

Analisi di affidabilità ed esplorazione fattoriale del questionario CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ)

Reliability analysis and structure factorial exploration of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ)

Francesco Burrai, PhD.Dott. Magistrale, Professore a contratto di Teoria del Nursing e di Infermieristica Olistica. Università degli Studi di Bologna. Sede formativa Bo1- CRI.

Giancarlo Cicolini, Dott. Magistrale, Professore a contratto di Metodologia della Ricerca Infermieristica. Università degli Studi di Chieti. AUSL di Chieti.

Stefano Sebastiani, Dott. Magistrale, Ufficio di Staff Ricerca - Innovazione - Governo Clinico e Valutazione della Performance Settore Formazione e Aggiornamento Professionale. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola Malpighi

Silvia Lupi, Dott.ssa, Infermiere Libero Professionista.

Riassunto

Introduzione: la società moderna ha un trend sempre più marcato nell'utilizzo delle terapie complementari, influenzando inevitabilmente i modelli sanitari. Dunque è strategico conoscere quali siano le opinioni degli infermieri sulle CAM.

Materiali e metodi: è stato utilizzato un campione di convenienza di 415 infermieri. Il questionario utilizzato è stato il CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ), strumento per la misurazione delle opinioni degli infermieri sulle terapie complementari, con l'obiettivo di effettuare l'analisi di affidabilità e l'esplorazione della struttura fattoriale.

Risultati: l' α di Cronbach del CHBQ era di .79. L'item 7 ha valori critici, con α se l'item è escluso di .82, coefficiente item - totale corretto di .124 e una proporzione di varianza in comune con gli altri items di .228. Il T^2 di Hotelling = 327,29 ($F = 35.66, P = .000$). Per la fattorializzabilità di R, il determinante di $R = .023$, KMO test con $p = .838$, e il test di Barlett un $\chi^2 = 1543,279$ ($p < 0.001$). Il miglior modello è quello delle componenti principali con rotazione Promax a due fattori che spiega il 58% della varianza. $\rho = .190$ ($p < .001$) la correlazione tra i due fattori.

Discussione: l'affidabilità del CHBQ è buona, ma criticità per l'item 7. Il modello a due fattori ha una buona consistenza interna, capacità di individuare due specifiche dimensioni, e di spiegare la varianza complessiva. Debole invece la correlazione tra i fattori.

Conclusioni: questo modello di CHBQ necessita di studi comparativi per i vari parametri statistici, con utilizzo di campioni di maggiori dimensioni e un campionamento effettuato su tutto il territorio nazionale per le diverse aree assistenziali infermieristiche.

Parole chiave: CAM, Analisi fattoriale, CHBQ, Infermieristica olistica.

Abstract

Introduction: modern society has an increasingly strong trend in the complementary therapies use, and inevitably affecting the health models, so is strategic to know what the nurses CAM views.

Methods: a convenience sample of 415 nurses was used in this survey. CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) was used, an instrument for measuring nurses CAM views, for reliability analysis and structure factorial exploration.

Results: cronbach's was $\alpha = .79$. The item 7 has critical values, Cronbach's alpha if item deleted was .82, corrected item-total correlation was .124, and squared multiple correlation was .228. Hotelling's t-squared test was 327,29 ($F = 35.66, P = .000$). Determinate $R = .023$, KMO measure of sampling adequacy $p = .838$, and Bartlett's test of sphericity with $\chi^2 = 1543,279$ ($p < 0.001$). The best model was principal component with Promax rotation at 2 factors, that explains the 58% about total variance. Correlations between factors by Spearman's ρ was $\rho = .190$ ($p < .001$).

Discussion: CHBQ reliability is good, but there are critical values for item 7. The two factors model has a good internal consistency, ability to identify two specific dimensions, and explains about total variance. Weak correlation between the factors. Other studies are needed to clarify the critical nature about item 7 and the correlations weakness between the two factors.

Conclusions: this CHBQ model need for comparative studies for various statistical parameters, by using larger samples and sampling conducted throughout the country in the several nursing areas.

Keywords: Complementary and Alternative Medicine, Holistic nursing, Factorial analysis.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 19/6/2010

ACCETTATO IL 19/7/2010

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:
FRANCESCO BURRAI,
e.mail francescoburrai@libero.it

Introduzione

La prima definizione di CAM, *Complementary and Alternative Medicine*, è stata introdotta nel 1997 alla conferenza dell'Office of Alternative Medicine (dal 1998 National

Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM), identificandole come quell'insieme esteso di modalità, pratiche, teorie e credenze considerate altre rispetto a quelle intrinseche al sistema sanitario dominante in un certo periodo storico di una società o cultura¹. Altra definizione è quella proposta dall'OMS di *Medicina*

