Comunicacions

- Comunicació oral: **L'actitud infermera i la família: Un projecte d'investigació.** Presentada durant la Jornada INVESTINE. Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona. Tarragona, novembre de 2012.
- Comunicació pòster: **Adaptació transcultural d'una escala d'infermeria.** Jornades d'Infermeria Terres de l'Ebre. Tortosa, 2012.
- Comunicació pòster: **Projecte d'adaptació i validació d'una escala.** Jornades d'Infermeria Terres de l'Ebre. Tortosa, 2012.
- Comunicació oral: **Adaptació transcultural i validació d'una escala: L'actitud infermera vers la família.** Presentada durant la jornada celebrada per la Fundació Dr. Ferran. Tortosa, març de 2013.
- Comunicació oral: **Adaptación y validación de un cuestionario: «La actitud enfermera y la familia». Fase inicial.** Presentada durant el Congrés Internacional d'Investigació de Cures. INVESTEN. Lleida, novembre de 2013.
- Comunicació oral: **L'actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'escala FINC-NA.** Presentada durant el Seminari Internacional d'Investigació en Infermeria «Experiència de Doctorat en Ciències de la Infermeria a la URV», Facultat d'Infermeria. Tarragona, desembre de 2013.
- Comunicació pòster: **«Cuidadoras 2.0»: efectividad de un programa de apoyo 2.0 para cuidadoras no profesionales de pacientes crónicos.** 9è Congrés d'Infermeria Catalana. Girona, maig de 2014.

Publicacions

- Publicació: «**L'actitud infermera i la família: Un projecte d'investigació**». *Revista Fent Camí*, 48. Gener-abril, 2013, pàg. 23-25.
- Capítol de llibre: «**Adaptación transcultural y validación de una escala: La actitud enfermera hacia la familia**». A: *Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental i adicciones*. Ediciones San Juan de Dios, pàg. 251-262. Barcelona, 2014. ISBN: 978-84-939878-5-5. Dipòsit legal: B 9015-2014. Disponible a: www.santjoandedeu.edu.es/edicionessanjuan-dedios.
- Publicació: «**Cross-cultural adaptation into Spanish of the instrument Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA)**». *Journal of Family Nursing* [en revisió].
- Publicació: «**Actitudes hacia la enfermedad mental en el ámbito sanitario**». *Revista de Salud Mental Presencia*. [En premsa].
- Publicació: «**Cuidar a la cuidadora familiar: anàlisi de una intervenció centrada en la família**». *Revista de Enfermagem da USP*. [En premsa].

10. Referències bibliogràfiques

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Albacar, N., Lleixà, M. M., Berenguer, M., Artero, S., Querol, M. P., & Romaguera, S. (2006). Importancia de las intervenciones psicosociales para la profesión enfermera. Dins *Los cuidados de salud mental en el laberinto de las emociones: XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*, 6, 7 y 8 de abril 2006. Málaga: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Alguire, S. D. A. (2013). *Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Canadian critical care nurses working in adult ICUs* (Tesi doctoral). Recuperada de <http://hdl.handle.net/1993/22295>
- Alvarez, M. I. (2007). Experiences of the caregivers of cardioverter defibrillator recipients during admission to the Virgin Macarena Hospital and after discharge. *Enfermería Clínica*, 17(5), 251–255.
- Allgood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Argimón, J. M., & Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3a ed.). Madrid: Elsevier.
- Arceado, A. (2011). The nurse expert in the care of the critical patients according to Patricia Benner. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 112–116.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001a). Interaction between adult patients? family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 142–150. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001b). Interaction between Family Members and Health Care Providers in an Acute Care Setting in Finland. *Journal of Family Nursing*, 7(4), 371-390. doi:10.1177/107484070100700404

- Åstedt-Kurki, P., Tarkka, M.-T., Rikala, M.-R., Lehti, K., & Paavilainen, E. (2009). Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 350–9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.01.008
- Azoulay, É., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F., ... French Famirea Group. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine*, 29(9), 1498.
- Badia, X., & Alonso, J. (2007). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Batista-Foguet, J., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Suppl. 1), 21–27.
- Beltrán, O. (2010). Cuando las enfermeras están ausentes. *Index de Enfermería*, 19(4), 240-244.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289–296.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Reading, Mass. [etc.]: Addison-Wesley.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Standard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2008). Being appropriately unusual?: a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, 15(2), 106–115. doi:10.1111/j.1440-1800.2008.00401.x
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B.-I. (2008). Families' Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes - An instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97–117. doi:10.1177/1074840707312716
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B.-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162–180. Retrieved from <http://jfn.sagepub.com/content/14/2/162.abstract>

- Bernat, R., López, J., & Fontesca, J. (1999). Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 1(1), 19–27.
- Bertalanffy, L. Von, & Almela, J. (1976). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Madrid: F.C.E.
- Blanca, J. J., Blanco, A. M., Luque, M., & Ramírez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 7(12).
- Bland, J., & Altman, D. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Journal of Nursing Studies*, 47(8), 931–936.
- Blower, K., & Morgan, E. (2000). Great expectations? Parental participation in care. *Journal of Child Health Care*, 4(2), 60–65.
- Bollen, K., & Long, J. (1993). *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709–723.
- Bruce, B. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408–429.
- Bruner, C., Acuña, L., Gallardo, L., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2), 253–269.
- Brunet, I., Belzunegui, Á. & Pastor, I. (2000). *Les tècniques d'investigació social i la seva aplicació*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Enfermería medicoquirúrgica: Brunner y Suddarth*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Carbonell, M., Aranaz, J., Mira, J., Pérez, V., & García, A. (2004). La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias*, (16), 184–189.
- Cardoso, C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo, M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32(6), 264–270.

- Carmines, E., & McIver, J. (1981). Analyzing models with unobservable variables. Dins G. Bohrnstedt & E. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues* (pp. 65–115). Beverly Hills: Sage.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521–551.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martinez, M., & Rubiales, A. S. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63–72.
- Castle, N. (2004). Family satisfaction with nursing facility care. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 16(6), 483–9. doi:10.1093/intqhc/mzh078
- Caty, S., Larocque, S., & Koren, I. (2001). Family-centered care in Ontario general hospitals: the views of pediatric nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(2), 10–18.
- Clark, L., & Watson, D. (1995). Constructing validity basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319.
- Consell de la Professió Infermera de Catalunya. (2010). Denominació dels termes infermeria i infermera o infermer. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System. A Roadmap for the Future. A Work in Progress*. Bethesda: Institute for Family-Centered Care.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1308–1316. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01407.
- Correia, M. I. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referencia*, III Séria(7), 83–92.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, (78), 98–104.

- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561–2573. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal structure of Tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Cronin, M., Hung, D., Pagsanjan, J., Pingol, C., Tilton, L., & Vickerman, J. (octubre, 2013). *Nurses' attitudes, perceptions and expectations regarding patient and Family-Centered Care*. Treball presentat a Bridging Research & Practice, UCSF The Center for Nursing Research & Innovation, South San Francisco. Resum recuperat de <http://dne2.ucsf.edu/public/cripc/rd13syllb.pdf>
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP*, 1(34), 89–101.
- Cuesta, C. de la (2001). Familia y cuidados a pacientes crónicos: el papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición Digital)*, 34, 20–26. Recuperat de http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34_articulo_20-26.php
- Cuesta, C. de la (2006). “Here we all are Caregivers”: Issues of Collectivity versus Individuality in a Study of Home Care-giving of Patients with Advanced Dementia. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4). Recuperat de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/170/382>
- Curtis, J. R., Ciechanowski, P. S., Downey, L., Gold, J., Nielsen, E. L., Shannon, S. E.,... Engelberg, R. A. (2012). Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemporary Clinical Trials*, 33(6), 1245–54. doi:10.1016/j.cct.2012.06.010
- Cypress, B. S. (2010). The intensive care unit: experiences of patients, families, and their nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 29(2), 94–101. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181c9311a>
- Delgado, P., Sola, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero, R.,... Quinteiro, M. (2001). Modification of nursing practice through reflection: participatory action research. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 110–126.

- Díaz, A., & Díaz, N. (2004). Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Investigacion*, 10(1).
- Duhamel, F., & Talbot, L. R. (2004). A Constructivist Evaluation of Family Systems Nursing Interventions with Families Experiencing Cardiovascular and Cerebrovascular Illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12–32. doi:10.1177/1074840703260906
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Family interviews as a method for family research. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 282–292. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04238.x
- Elosua, P. (2012). Test publicados en España: usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles Del Psicólogo: Revista Del Colegio Oficial de Psicólogos*, 33 (1), 12–21.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. doi:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.
- Fagin, C. M., & Nusbaum, J. G. (1978). Parental Visiting Privileges in Pediatric Units: A Survey. *Journal of Nursing Administration*, 8(3), 24–27.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. London: John Wiley & Sons.
- Fernández, E., Oliveira, C., Maria, M., & Denise, L. (2011). Experiencias de familiares de pacientes atendidos en la urgencia hospitalaria. *Metas de Enfermería*, 14(9), 14–19.
- Ferrando, P., & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383–389. Recuperat de www.psycothema.com/psycothema.asp?id=346
- Ferré, C., Rodero, V., Vives, C., & Cid, D. (2008). *El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado*. Tarragona: Silva.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciencia, Cuidado E Saúde*, 9(3), 552–559.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the

- hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615–624. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x
- Flores, M. L., Cano-Caballero, M. D., Caracuel, A., Castillo, A., Mezcua, A., Osorio, M. V. & Vegas, S. (2000). La alimentación del acompañante del paciente hospitalizado. *Enfermería Clínica*, 10(1), 3.
- Flores, M., Cano-Caballero, M., Caracuel, A., Castillo, A., Mezcua, A., Osorio, M., & Vegas, S. (2002). La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. *Index de Enfermería (edición Digital)*, (38), 18–22. Recuperat de http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_18-22.php
- Fogarty, T. (1978). *Emotional climate in the family and therapy. The family Compendium I: The best of the family*. Washington DC: Georgetown University Family Center.
- Freitas, K. S., Kimura, M., & Ferreira, K. A. S. L. (2007). Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 84-92.
- Fujikoshi, Y. (2000). Transformations with improved chi-squared approximations. *Journal of Multivariate Analysis*, 72, 249–263.
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? Dins Barbieri, M., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, L., Oliveira, P ... Santos, M. (Eds.). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 49–57). Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família.
- García, A. (2010). Development of an attention guideline for the critical patient's family. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 20–27.
- García J. (2000). La empatía. Dins *Relación y comunicación* (pp. 125–136). Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010). *Memòria Institut Català de la salut. Gerència Territorial Terres de l'Ebre. 2010* (Vol. 1a). Tortosa: Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Terres de l'Ebre.
- Gómez, J., & Hidalgo, M. (2005). La Validez de los tests, escalas y cuestionarios. *La Sociología en sus escenarios*, (12). Recuperat de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1750/1370>

- Gonzales, J. (2007). La familia como sistema. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 4(6), 111–114.
- Hallgrimsdottir, E. M. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 611–619.
- Hambleton, R. K., Merenda, P., & Spielberger, S. C. (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-cultural Assessment*. Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Hammond, F. (1995). Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(5), 256–264.
- Herrera, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591–595.
- Hertzberg, A., Ekman, S.-L., & Axelsson, K. (2003). “Relatives are a resource, but...”: Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 431–441. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00761.
- Hidalgo, I. (2007). What is important for the family of patients in the Intensive Care Unit?. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106–114.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- International Test Commission (ITC). (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. Recuperat de <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>
- Jaju, A., & Crask, M. R. (1999). The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *American Market Association*, (10), 127–131.
- Jewson, N. (1993). Family, community and health. Dins Taylor, S. & Field, D. (Eds.). *Sociology of health and health care* (pp. 173–188). London: Blackwell Science.
- Jöreskog, K. (1970). A general method for analysis of covariance structures. *Biometrika*, 57, 239–251.
- Katz, D., & Stotland, E. (1959). A preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change. Dins Koch, S. (Ed.). *Psychology: A Study of a Science*. New York: McGraw-Hill.

- Kéroac, S. (1996). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kinrade, T. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: Comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82–88.
- Kirchhoff, K., & Beckstrand, R. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 96–105.
- Kirchhoff, K., Pugh, E., Calame, R., & Reynolds, N. (1993). Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *American Journal of Critical Care*, 2(3), 238–245.
- Kristensson, I. (2000). Parental participation in pediatric surgical care. *AORN Journal*, 71(5), 1021.
- Leal, C. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 136–141.
- Lee, M. A., & Yom, Y.-H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545–55. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006
- Lévy, J.-P., & Varela, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. España: Netbiblo.
- Lima-Rodríguez, J. S., Lima-Serrano, M. & Sáez-Bueno, Á. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*, 19(5), 280–283.
- Lizán, L. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONC. *Atención Primaria*, 24(2), 75–82.
- López, J. A. (2002). *Validación de la "Escala de estrés de Enfermería" (NSS), de Gray-toft y Anderson* (Memòria de llicenciatura). Recuperada de <http://www.cop.es/colegiados/T-00921/tesina.pdf>
- Luiç, R., Leal, A., Kale, P L, & Werneck, G. (2003). Assessment of agreement of a quantitative variable: a new graphical approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(10), 963–967. doi:10.1016/S0895-4356(03)00164-1

- Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M. J., & Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*, 20(2), 50–57. doi:10.1016/S1130-2399(09)71146-0
- Lluch, M., Novel, G., & Royo, M. (2005). La enfermedad y la hospitalización. Dins *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 157–163). Barcelona: Masson.
- Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M. A. & Asiain, M. C. (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 107–117.
- Martín, M., Perera, P., Altarribas, E., & Serrano, I. (2009). Necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza. *Biblioteca Las casas*, 5(6).
- Martín, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23–29.
- Martínez-González, M., Sánchez-Villegas, A., & Faulin-Fajardo, J. (2006). *Bioestadística amigable* (2a ed.). España: Ediciones Díaz de Santos.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família- O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. (2004). *O Adulto doente e a família, uma parceria de cuidados*. Universidad de Oporto.
- Martins, M., Martinho, M., Ferreira, M., Barbieri Figueiredo, M., Oliveira, P., Fernandes, H., ... Carvalho, J. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. Dins Barbieri, M., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, L., Oliveira, P. ... Carvalho, J. (Eds.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20–32). Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família.
- Maxton, F. J. (1997). Old habits die hard: changing paediatric nurses' perceptions of families in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(3), 145–150.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, (51), 1087–1110. doi:10.1007/s10865-006-9085-0