Tradizionale, definita come quel insieme di saperi, abilità e pratiche indigene alle differenti culture, utili per il mantenimento, la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento di malattie fisiche o mentali². La migliore definizione è quella adottata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio d'Europa, di *Medicine non Convenzionali*, identificate come quel insieme di medicine che sono escluse al momento dai servizi sanitari, dunque il termine non convenzionale è inteso come non ortodosse rispetto alla biomedicina³. Molte medicine, o terapie non convenzionali presentando una struttura filosofica, teorica, etica, una comunicazione, un processo di assistenza che considera strategico la creazione di un ambiente terapeutico, valutando sia le variabili interculturali, lo sviluppo personale e del *self care* che vengono inglobate nell'assistenza infermieristica di tipo olistica⁴ e praticate in questo tipo di assistenza⁵. Nell'ultimo decennio, a livello mondiale, le terapie complementari hanno avuto un importante incremento sia a livello di popolarità⁶ del loro utilizzo e sia a livello di credibilità^{7,8}. Questo trend trova la sua genesi in diverse tipologie di motivazioni. In primis la società moderna richiede oggi di essere assistita con modalità olistiche⁹, in cui il fenomeno di insoddisfazione ed allontanamento dalla medicina convenzionale è legato alla possibilità di una partecipazione attiva e personalizzata al processo di assistenza^{10,11,12,13}. Questo nuovo movimento sociale produce inevitabilmente vari effetti sulle professioni sanitarie^{14,15,16}, con un incremento della produzione di articoli scientifici¹⁷ e con l'introduzione di insegnamenti universitari specifici^{18,19}. A livello infermieristico è presente la necessità di una preparazione nelle terapie complementari per garantire un'educazione sanitaria corretta della popolazione assistita^{20,21}; infatti, il ruolo infermieristico può essere centrale per una corretta informazione sull'efficacia e sulla sicurezza dell'uso delle terapie complementari²². Questo aspetto è legato alla formazione infermieristica, dove è presente un forte deficit didattico sulle terapie complementari, confermato da diversi studi che mostrano come gli

infermieri hanno in generale una scarsa conoscenza degli approcci specifici, modalità d'uso e possibili effetti collaterali delle terapie complementari^{23,24,25,26,27} spesso dovuta ad un'assenza o ad una formazione molto superficiale in tale campo²⁴, che si ripercuote sulla possibilità nel soddisfare professionalmente alle domande poste dai pazienti sulle terapie complementari²⁸. Un aspetto molto interessante è la presenza di forte propensione e interesse da parte degli infermieri nell'acquisire una preparazione di un certo livello nelle terapie complementari^{5,27,28,29}. Diverse terapie complementari sono state introdotte negli interventi infermieristici³⁰. Per esempio, lo studio di Tracy et al.³¹, evidenzia come più del 90% degli infermieri ritiene che interventi su dieta, esercizi mente corpo, rilassamento, massaggio, counselling e la preghiera sono interventi assistenziali infermieristici legittimi ed è presente anche un utilizzo personale di alcune terapie complementari da parte degli infermieri^{28,29,31,32,33}. Diversi studi evidenziano come gli infermieri hanno un'apertura culturale maggiore verso le terapie complementari rispetto ai medici^{32,33,34} e sono maggiormente favorevoli ad una introduzione delle terapie complementari nella pratica infermieristica³⁵, ritenendoli strumenti assistenziali che possono essere utilizzati in sinergia, in complementarietà all'assistenza convenzionale³⁶ e utili per incrementare la qualità di vita delle persone assistite³⁷. Negli ultimi anni, in diversi studi sono stati sviluppati strumenti di misurazione del livello di conoscenza, di percezione e di opinioni rispetto alle terapie complementari sia da parte degli infermieri^{5,24,26,34,35,38,39,40,41,42,43,44} che degli studenti di infermieristica^{45,46,47}. Attualmente ci sono solo due strumenti validati a livello internazionale per la misurazione della percezione che hanno i sanitari rispetto le CAMT: l'Integrative Medicine Attitude Questionnaire, IMAQ⁴⁸ e il CAM Health Belief Questionnaire, CHBQ⁴⁹. L' IMAQ è un questionario che è stato concepito per la misurazione della percezione, delle credenze e delle opinioni che hanno i medici rispetto alle pratiche CAM, mentre il CHBQ di Lie e Boker è

un questionario che può essere somministrato a tutte le professioni sanitarie. Sarà lo strumento utilizzato in questo studio.

Validazione linguistica del CHBQ

Prima di sottoporre un questionario di lingua diversa dall'italiano a un campione della popolazione oggetto di uno studio, è necessario sottoporre lo strumento scelto ad una validazione sia di tipo linguistica che semantica.

Per la validazione linguistica del questionario CHBQ, si è proceduto con una metodologia che aveva come obiettivo ottenere una buona equivalenza semantica e concettuale. La metodologia prevedeva diverse fasi, dove ogni fase ha il compito di migliorare la qualità della traduzione e di stabilire l'equivalenza concettuale tra la versione originaria dello strumento in Inglese e quella finale in Italiano, cercando così di garantire la fedeltà della traduzione. Nella prima fase, il questionario in inglese è stato sottoposto alla traduzione in italiano da due traduttori diversi. Nella seconda fase si è proceduto con un incontro di consenso e "riconciliazione" tra i due traduttori. La terza fase è stata caratterizzata da un incontro di revisione della versione "riconciliata" con un gruppo di esperti in CAM. In nessuna delle fasi si sono apportate modifiche al questionario originale, così da produrre nella quarta fase la traduzione finale validata.

Analisi di affidabilità ed esplorazione fattoriale del CHBQ

Nel processo di validazione del questionario CHBQ si è scelta la metodologia dell'analisi fattoriale, la quale ha lo scopo di riassumere e semplificare, attraverso l'individuazione di fattori, le relazioni di un insieme di variabili eventualmente presenti in un questionario. L'analisi fattoriale inizia valutando se il questionario può essere sottoposto ad analisi fattoriale (fattorializzabilità). Se il questionario supera il test di fattorializzabilità, la metodologia prevede la scelta del metodo di estrazione dei fat-

tori. In questo caso si è scelta l'analisi delle componenti principali (ACP), la quale permette al ricercatore di individuare dei possibili fattori latenti che spiegano delle similarità presenti in una serie di variabili. Da evidenziare che l'ACP è la metodologia più applicata nella ricerca infermieristica. Stabilito dunque la metodologia di estrazione dei fattori, si stabilisce ora il numero dei fattori da estrarre, ottenendo successivamente una soluzione fattoriale, la quale sarà poi sottoposta a processi definiti di rotazione, i quali hanno lo scopo di ottenere una soluzione fattoriale più semplice e maggiormente interpretabile nei suoi risultati. La soluzione fattoriale è il prodotto finale dell'analisi fattoriale, nella quale si leggono e si interpretano i risultati ottenuti dai singoli fattori individuati. In definitiva, la tabella prodotta dall'analisi fattoriale, mostra quali sono i fattori latenti individuati, e per ogni fattore quali sono gli items che lo caratterizzano, e il "peso", significato statistico di ogni item all'interno dei singoli fattori.

Materiali e metodi

Scopo

L'obiettivo di questo studio è quello di effettuare un'analisi di affidabilità e una successiva esplorazione della struttura fattoriale dello CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) attraverso diverse metodologie di analisi fattoriale.

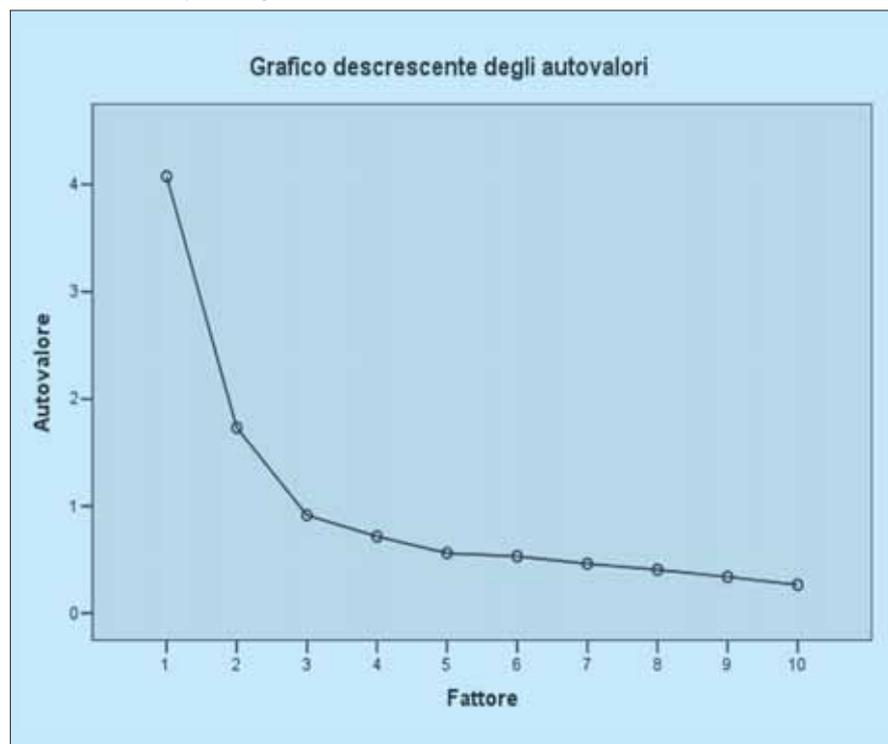
Campione

Per questo studio, è stato utilizzato un campione di convenienza di 415 infermieri che lavoravano in diversi ospedali del centro e del nord Italia. A tutti gli infermieri è stato chiesto di rispondere in maniera volontaria e anonima agli items del questionario. La distribuzione del questionario è stata autorizzata dai vari ospedali interessati dallo studio.