- Meiers, S. J., Tomlinson, P., & Peden-McAlpine, C. (2007). Development of the Family Nurse Caring Belief Scale (FNCBS). *Journal of Family Nursing*, 13(4), 484–502. doi:10.1177/1074840707310734
- Merrill, F. E. (1978). *Introducción a la sociología: sociedad y cultura*. Madrid: Aguilar.
- Messick, S. (1995). Standards of Validity and the Validity of Standards in Performance Assessment. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 14(4), 5–8. doi:10.1111/j.1745-3992.1995.tb00881.
- Miguel, M. D. de (2005). Formación de las actitudes y procesos de cambio. Dins *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 31–36). Barcelona: Masson.
- Mishel, M., & Branden, C. (1988). Finding Meaning: Antecedents Of Uncertainty in Illness. *Nursing Research*, 37(2), 98–103.
- Mishel, M. H. (1988). *Uncertainty in illness*. *The Journal of Nursing Scholarship*, (20), 226.
- Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung*, 8, 332–339.
- Molter, N., & Leske, J. (1983). *Critical Care Family Needs Inventory*.
- Mora, G., & Ferré-Grau, C. (2013). La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital comarcal. *Paraninfo Digital, Año VII*(19). Recuperat de <http://www.index-f.com/para/n19/226d.php>
- Moretto, R., Lessa, E., Pagliarini, M. A., & Silva, S. (2009). The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(3), 627–634.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los test* (5a ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Langen, I., & Stokland, O. (2004). Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian University Hospital. *Intensive Care Medicine*, 30(9), 1791–1798.
- Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Bitencourt, A. G. V., Vieira, P. S., Magalhães, L. T., Teles, J. M. M., ... Messeder, O. H. C. (2009). Análise da satisfação dos

- familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 32–37. doi:10.1590/S0103-507X2009000100005
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (1996). *Bioestadística*. Madrid: Mosby Doyma.
- Novel, G., Lluch, M. T., & de Miguel, M. D. (2005). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson.
- O'Malley, P., Favalaro, R., Anderson, B., Anderson, M. L., Siewe, S., Benson Landau, M., ... Keefer, N. (1991). *Critical care nurse perceptions of family needs*. *Heart Lung*, 20(2), 189–201.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., ... Martins, M. (2011). Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(6), 1331–1337.
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, (XXXIV), 573–580.
- Pacheco, F. (2002). *Actitudes*. *Eúphoros*, 5, 173-186.
- Paliadelis, P., Cruickshank, M., Wainohu, D., Winskill, R., & Stevens, H. (2005). Implementing Family-Centered Care: an exploration of the beliefs and practice of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 31–36.
- Paul, F., & Rattray, J. (2008). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 276–292. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04568.
- Pérez, M. D., Rodríguez, M., Fernández, A. I., Catalán, M., & Montejo, J. C. (2004). Evaluation of satisfaction among the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Medicina Intensiva*, 28(5), 237–249.
- Pfeil, M. (1997). Team players or rivals in caring? *Journal of Child Health Care*, (1), 6–10.
- Pimenta, E. A., & Collet, N. (2009). Dimension of nursing and family care to hospitalized children: conceptions of nursing. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(3), 622–629.
- Planas-Campmany, C., & Icart-Isern, M. (2014). Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(2), 142–147. Recuperat de

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.003>

- Quero, A. (2003). Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, 13(06), 348–356.
- Quero, A. (2007). *Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada* (Tesi doctoral). Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16683134.pdf>
- Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606–615. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02759.
- Requena, C. (2009). *Principios de psicometría*. Madrid: Síntesis.
- Revilla, L. de la, Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10–18.
- Revilla, L. de la (1994). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma.
- Roberts, C. S., & Feetham, S. L. (1982). Assessing Family Functioning Across Three Areas of Relationships. *Nursing Research*, 31(4), 231-235.
- Rodríguez, M. del C., Rodríguez, F., Roncero, Á., Morgado, M. I., Theodor, J., Flores, L. J., ... Almeida, C. (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 14(03), 96–108.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven: Yale University Press.
- Rubio, L., Ferrater, M., Toda, D., & Aguarón, M. J. (2001). Vivir la UCI: Diferentes perspectivas. *Cultura de Los Cuidados*, 12, 55–56.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de Medición en Salud. *Revista Salud Pública*, 6(3), 302–318.
- Santana, L., Yañez, B., Martín, J., Ramírez, F., Roger, I., & Pérez, M. S. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*, 19(6), 335–339.
- Santana, L., Ramírez, A., García, M., Sánchez, M., Martín, J. C., & Hernández, E. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Medicina Intensiva*, 31(2), 57–61.

- Santana, L., Sánchez, M., Hernández, E., García, M., Eugenio, P., & Villanueva, A. (2007). Needs of the family of intensive care patients: Perception of the family and the professional. *Medicina Intensiva*, 31(6), 273–280.
- Saveman, B.-I. (2005). Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse Education Today*, 25(6), 480–486.
- Saveman, B.-I., Benzein, E., Engström, Å. H., & Årestedt, K. F. (2011). Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312–329. doi:10.1177/1074840711415074
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Serret, M. (2014). *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal* (Tesi doctoral inèdita). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Terres de l'Ebre. (2012). *Memòria de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre 2012*. Tortosa: Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Terres de l'Ebre. Recuperat de http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Coneix_CatSalut/memories_activitat/memories_regions_sanitaries/memories_2005_2012/terres_ebre/memoria_rs_terresebre_2012.pdf
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Shields, L., Pratt, J., Davis, L., & Hunter, J. (2008). Atención centrada en la familia para niños hospitalizados (Revisió Cochrane traduïda). Dins *La Biblioteca Cochrane Plus*, (núm. 2). Oxford: Update Software.
- Sieberstein, D. (1997). La familia, un paciente olvidado. *Rol de Enfermería*, 223(3), 25–30.
- Silva, M. C. L. S., Moules, N., Silva, L., & Bousso, R. (2013). The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(3), 634–639.
- Simpson, P., & Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 413–25. doi:10.1177/1074840706290806
- Simpson, T., Wilson, D., Mucken, N., Martin, S., West, E., & Guinn, N. (1996). Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *American*

Journal of Critical Care.