Questionario

Il questionario utilizzato è stato il CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ), il quale è stato disegnato, sviluppato e

Tabella 1. Scree plot degli autovalori



validato dalla CAM Education Task Force, del College of Medicine, dell'University of California. Il CHBQ è composto di 10 items, con scala Likert a 7 passi, da "assolutamente in disaccordo" a "assolutamente d'accordo".

Analisi statistica

Per l'analisi di affidabilità, sono stati usati l' α di Cronbach per la stima della consistenza interna, la statistica descrittiva per item, la statistica del totale degli item, il coefficiente della correlazione del totale item corretta, la stima dell'attendibilità con approccio dell'analisi della varianza ad una via (ANOVA), il coefficiente di correlazione interclasse e il T^2 di Hotelling.

Per analizzare, riassumere e semplificare le relazioni dell'insieme delle variabili del CHBQ, dunque individuando fattori che spiegano strutture o processi latenti ipoteticamente presenti nel SCS, è stata utilizzata l'analisi fattoriale. Prima di procedere correttamente all'analisi fattoriale, si sono eseguiti i test della fattorializzabilità della matrice

delle correlazioni R, attraverso il determinante di R, il test di sfericità di Barlett, e il test di Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO). Le metodologie statistiche per l'esplorazione della struttura fattoriale del questionario sono state:

1. Per l'estrazione dei fattori, si è effettuata l'analisi delle componenti principali, e quella della massima verosimiglianza.
2. Per migliorare l'interpretazione della soluzione fattoriale, si è usato il processo di rotazione ortogonale di tipo Varimax, e il processo di rotazione obliqua di tipo Oblimin diretto e quella di tipo Promax.
3. Valori di saturazione inferiori a 0.40 non venivano inclusi in un fattore, mentre autovalori inferiori a 1 non venivano considerati significativi. Il coefficiente di correlazione ρ di Spearman è stato usato per analizzare le correlazioni tra i fattori. L'elaborazione statistica è stata eseguita con il "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS).

Tabella 2. Soluzione a due fattori tramite l'analisi delle componenti principali con rotazioni ortogonali e oblique

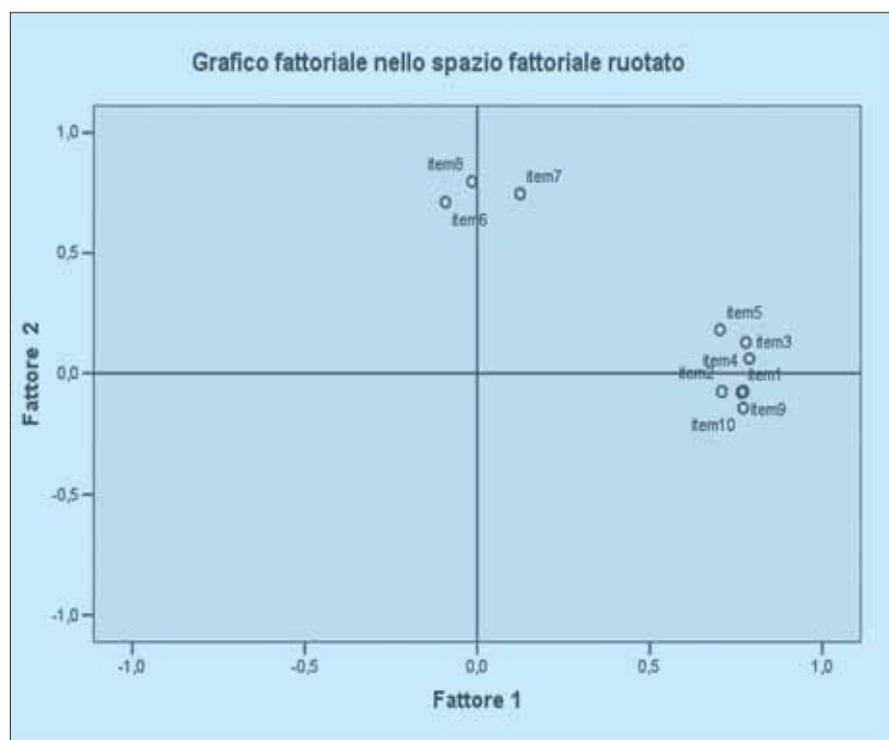
| Items | Fattore 1 | | | Fattore 2 | | |
|---|--------------|-----------------------|---------------|--------------|-----------------------|---------------|
| | C. P. Promax | C. P. Oblimin diretto | C. P. Varimax | C. P. Promax | C. P. Oblimin diretto | C. P. Varimax |
| 3. Il corpo ha una capacità fondamentalemente auto-rigenerante e l'azione del professionista sanitario è quello di favorire tale processo di salute | .79 | .79 | .78 | | | |
| 4. I sintomi del paziente dovrebbero essere considerati come una manifestazione di uno squilibrio o disfunzione generale che interessa tutto il sistema corpo | .78 | .77 | .77 | | | |
| 9. Le terapie complementari contengono idee e metodi dalle quali la medicina convenzionale potrebbe trarre benefici | .77 | .77 | .77 | | | |
| 10. La maggior parte delle terapie complementari stimolano le capacità terapeutiche naturali del corpo | .77 | .77 | .78 | | | |
| 1. La salute psicofisica è mantenuta da un'energia fondamentale o forza vitale | .76 | .76 | .77 | | | |
| 2. Lo stato di salute e quello di malattia rappresentano il riflesso dell'equilibrio fra forze vitali positive e forze distruttive negative | .71 | .71 | .71 | | | |
| 5. Le aspettative del paziente, le sue convinzioni e valori, dovrebbero essere integrati nel processo assistenziale | .70 | .70 | .69 | | | |
| 8. Gli effetti delle terapie complementari sono solitamente il risultato di un effetto placebo | | | | .80 | .79 | .80 |
| 7. I trattamenti non testati in maniera scientificamente valida dovrebbero essere scoraggiati | | | | .75 | .74 | .74 |
| 6. Le terapie complementari sono una minaccia per la salute pubblica | | | | .71 | .71 | .71 |
| Livello di saturazione = .40 | | | | | | |

Risultati

Analisi di fattibilità

La consistenza interna del CHBO mostra un valore dell' α di Cronbach di .793. La statistica descrittiva per item, ha evidenziato deviazioni standard che indicano una bassa dispersione dei punteggi e medie che cadono tutte nello stesso range. Nella statistica del totale degli item, tutti gli items non determinano un aumento dell'alfa se eliminato, tranne per l'item 7 "I trattamenti non testati in maniera scientificamente valida dovrebbero essere scoraggiati" che presenta un valore di .82, un coefficiente item - totale corretto di .124 e una proporzione di varianza in comune con gli altri items (correlazione al quadrato multipla) di .228. La stima dell'attendibilità indica un valore pari a 0.79 ($\chi^2 = 44,69$, $P = .000$). I risultati dell'analisi del coefficiente di correlazione inter-classe, indicano per la stima puntuale relativa al singolo item, comparabile

Tabella 3. Grafico fattoriale nello spazio fattoriale ruotato



con la correlazione media tra gli item, un valore di .276 ($F = 4,82, P = .000$) con limiti dell'intervallo di confidenza al 95% di .242 - .315, mentre la stima relativa alla media della scala, comparabile alla stima di attendibilità della scala, mostra un valore pari a .793, ($F = 4,82, P = .000$) con limiti dell'intervallo di confidenza al 95% di .761 - .821. Il T^2 di Hotelling ha mostrato un valore di 327,29 ($F = 35.66, P = .000$).

Esplorazione fattoriale

Nell'analisi della fattoriabilità della matrice di correlazione R, il determinante di R ha mostrato un valore di $R = .023$. Il KMO test ha mostrato un valore di $p = .838$, e il test di Barlett un $\chi^2 = 1543,279$ ($p < 0.001$).

I risultati ottenuti dall'analisi delle componenti principali e della massima verosimiglianza, hanno evidenziato tutti la chiara presenza di due fattori principali: un primo fattore saturato da 7 items (items 3,4,9,10,1,5,) con un autovalore di 4,07, ed un secondo fattore saturato da 3 items (items 8,7,6) e un autovalore di 1,731. Lo scree plot degli autovalori riportato nella successiva tabella 1, mostra un primo fattore preponderante, un secondo fattore importante, mentre dal terzo fattore inizia un netto appiattimento della curva.

L'analisi delle componenti principali indica una percentuale del 58 % che spiega la varianza complessiva, con un primo fattore che spiega il 41 % della varianza, mentre il secondo fattore spiega l'17 % della varianza. Il metodo di estrazione della massima verosimiglianza con rotazioni ortogonali e oblique, hanno mostrato un valore del 47 % che spiega la varianza complessiva, con un primo fattore che spiega il 41 % della varianza, mentre il secondo fattore spiega l'17 % della varianza. Le soluzioni ottenute con l'analisi delle componenti principali con rotazioni di tipo ortogonale e obliqua, spiegano una maggiore percentuale della varianza complessiva delle variabili rispetto alla metodologia della massima verosimiglianza. I relativi risultati della solu-

zione a due fattori tramite l'analisi delle componenti principali con rotazioni ortogonali e oblique è mostrata in tabella 2.