- Sirera-Vercher, M. J., Sáez-Zamora, P., & Sanz-Amaro, M. D. (2010). Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 54(4), 211–219.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *The Journal of family practice*, 15, 303–311.
- Söderström, I.-M., Benzein, E., & Saveman, B.-I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185–192.
- Söderström, I.-M., Saveman, B.-I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units: an observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 707–716. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.10.005
- Söderström, I.-M., Saveman, B.-I., Hagberg, M., & Benzein, E. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 250–257.
- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal Personal Assessment*, (80), 217–222.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford, UK: Oxford Medical Publications.
- Svavarsdottir, E. K. (2007a). *Expressive Family Functioning Questionnaire. Development of a 45-item instrument on expressive family functioning*. Manuscrit inèdit, Faculty of Nursing, University of Iceland.
- Svavarsdottir, E. K. (2007b). *Family Perceived Support Questionnaire. Development of a 24-item instrument on perceived family support*. Manuscrit inèdit, Faculty of Nursing, University of Iceland.
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Hrafnkelsson, B. (2012a). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 353–77. doi:10.1177/1074840712449204

- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Hrafnkelsson, B. (2012b). Psychometric development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 328–52. doi:10.1177/1074840712449203
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Saveman, B.-I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 895–903. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01744.
- Szareski, C. (2010). O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 715–722.
- Szklo, M., & Nieto, J. (2003). *Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Torrents Ros, R. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico. Ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*, 14(2), 49–60.
- Tye, C. (1993). Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), 948–956.
- Úbeda, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario* (Tesi doctoral). Recuperada de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf?sequence=1
- Vachon, M. L. S., Kristjanson, L., & Higginson, I. (1995). Psychosocial issues in palliative care: The patient, the family, and the process and outcome of care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2), 142–150. doi: 10.1016/0885-3924(94)00076-W
- Vázquez, M., & Eseverri, M. C. (2010). El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 161–164.
- Velasco, J. M., Prieto, J. F., Castillo, J., Merino, N., & Perea-Milla, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16(2), 73–83.

- Wright, L., & Bell, J. (2009). *Beliefs and Illness. A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L., & Leahey, M. (1999). Maximizing time, minimizing suffering: the 15-minute (or less) family interview. *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259–274.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). Caring for the terminally ill: The district nurse's perspective. *British Journal of Nursing*, 11, 1180–1185.
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yanez, B., Santana, L., Hernández, A., & Molina, A. (2011). Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Medicina Intensiva*, 35(1), 62–63.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., Pedro, J. E. de, & Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, 3.
- Zaforteza, C., Sanchez, C., & Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2), 61–70.
- Zaforteza, C., García, A., Quintana, R., Sánchez, C., Abadía, E., & Albert, J. (2010) Abrir La unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enfermería Intensiva*, 21(2), 52–57.
- Zaforteza, C., de Pedro-Gómez, J., Gastaldo, D., Lastra, P., & Sánchez-Cuenca López, P. (2003). ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva*, 14(3), 109–119.
- Zaforteza, C., Garcia, A., Amoros, S., Perez, E., Maqueda, M., & Delgado, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 121–131.
- Zaforteza, C., Prieto, S., Canet, T., Díaz, Y., Molina, M., Moreno, C., ... Val Pérez, J. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11–19.
- Zarins, K. (2010). *Family involvement in nursing care - a resource or burden?: from the perspective of Tanzanian nurses* (Tesi doctoral). Recuperada de

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:rkh:diva-87>

- Zazpe, C., Margall, M. A., Otano, C., Perochena, M. P., & Asiain, M. C. (1997). Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(1), 12–16. doi:10.1016/S0964-3397(97)80658-1
- Zazpe, M. C. (1996). Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 7(4), 147–151.

11. Annexos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA FAM

Marta Berenguer Poblet

Dipòsit Legal: T 897-2015

ANNEX I. FING-NA



Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)

Year of birth? _____	Are you <input type="checkbox"/> Man? <input type="checkbox"/> Woman?
Which year did you qualify as a Registered Nurse? _____	
What type of organization have you worked in <i>most</i> ?	
<input type="checkbox"/> Institutional care <input type="checkbox"/> Primary care <input type="checkbox"/> Community care <input type="checkbox"/> Other _____	
Which specialty do you work in at the moment? _____	
Is there a general approach to the care of families at your place of work?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Has a member of your family ever been seriously ill and in need of professional care?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Instructions for completing the questionnaire

The questionnaire consists of a number of general statements about the importance of the family in nursing care. The statements are similar but they are not identical. They are not listed in any particular order. Please, respond to these statements quickly, giving the first reaction that comes into your head when you read them. Put a cross in the box that best describes your thoughts in response to each statement.

The term *family* refers to family members, friends, neighbors or significant others.

You are welcome to make comments in the space provided at the end of this questionnaire.

Put a cross in the box which best describes your thoughts about the respective statements

		Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1	It is important to find out what family members a patient has	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	The presence of family members holds me back in my work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A good relationship with family members gives me job satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Family members should be invited to actively take part in the patient's nursing care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	The presence of family members is important to me as a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	I ask family members to take part in discussions from the very first contact, when a patient comes into my care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	The presence of family members gives me a feeling of security	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	I do not have time to take care of families	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Discussion with family members during first care contact saves time in my future work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	The presence of family members cases my workload	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Family members should be invited to actively take part in planning patient care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	I always find out what family members a patient has	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	The presence of family members is important for the family members themselves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	I invite family members to have a conversation at the end of the care period	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	I invite family members to actively take part in the patient's care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	I ask families how I can support them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Put a cross in the box which best describes your thoughts about the respective statements

	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
17 I encourage families to use their own resources so that they have the optimal possibilities to cope with situations by themselves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 I consider family members as co-operating partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 I invite family members to speak about changes in the patient's condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Getting involved with families gives me a feeling of being useful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 I gain a lot of worthwhile knowledge from families which I can use in my work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 It is important to spend time with families	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 The presence of family members makes me feel that they are checking up on me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 I invite family members to speak when planning care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 I see myself as a resource for families so that they can cope as well as possible with their situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 The presence of family members makes me feel stressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments:

Thank you for your co-operation!

ANNEX II. IFCE-AE, VERSIÓ PORTUGUESA

Código: A _____

II – Escala sobre “A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)” de Barbiéri, MC et al. (2009)

Este instrumento, permite medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de cuidar famílias a partir de uma perspectiva de enfermagem genérica.

As afirmações são parecidas mas não são idênticas nem se encontram agrupadas de nenhuma forma particular. Por favor, responda a estas afirmações dando a sua primeira impressão assinalando com (X).

	Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
1. É importante saber quem são os membros da família do utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código: A _____

12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Considero os membros da família como parceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. É importante dedicar tempo às famílias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A presença de membros da família deixa-me em stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEX III. FORMULARI DE DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES I PROFESSIONALS

Dades sociodemogràfiques i professionals

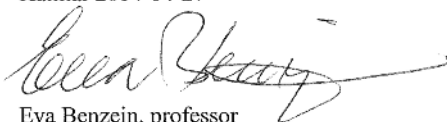
1. **Edad** (años): _____
2. **Sexo:** Hombre Mujer
3. **Año finalización estudios de enfermería:** _____
4. **Estudios posteriores:**
 Máster universitario Doctorado Postgrados/másters Especialidad
 Otros _____
5. **¿Cuántos años hace que trabaja de enfermero/a:** _____
6. **¿Tiene formación específica en enfermería familiar (curso, máster, ...)?** Sí No
7. **¿En qué ámbito ha trabajado más tiempo?**
 Atención Hospitalaria general Atención Sociosanitaria
 Salud Mental Atención Primaria
 Otros _____
8. **Ha trabajado alguna vez en alguno de estos servicios?**
Cuidados paliativos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
Cuidados intensivos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
9. **Centro que trabaja actualmente:** _____
10. **Servicio donde trabaja actualmente:** _____
11. **Situación laboral:** Fijo Interino Eventual
12. **Turno que realiza:**
 Mañanas fijas Tardes fijas Noches fijas Rodado Corretornos
13. **¿Cree que en su lugar de trabajo se proporciona un cuidado a las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
14. **¿Cree que La Institución/Organización donde trabajas fomenta cuidado de las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
15. **¿Ha tenido alguna experiencia personal de un familiar próximo que haya necesitado atención hospitalaria?** Sí No No sabe/no contesta

ANNEX IV. AUTORITZACIÓ AUTORA

**AUTHORIZATION TO USE THE “FAMILIES’ IMPORTANCE IN NURSING
CARE - NURSES’ ATTITUDES (FINC - NA)” QUESTIONNAIRE**

As author and owner of the intellectual property rights of the “**Families’ Importance in Nursing Care-Nurses’ Attitudes (FINC-NA)**” questionnaire, I, the undersigned, state that I have been duly informed about the transcultural adaptation and validation of this scale into the Spanish version “**La actitud enfermera – La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)**” within a study entitled **L’actitud infermera vers la familia: Adaptació transcultural i validació de l’Escala “Families’ Importance in Nursing Care - Nurses’ Attitudes (FINC-NA)”** (*Nursing attitudes regarding families: transcultural adaptation and validation of the FINC-NA scale*). This study has been carried out by Ms. **Marta Berenguer Poblet**, a student of the Doctorate in Nursing Sciences programme at the Rovira i Virgili University (URV). I hereby express our formal agreement and authorization for the use of the “**Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)**” questionnaire in her work.

Kalmar 2014-04-27



Eva Benzein, professor

School of Health and Caring Sciences

Linnaeus University

S- 391 82 Kalmar

Sweden

**ANNEX V. SOL·LICITUD AUTORITZACIÓ
COMITÈ DE RECERCA DE L'ICS**

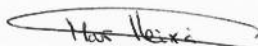
Sr President del Comitè de recerca territorial de l'ICS Terres de l'Ebre

Com a codirectora de la Tesis Doctoral inscrita al programa de Doctorat en Ciències de la infermeria de la URV, de la doctoranda Sra. Marta Berenguer Poblet titulada "L'actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'escala Families' Importance in Nursing Care- Nurses' Attitudes" m'adreço a vostè per demanar l'autorització del comitè que presideix per què tingui a bé el fet de permetre, a la Sra. Marta Berenguer Poblet, l'administració de qüestionaris als infermeres/eres de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), aquest treball és imprescindible pel correcte desenvolupament del treball de camp anteriorment esmentat. S'adjunta el projecte de Tesis per a que pugui ser revisat i aprovat per aquesta comissió. Aquesta Tesi està codirigida per la Dra M. Teresa Salvadó Usach del servei d'anatomia patològica del HTVC i professora associada del Departament d'Infermeria de la URV.

Quedem a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment, aprofito l'avinentesa per agrair-li la seva col·laboració, quedem a l'espera de la seva valoració per poder iniciar el treball.

Atentament,

Mar Lleixà Fortuño



Coordinadora del Màster en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

Tarragona, 3 febrer de 2012.

ANNEX VI. AUTORITZACIÓ COMITÈ DE RECERCA DE L'ICS



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Terres de l'Ebre

Benvolguda Dra. Mar Lleixà Fortuño i Dra. Maria Teresa Salvadó i Usach,

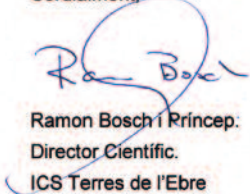
Havent estat revisat per tres membres de la comissió de recerca territorial de l'ICS Terres de l'Ebre el projecte de tesi doctoral titulat "**L'actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes**" que ha de portar a terme la alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virgili i infermera en l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, la **Sra. Marta Berenguer Poblet**, de la qual vostès són tutores i tenint en compte entre altres aspectes que:

1. Vostès supervisaran el correcte desenvolupament del projecte.
2. Ha estat valorat positivament per tots el membres avaluadors.
3. S'ha presentat un projecte ben estructurat i ben dissenyat.
4. Es demana consentiment informat per a la participació en l'estudi.
5. No suposarà molèsties als malalts ni acompanyats, ni despeses al nostre centre, ni càrregues de treball per als professionals del nostre centre.
6. Assumint que en tota la producció científica que es derivi d'aquest projecte, s'inclouran també les dades de filiació de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta i de l'Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, seguint les normes que figuren a la intranet de l'ICS Terres de l'Ebre.

Hem decidit:

Autoritzar el desenvolupament d'aquest treball en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta en els termes exposats en la documentació aportada per la **Sra. Marta Berenguer Poblet**.

Cordialment,


Ramon Bosch i Princep.
Director Científic.
ICS Terres de l'Ebre

Tortosa, 16 de maig de 2012


HTVC
Hospital de Tortosa
Verge de la Cinta
Direcció de Centre
Salvador Pallejà Sedó.
Director de centre.
Hospital Verge de la Cinta.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ANNEX VII. SOL·LICITUD AUTORITZACIÓ HSC

Sra. Adoración Aragonés Ferrer, Directora Assistencial de l'Hospital Sta. Creu

Com a codirectora de la Tesis Doctoral inscrita al programa de Doctorat en Ciències de la infermeria de la URV, de la doctoranda Sra. Marta Berenguer Poblet titulada "L'Actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'Escala "Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)" m'adreço a vostè per demanar l'autorització del Centre que representa per que tingui a be el fet de permetre, a la Sra. Marta Berenguer Poblet, l'administració de qüestionaris al personal infermer de l'Hospital de la Sta. Creu, aquest treball es imprescindible pel correcte desenvolupament del treball de camp anteriorment esmentat. S'adjunta el resum del Projecte de Tesis per a que pugui ser revisat i aprovat. Aquesta Tesi està codirigida per la Dra. M. Teresa Salvadó Usach, professora associada del Departament d'infermeria de la URV

Quedem a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment, aprofito l'avinentesa per agrair-li la seva col·laboració, quedem a l'espera de la seva valoració per poder iniciar el treball.



Mar Lleixà

Atentament,

Mar Lleixà Fortuño

Tortosa, Gener de 2013

ANNEX VIII. AUTORITZACIÓ HSC



Sra. Mar Lleixa Fortuño,
Coordinadora en Ciències de la
Infermeria de la URV



Com a Directora Assistencial de l'Hospital de la Santa Creu,
et faig saber la total disposició del Centre per tal que la Sra.
Marta Berenguer Poblet, pugui dur a terme el treball de
camp, necessari pel desenvolupament de la seva Tesis
Doctoral.