Il modello ottenuto dall'analisi delle componenti principali con rotazione di tipo obliqua Promax, presenta valori maggiori nelle saturazioni principali, mentre le saturazioni secondarie sono più prossime allo 0, rispetto agli altri due modelli con rotazione Oblimin diretto e Varimax. Nella successiva tabella 3 che presenta il grafico fattoriale nello spazio fattoriale ruotato, si evidenzia chiaramente la struttura semplice ottenuta con la soluzione obliqua Promax.

La coerenza interna del primo fattore presentava un $\alpha = .87$, mentre per il secondo fattore $\alpha = .63$. Il coefficiente di correlazione α tra i fattori era pari a .190 ($p < .001$).

Discussione

Nell'analisi di affidabilità, la consistenza interna del CHBQ mostra un valore *buono* dell' α di Cronbach. Le medie cadono tutte in un range con bassa dispersione dei punteggi, dunque nessuno degli item è risultato troppo desiderabile (medie elevate) o troppo poco desiderabile (medie basse). Per tutti gli items, il coefficiente della correlazione item - totale corretto, sia per i coefficienti di correlazione, che per la correlazione al quadrato multipla indica buone correlazioni. L'item 7 "*I trattamenti non testati in maniera scientificamente valida dovrebbero essere scoraggiati*", risulta l'unico ha determinare un aumento dell'alfa se eliminato, con un coefficiente item - totale corretto più basso e la più bassa proporzione di varianza in comune con gli altri items (correlazione al quadrato multipla). Questi dati indicano che l'item 7 dovrebbe essere sottoposto ad ulteriore verifica in altri studi. La stima dell'attendibilità indica un valore identico al coefficiente alfa di Cronbach, valore dunque che attesta per una buona coerenza interna degli item. I risultati dell'analisi del coefficiente di correlazione

interclasse, indicano per entrambi i coefficienti valori che risultano significativamente diversi da 0 e con limiti dell'intervallo di confidenza che evidenziano un'elevata correlazione tra gli item e un elevato livello di attendibilità della scala. Il T^2 di Hotelling è risultato significativo, dunque gli item non possono essere considerati forme parallele. Nell'esplorazione fattoriale, la matrice di correlazione R è risultata fattorializzabile. Infatti il determinante di R, ha escluso la presenza di variabili linearmente dipendenti, il KMO test ha mostrato un valore *buono*, dunque il campione è adeguato. Infine il test di Barlett indica la matrice R come significativamente diversa da una matrice identità I. I risultati ottenuti attraverso l'analisi delle componenti principali e della massima verosimiglianza, confermano il modello a due fattori: un primo fattore dominante, riflette una dimensione olistica delle terapie complementari e un secondo fattore riflette gli aspetti critici delle terapie complementari. In questo studio, il modello ottenuto dall'analisi delle componenti principali è migliore rispetto al modello ottenuto con il metodo della massima verosimiglianza, soprattutto per la sua capacità di spiegare maggiormente la percentuale della varianza complessiva dei due fattori. La soluzione ottenuta attraverso l'analisi delle componenti principali con rotazione di tipo obliqua Promax, in base al criterio della maggiore semplicità nell'interpretazione della soluzione fattoriale, è migliore rispetto alle rotazioni Varimax e Oblimin diretto perché presenta saturazioni che si collocano maggiormente più lontano dal valore 0.40 e presentano una maggiore differenza tra le saturazioni principali e quelle secondarie nei due fattori. Il primo fattore ha mostrato un valore *molto buono* della coerenza interna e un valore *sufficiente* per il fattore 2, infine l' α complessivo attesta un'elevata coerenza interna del CHBQ ed è superiore al valore presentato nello studio fondamentale di Lie e Boker ($\alpha = .75$). Le correlazioni tra i fattori sono significative ma non elevate.

Conclusioni

L'analisi dei dati di affidabilità è buona per tutti gli item, tranne per l'item 7, dove si pone una criticità statistica. Questa criticità deve essere risolta attraverso ulteriori studi che, se confermati i risultati presentati su questo studio, possono implicare anche l'eliminazione di tale item dal questionario CHBQ.

Il modello del CHBQ a due fattori presentato in questo studio, ha evidenziato una buona capacità di individuare due specifiche dimensioni, di spiegare la varianza complessiva delle variabili e consistenza interna, mentre è debole a livello delle correlazioni tra i due fattori anche se è significativa. Questo primo studio fattoriale necessita di ulteriori studi con utilizzo di campioni di maggiori dimensioni, un campionamento effettuato su tutto il territorio nazionale per le diverse aree assistenziali infermieristiche.