Resto a la vostra disposició.

Atentament



Adoración Aragonés Ferrer
Directora Assistencial Hospital de la Santa Creu

Tortosa 11 de gener de 2013

ANNEX IX. CONSENTIMENT INFORMAT

Consentiment informat «L'actitud infermera vers la família»

Nota introductòria

El meu nom és Marta Berenguer, treballo en el Servei d'Urgències de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, i us demano la vostra col·laboració per poder realitzar el treball d'investigació titulat «**L'actitud infermera vers la família**», inscrit en el Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

L'objectiu de l'estudi és:

- Adaptar i validar la versió castellana d'un instrument de valoració d'infermeria, per tal de poder analitzar l'actitud infermera sobre la importància d'incloure la família en el procés de cures.

Responeu totes les preguntes de manera sincera i honesta. Us demanaria que no escrigueu cap identificació en aquests fulls per poder mantenir l'anonimat i la confidencialitat que, per la meua part, us garanteixo.

Per a qualsevol dubte: mberenguer.ebre.ics@gencat.cat

Agraeixo la vostra col·laboració.

Marta Berenguer Poblet

TÍTOL DE L'ESTUDI: L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA

Institució:

Investigadora principal: Marta Berenguer Poblet

Codirectores: Dra. Mar Lleixà Fortuño i Dra. M. Teresa Salvadó Usach

1. Confirmo que he llegit i entès el full d'informació corresponent a aquest estudi i he tingut l'oportunitat de fer les preguntes que he considerat oportunes.
2. Entenc que la meva participació és voluntària.
3. Entenc que la meva participació en l'estudi consisteix a omplir un qüestionari autoadministrat *La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería*, en què s'ajunten dades sociodemogràfiques d'interès per a l'estudi.
4. Entenc que, un cop emplenat, podré dipositar el qüestionari de manera anònima en el lloc establert.
5. Entenc que part de les meves dades poden ser avaluades per les autoritats que regulen aquest tipus d'estudi, a les quals dono permís d'accés a aquesta informació.
6. Estic d'acord a formar part d'aquest estudi i dono el meu consentiment perquè les meves dades entrin en aquest projecte autoritzat per la Direcció del Centre.

Signatura

Tortosa, ____ d _____ de 2012

ANNEX X. PROVA PILOT

CÓDIGO: _____ (Dos primeras letras del nombre del padre, dos primeras letras del nombre de La madre, día nacimiento propio. Ej.: JORO26- José/Rosario- día 26)

“Actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)”

Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)

Versión original: Benzein, E; Johansson, P; Saveman, BI (2006)

Versión castellana: Berenguer, M; Lleixà, MM; Salvadó, MT; Ferré, C (2012)

El cuestionario consiste en varias afirmaciones generales sobre la importancia de la familia en los cuidados de enfermería.

Las afirmaciones son similares pero no idénticas y no están agrupadas de ninguna forma. Por favor, responda a estas afirmaciones de forma rápida, la primera impresión.

El concepto de familia contempla a los miembros de una familia, los amigos, vecinos u otras personas significativas para el paciente.

Os invitamos a escribir vuestros comentarios en el espacio disponible al final del cuestionario.

1. **Edad (años):** _____
2. **Sexo:** Hombre Mujer
3. **Año finalización estudios de enfermería:** _____
4. **Estudios posteriores:**
 Máster universitario Doctorado Postgrados/másters Especialidad
 Otros _____
5. **¿Cuántos años hace que trabajas de enfermero/a:** _____
6. **¿Tienes formación específica en enfermería familiar (curso, máster, ...)?** Sí No
7. **¿En qué ámbito has trabajado más tiempo?**
 Atención Hospitalaria general Atención Sociosanitaria
 Salud Mental Atención Primaria
 Otros _____
8. **Has trabajado alguna vez en alguno de estos servicios?**
Cuidados paliativos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
Cuidados intensivos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
9. **Centro que trabajas actualmente:** _____
10. **Servicio donde trabajas actualmente:** _____
11. **Tipo de contrato:** Fijo Interino Eventual
12. **Turno que realizas:**
 Mañanas fijas Tardes fijas Noches fijas Rodado Corretornos
13. **¿Crees que en tu lugar de trabajo se proporciona un cuidado a las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
14. **¿Crees que La Institución/Organización donde trabajas fomenta cuidado de las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
15. **¿Has tenido alguna experiencia personal de un familiar próximo que haya necesitado atención hospitalaria?** Sí No No sabe/no contesta

CÓDIGO: _____ (Dos primeras letras del nombre del padre, dos primeras letras del nombre de la madre, día nacimiento propio. Ej.: JORO26- José/Rosario- día 26)

Pon una cruz en el recuadro que **DESCRIBA MEJOR TUS PENSAMIENTOS** en cada una de las afirmaciones, **independientemente de si lo realizas o si puedes realizarlo. Sólo si consideras estar de acuerdo o no.**

1: Totalmente en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: De acuerdo, 4: Totalmente de acuerdo.

(1) Es importante averiguar quien son los familiares del paciente	1	2	3	4
(2) La presencia de la familia retrasa mi trabajo	1	2	3	4
(3) Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional	1	2	3	4
(4) Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados de enfermería del paciente.	1	2	3	4
(5) Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante	1	2	3	4
(6) Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento, que participe en las conversaciones.	1	2	3	4
(7) La presencia de la familia me da seguridad	1	2	3	4
(8) No tengo tiempo para cuidar a las familias.	1	2	3	4
(9) Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo en el trabajo futuro	1	2	3	4
(10) La presencia de la familia simplifica mi trabajo	1	2	3	4
(11) Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente	1	2	3	4
(12) Siempre averiguo quien son los familiares del paciente	1	2	3	4
(13) La presencia de la familia es importante para la propia familia	1	2	3	4
(14) Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados	1	2	3	4
(15) Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente	1	2	3	4
(16) Pregunto a las familias como les puedo dar mi apoyo	1	2	3	4
(17) Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para hacer frente a las situaciones por si mismos	1	2	3	4
(18) Para mi la familia es un colaborador	1	2	3	4
(19) Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente	1	2	3	4
(20) Implicarme con las familias me hace sentir útil	1	2	3	4
(21) Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo	1	2	3	4
(22) Es importante dedicarle tiempo a las familias	1	2	3	4
(23) La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada	1	2	3	4
(24) Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados	1	2	3	4
(25) Me veo a mi misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación	1	2	3	4
(26) La presencia de la familia me produce stress	1	2	3	4

ANNEX XI. SOL·LICITUD PER PARTICIPAR EN LA VALIDESA DE CONTINGUT

Benvolgut/benvolguda,

El meu nom és Marta Berenguer, sóc alumna del Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili i estic desenvolupant la tesi «L'actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses' Attitudes* (FINC-NA)», dirigida per la Dra. M. Lleixà i la Dra. M. T. Salvadó.

L'objectiu d'aquesta tesi és adaptar i validar la versió castellana d'un instrument de valoració d'infermeria, per tal de poder analitzar l'actitud infermera sobre la importància d'incloure la família en el procés de cures.