Bibliografia

- O'CONNOR B. *Defining and describing complementary and alternative medicine*. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 1997;2:49-57.
- WHO. *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. World Health Organization 2000, Geneva.
- FNOMCeO. *Linee guida della FNOMCeO su medicina e pratiche non convenzionali*. Delibera del 18 Maggio 2002, Terni.
- MARIANO C. *Holistic nursing as a specialty: holistic nursing - scope and standards of practice*. *Nurs Clin North Am* 2007;42(2):165-88.
- DEKEYSER FG, COHEN BB, WAGNER N. *Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine*. *Journal of Advanced Nursing* 2001;36:41-8.
- CASSILETH BR, DENG G. *Complementary and alternative therapies for cancer*. *Oncologist* 2004;9 (1): 80-89.
- ASTIN JA. *Why patients use alternative medicine: results of a national study*. *JAMA* 1998;279:1548-53.
- YOUNG RJ, WORKSWICK D, STOFFELL B. *Complementary medicine in intensive care: ethical and legal perspectives*. *Anaesthesia and Intensive Care* 2001;29:227-38.
- EISENBERG DM, DAVIS RB, ETTNER SL, et al. *Trends in alternative medicine in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey*. *JAMA* 1998;280:1569-1575.
- ASTIN JA. *Why patients use alternative medicine: results of a national study*. *JAMA* 1998; 279: 1548-1553
- BOON H, STEWART M, KENNARD MA, et al. *Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions*. *Journal of Clinical Oncology* 2000;18: 2515-2521.
- ERNST E, WHITE A. *The BBC survey of complementary medicine use in the UK*. *Complementary Therapies in Medicine* 2000; 8:32-38.
- FURNHAM A, BHAGRATH R. *A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine*. *British Journal of Clinical Psychology* 1993;32:237-247.
- KESSLER RC, DAVIS RB, FOSTER DF, et al. *Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States*. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135:262-268.
- MATTHEES BJ, ANANTACHOTI P, KREITZER MJ. *Use of complementary therapies, adherence and quality of life in lung transplant recipients*. *Heart & Lung* 2001; 258-268.
- MCCLOSKEY JC, BULECHEK, GM. *Iowa Intervention Project: Nursing Interventions Classification (NIC)* (3rd ed.). 2000, Mosby, St. Louis.
- RASCHETTI R, MENNITI-IPPOLITO F, FORCELLA E, BIANCHI C. *Complementary and alternative medicine in the scientific literature*. *J Altern Complement Med* 2005;11(1):209-12.
- REED FC, PETTIGREW AM, KING MO. *Alternative and complementary therapies in nursing curricula*. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000;39: 133-139.
- RICHARDSON J. *Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach*. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:793-8.
- MOYLAN LB. *Alternative treatment modalities: The need for a rational response by the nursing profession*. *Nursing Outlook* 2000; 48: 259-261.
- SNYDER M. *An overview of complementary/alternative therapies*. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* 2001 (4th ed., pp.3-15). New York: Springer.
- LINDQUIST R, TRACY MF, SAVIK K, WATANUKI, S. *Regional use of complementary and alternative therapies by critical care nurses*. *Critical Care Nurse* 2005; 25 (2): 63-75.
- BOTTING DA, COOK R. *Complementary medicine: knowledge, use and attitudes of doctors*. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 2000; 6 (1): 41-47.
- BROLISON PG, PRICE JH, DITMYER M, REIS D. *Nurses' perceptions of complementary and alternative medical therapies*. *Journal of Community Health* 2001; 26 (3): 175-189.
- FRENKEL MA, BORKAN JM. *An approach for integrating complementary-alternative medicine into primary care*. *Family Practitioner* 2003; (3): 324-332.
- HAYES KM, ALEXANDER IM. *Alternative therapies and nurse practitioners: Knowledge, professional experience, and personal use*. *Holistic Nursing Practice* 2000; 14 (3): 49-58.
- HESSING RE, ARCAND LL, FROST MH. *The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies*. *Oncology Nurses Forum* 2004;31 (1): 71-78.
- FEARON J. *Complementary therapies: knowledge and attitudes of health professionals*. *Paediatr Nurs* 2003 ; 15 : 31-35
- LOVELAND, COOK. *Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice*. *J Adv Nurs* 2002;39:9-11.
- SNYDER M. *An overview of complementary/alternative therapies*. In: Snyder M, Lindquist R, eds. *Complementary/Alternative Therapies in Nursing*. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Co; 2002:3-15.
- TRACY MF, LINDQUIST R, WATANUKI S, et al. *Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care*. *Heart Lung* 2003; 32:197-209.
- KING MO, PETTIGREW AC, REED FC. *Complementary, alternative, integrative: have nurses kept pace with their clients?* *Dermatology Nursing* 2000; 12 (1):47-50.
- MCDOWELL JE, BURMAN ME. *Complementary and alternative medicine: a qualitative study of beliefs of a small sample of Rocky Mountain area nurses*. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 2004;13 (6):383-390.
- RISEBERG T, KOLSTAD A, BRENNES Y, HOLTE H, et al. *Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology professionals in Norway*. *European Journal of Cancer* 2004;40 (4): 529-535.
- WALLIS M, PEERSON A, YOUNG J, et al. *Nurses' utilisation of complementary therapies: a pilot study exploring scope of practice*. *Collegian* 2004;11 (4): 19-25.
- KILBEY J. *The use of complementary therapy in nursing practice*. *Nurs Times* 2005;101(18):26-7.
- FOWLER S, NEWTON L. *Complementary and alternative therapies: the nurse's role*. *J Neurosci Nurs* 2006;38(4):261-4.
- CHUA FJ, WALLIS M. *Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: A cross-sectional survey*. *Int J Nurs Stud* 2007;44(8):1371-8.
- KING MO, PETTIGREW AC, REED FC. *Complementary, alternative, integrative: have nurses kept pace with their clients?* *Med surgery Nursing* 1999;8:249-56.