Actualment, estic realitzant la validació i, més concretament, mesurant la validesa del contingut. Per aquest motiu, us demano la vostra col·laboració, m'agradaria que avaluéssiu la validesa del contingut del test adjunt; és a dir, el grau en què els ítems de l'instrument mesuren l'actitud infermera vers la família.

Aquest procés consta d'una avaluació qualitativa de l'instrument i, posteriorment, d'una retroacció o *feedback* dels resultats obtinguts, tot via correu electrònic.

Gràcies pel vostre interès,

Marta Berenguer Poblet

Tortosa, 2013

Instruccions fase 1

Es considera que un instrument és vàlid de contingut si té en compte tots els aspectes relacionats amb el concepte d'estudi, si mesura el grau en el qual els ítems sembla que mesurin allò que es proposen. Per tant, que avaluï, de manera qualitativa, si el qüestionari abraça totes les dimensions del fenomen que es vol mesurar. (La família com a càrrega, la família com a col·laborador, la família com a recurs en les cures d'infermeria i la família com el seu propi recurs.)

La Actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)

Families' Importance in Nursing Care - Nurses' Attitudes (FINC-NA)

Versión original: Benzein, E; Johansson, P; Saveman, BI (2006)

Versión castellana: Berenguer, M; Lleixà, M; Salvadó, MT; Ferré, C (2013)

(1) Es importante averiguar quién son los familiares del paciente.	1	2	3	4
(2) La presencia de la familia retrasa mi trabajo.	1	2	3	4
(3) Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	1	2	3	4
(4) Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(5) Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante .	1	2	3	4
(6) Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento , que participe en las conversaciones.	1	2	3	4
(7) La presencia de la familia me da seguridad .	1	2	3	4
(8) No tengo tiempo para cuidar a las familias.	1	2	3	4
(9) Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo.	1	2	3	4
(10) La presencia de la familia simplifica mi trabajo.	1	2	3	4
(11) Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(12) Siempre averiguo quién son los familiares del paciente.	1	2	3	4
(13) La presencia de la familia es importante para la propia familia .	1	2	3	4
(14) Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	1	2	3	4
(15) Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(16) Pregunto a las familias como les puedo dar mi apoyo.	1	2	3	4
(17) Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones.	1	2	3	4
(18) Para mí la familia es un colaborador .	1	2	3	4
(19) Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	1	2	3	4
(20) Implicarme con las familias me hace sentir útil .	1	2	3	4
(21) Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	1	2	3	4
(22) Es importante dedicarle tiempo a las familias.	1	2	3	4
(23) La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada.	1	2	3	4
(24) Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	1	2	3	4
(25) Me veo como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	1	2	3	4
(26) La presencia de la familia me produce estrés .	1	2	3	4

ANNEX XII. TRADUCCIÓ 1

“La importancia de la familia en los cuidados de enfermería- Actitud enfermera”

1. Es importante saber que tipo de familia el paciente tiene
2. La presencia de los miembros de la familia me hace retrasar el trabajo
3. Una buena relación con los miembros de la familia me da satisfacción laboral.
4. Se debería invitar a los miembros de la familia a tomar parte de una manera activa en los cuidados de enfermería del paciente.
5. La presencia de los miembros de la familia es importante para mi como enfermera.
6. Pido a los miembros de la familia que tomen parte en las discusiones desde el primer contacto, cuando el paciente es asignado a mi cuidado
7. La presencia de los miembros de la familia me da un sentimiento de seguridad.
8. No tengo tiempo para cuidar a las familias.
9. El diálogo con los miembros de la familia durante el primer contacto me ahorra tiempo en el trabajo futuro.
10. La presencia de los miembros de la familia facilita mi carga de trabajo.
11. Se debería invitar a los miembros de la familia a tomar parte de una manera activa en la planificación de los cuidados del paciente
12. Siempre se que miembros de la familia el paciente tiene
13. La presencia de los miembros de la familia es importante para ellos mismos
14. Invito a los miembros de la familia a conversar al final del periodo de cuidados.
15. Invito a los miembros de la familia a tomar parte de una manera activa en los cuidados del paciente.
16. Pregunto a las familias como les puedo ayudar
17. Animo a las familias a usar sus propios recursos para que tengan las mejores posibilidades para afrontar las situaciones por ellos mismos
18. Considero a las familias como colaboradores
19. Invito a los miembros de la familia a hablar sobre los cambios en la condición del paciente
20. Implicarme con las familias me hace sentir útil.
21. Obtengo valiosos conocimientos de las familias que puedo usar en mi trabajo.
22. Es importante pasar tiempo con las familias.
23. La presencia de los miembros de la familia me hace sentir que me están vigilando
24. Invito a los miembros de la familia a hablar al planificar los cuidados
25. Me veo a mi misma como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación
26. La presencia de los miembros de la familia me hace sentir estresada

ANNEX XIII. TRADUCCIÓ 2

“La familia” Importancia en la Atención de Enfermería- Actitud de enfermería

1. Es importante conocer que tipo (PERFIL) de familia tiene el paciente
2. La presencia de la familia retrasa mi trabajo (me entretiene en el trabajo)
3. Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional
4. Se debería invitar a la familia a participar activamente en el cuidado del paciente
5. Como enfermera, la presencia de la familia es importante
6. Cuando me hago cargo de un paciente, en el primer contacto con la familia le pido participar en las discusiones.
7. La presencia de la familia me da seguridad
8. No tengo tiempo para ocuparme de la familia
9. Hablar con la familia durante el primer cuidado me ahorra tiempo a posteriori
10. La presencia de la familia facilita mi trabajo o (aligera mi carga de trabajo)
11. Se debería invitar a la familia a participar en la planificación de los cuidados del paciente
12. Averiguo siempre que tipo de familia tiene el paciente (el perfil de familia del paciente)
13. La presencia de la familia es importante para ella misma
14. Invito a la familia a hablar al final de un cuidado (al finalizar el cuidado)
15. Invito a la familia a participar activamente en el cuidado del paciente
16. Pregunto a la familia de que forma les puedo apoyar.
17. Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para poder hacer frente a las situaciones, (o incidencias) por si mismos
18. Para mi la familia es un colaborador
19. Invito a la familia a comentar los cambios en el estado del paciente
20. Involucrarme con la familia me hacer sentir útil
21. Las familias me aportan información valiosa para mi trabajo
22. Es importante dedicarle tiempo a la familia
23. La presencia de la familia me hace sentir observada
24. Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados
25. Me considero un recurso para la familia que le ayuda a manejar lo mejor posible su situación
26. La presencia de la familia me produce stress

ANNEX XIV. RETROTRADUCCIÓ 1

The importance of the family in nursing care - attitudes of nurses (IFCE-AE)

(1) It is important to find out the patient's family background.
(2) The family's presence slows down my work.
(3) A good relationship with the family gives me professional satisfaction.
(4) The family should be invited to actively participate in the nursing care of the patient.
(5) As a nurse, I consider the family's presence to be important.
(6) When I'm assigned a patient, I ask the family to participate in conversations regarding the patient from the very beginning.
(7) The family's presence makes me feel confident.
(8) I don't have time to look after the family members.
(9) Speaking to the family during early treatments saves me time in the future.
(10) The presence of the family makes my work easier.
(11) The family should be invited to participate actively in the planning of the patient's care.
(12) I always find out what kind of family background the patient has.
(13) The family's presence is important for the family itself.
(14) I encourage the family to talk with me after finishing the patient's treatment.
(15) I encourage the family to participate actively in the patient's care.
(16) I ask the family how I can help them.
(17) I encourage the family/family members/relatives to use their own resources to face situations by themselves?¿
(18) I consider the family as collaborators. For me, the family is a collaborator.
(19) I encourage the families to speak about changes in the patient's condition.
(20) Getting involved with the families makes me feel useful.
(21) The families supply valuable knowledge which I can use in my work.
(22) It is important to devote time to the families.
(23) The family's presence makes me feel observed.
(24) I encourage the family to speak with me during the planning of the treatment.
(25) I see myself as a resource for the families to be able to cope with the situation in the best possible way.
(26) The family's presence makes me feel stressed.