40. SAWALHA AF. *Complementary and alternative medicine (CAM) in Palestine: use and safety implications.* J Altern Complement Med 2007;13(2):263-9.
41. TRACY MF, LINDQUIST R, SAVIK K, et al. *Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses.* Am J Crit Care. 2005 ;14(5):404-14.
42. FITCH MI, GRAY RE, GREENBERG M, et al. *Nurses' perspectives on unconventional therapies.* Cancer Nurs 1999;22:238-45.
43. TRACY MF, WATANUKI S, SENDELBACH S, et al. *Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care.* Heart & Lung 2003; 32 (3):197-209.
44. ERCI B. *Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey.* Journal of clinic nursing Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 761-768.
45. KIM SS, ERLÉN JA, KIM KB, et al. *Nursing students' and faculty members' knowledge of, experience with, and attitudes toward complementary and alternative therapies.* J Nurs Educ 2006;45(9):375-8.
46. LAURENSEN M, MACDONALD J, MCCREADY T, STIMPSON A. *Student nurses' knowledge and attitudes toward CAM therapies* Br J Nurs. 2006 Jun 8-21;15(11):612-5.
47. UZUN O, TAN M. *Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies* Complement Ther Nurs Midwifery. 2004 Nov;10(4):239-44
48. SCHNEIDER CD, MEEK PM, BELL IR. *Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire.* BMC Med Educ. 2003 Aug 28;3:5.
49. LIE D, BOKER J. *Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students.* BMC Med Educ. 2004 Jan 12;4:2.

Ringraziamenti

Ringraziamo la Dott.ssa Elisabetta Simonetti, Direttore Infermieristico Ospedali Riuniti di Ancona, e la Dott.ssa Elisabetta Palma, docente di Infermieristica per la loro collaborazione.

4th EfCCNa Congress & FSAIO Spring Congress



CRITICAL CARE NURSING IN EUROPE: WORKING TOGETHER ACHIEVING MORE

European Critical Care Nursing: Working together for a better tomorrow INVITATION

Dear colleagues and friends,

It is a great honour for the European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the Danish Society of Anaesthesia and Critical Care Nurses (FSAIO) to announce that Her Royal Highness Crown Princess Mary is the patroness of the 4th EfCCNa Congress and the FSAIO Spring Congress, Copenhagen, Denmark from 24-26 March 2011.

We have great pleasure of inviting you to this unique congress of two critical care nursing organizations indicating the strength of collaboration and motivation of critical care nurses which is inspired by the EfCCNa motto: Working Together – Achieving More.

Besides a promising and stimulating scientific programme, Copenhagen is a pulsating metropolitan with a historical oasis full of contrasts and surprises.

We are looking forward to welcoming you in Copenhagen,

Jos Latour & Birte Baktoft

Download first announcement: [First announcement & call for abstracts](#)

For more information, please pre-register to receive all newsletters.

International Organising Committee

Jos Latour, The Netherlands (Co-Chair)
Birte Baktoft, Denmark (Co-Chair)
Eva Barkestad, Sweden
Gordana Dragosev, Serbia
Elio Drigo, Italy
Maria Carrion Torre, Spain
Lisbeth Grenager, Sweden
Anne Kokko, Finland
Lothar Ullrich, Germany
Mette Ring, Denmark

International Scientific Committee

John W. Albarran, UK (Co-Chair)
Ingrid Egerod, Denmark (Co-Chair)
Tom Andrews, Ireland
Carmen Asian, Spain
Aysel Badir, Turkey
Maureen Coombs, UK
Leanne Langhorn, Denmark
Elizabeth Papatianassoglou, Greece
Karen Samuelsen, Sweden
Sissel Lisa Storli, Norway

Conference Secretariat

PCO
Van Hauen Conferences & Incentives
Amaliegade 36
DK-1256 Copenhagen K
Denmark

E-Mail: vanhauen@vanhauen.dk