ANNEX XV. RETROTRADUCCIÓ 2

“The importance of the family in nursing care - The nurses attitude (IFNC-NA)”

(1) It is important to check what type of family the patient has got
(2) The presence of the family slows my work down
(3) A good relationship with the family makes me feel professionally satisfied
(4) Families should be invited to participate actively in the patient's nursing care
(5) As a nurse, I think that the presence of the family is important
(6) When I take care of a patient, I ask the family, from the first contact, to participate in the conversations about the patient
(7) The presence of the family makes me feel secure
(8) I don't have time to take care of the families
(9) Talking with the family during the first care makes me save time in future work
(10) The presence of the family makes my work easier
(11) Families should be invited to participate actively in the planification of the patient's care.
(12) I always check what type of family the patient has got
(13) The presence of the family is important for the family itself
(14) I invite the family to talk at the end of the care period
(15) I invite the family to participate actively in the patient's care
(16) I ask the families how I can help them
(17) I encourage the family to use their own means to face the situations by themselves
(18) I consider the families as collaborators. In my view, the family is a collaborator
(19) I invite the family to talk about the changes in the patient's state.
(20) To get involved with the families makes me feel useful
(21) The families give valuable information that I can use in my work
(22) It is important to spend time with the families
(23) The presence of the family makes me feel watched.
(24) I invite the family to talk during the planification of care
(25) I see myself as a resort for the families so that they can face the situation as best as possible.
(26) The presence of the family makes me feel under stress

ANNEX XVI. VERSIÓ DEFINITIVA DE L'AE-IFCE

La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)

Families' Importance in Nursing Care - Nurses' Attitudes (FINC-NA)

Versión original: Benzein, E; Johansson, P; Saveman, BI (2006)

Versión castellana: Berenguer, M; Lleixà, MM; Salvadó, MT; Ferré, C (2013)

El cuestionario consiste en varias afirmaciones generales sobre la importancia de la familia en los cuidados de enfermería.

Las afirmaciones son similares pero no idénticas y no están agrupadas de ninguna forma. Por favor, responda a estas afirmaciones de forma rápida, la primera impresión.

El concepto de familia abarca a los miembros de una familia, los amigos, vecinos u otras personas significativas para el paciente.

Le invitamos a escribir sus comentarios en el espacio disponible al final del cuestionario.

1. **Edad** (años): _____
2. **Sexo:** Hombre Mujer
3. **Año finalización estudios de enfermería:** _____
4. **Estudios posteriores:**
 Máster universitario Doctorado Postgrados/másters Especialidad
 Otros _____
5. **¿Cuántos años hace que trabaja de enfermero/a:** _____
6. **¿Tiene formación específica en enfermería familiar (curso, máster, ...)?** Sí No
7. **¿En qué ámbito ha trabajado más tiempo?**
 Atención Hospitalaria general Atención Sociosanitaria
 Salud Mental Atención Primaria
 Otros _____
8. **Ha trabajado alguna vez en alguno de estos servicios?**
Cuidados paliativos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
Cuidados intensivos: Sí No **Tiempo trabajado:** _____
9. **Centro que trabaja actualmente:** _____
10. **Servicio donde trabaja actualmente:** _____
11. **Situación laboral:** Fijo Interino Eventual
12. **Turno que realiza:**
 Mañanas fijas Tardes fijas Noches fijas Rodado Corretornos
13. **¿Cree que en su lugar de trabajo se proporciona un cuidado a las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
14. **¿Cree que La Institución/Organización donde trabaja fomenta cuidado de las familias?**
 Sí No No sabe/no contesta
15. **¿Ha tenido alguna experiencia personal de un familiar próximo que haya necesitado atención hospitalaria?** Sí No No sabe/no contesta



Ponga una cruz en el recuadro que describa mejor sus pensamientos en cada una de las afirmaciones.

1: Totalmente en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: De acuerdo, 4: Totalmente de acuerdo.

(1) Es importante averiguar quiénes son los familiares del paciente.	1	2	3	4
(2) La presencia de la familia retrasa mi trabajo.	1	2	3	4
(3) Una buena relación con la familia me produce satisfacción profesional.	1	2	3	4
(4) Se debería invitar a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(5) Como enfermera, considero que la presencia de la familia es importante .	1	2	3	4
(6) Cuando me hago cargo de un paciente, le pido a la familia, desde el primer momento , que participe en las conversaciones.	1	2	3	4
(7) La presencia de la familia me da seguridad .	1	2	3	4
(8) No tengo tiempo para cuidar a las familias.	1	2	3	4
(9) Hablar con la familia durante los primeros cuidados me ahorra tiempo posteriormente en el trabajo.	1	2	3	4
(10) La presencia de la familia simplifica mi trabajo.	1	2	3	4
(11) Se debería invitar a la familia a participar activamente en la planificación de los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(12) Siempre averiguo quiénes son los familiares del paciente.	1	2	3	4
(13) La presencia de la familia es importante para la propia familia .	1	2	3	4
(14) Invito a la familia a hablar al finalizar los cuidados.	1	2	3	4
(15) Invito a la familia a participar activamente en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
(16) Pregunto a las familias cómo les puedo dar mi apoyo.	1	2	3	4
(17) Animo a las familias a utilizar sus propios recursos para que se sientan capacitados para afrontar las situaciones.	1	2	3	4
(18) Para mí la familia es un colaborador .	1	2	3	4
(19) Invito a las familias a hablar sobre los cambios en el estado del paciente.	1	2	3	4
(20) Implicarme con las familias me hace sentir útil .	1	2	3	4
(21) Las familias me aportan valiosos conocimientos que puedo usar en mi trabajo.	1	2	3	4
(22) Es importante dedicarle tiempo a las familias.	1	2	3	4
(23) La presencia de la familia me hace sentir controlada/vigilada.	1	2	3	4
(24) Invito a la familia a hablar durante la planificación de los cuidados.	1	2	3	4
(25) Me veo como un recurso para las familias para que puedan afrontar lo mejor posible su situación.	1	2	3	4
(26) La presencia de la familia me produce estrés .	1	2	3	4



