

GUEST EDITORIAL

Gerontological Nursing Research: Lessons in Clinical and Service Relevance

Dorothy M. Pringle

Twenty-five years ago it was possible to count on one hand the number of nurse researchers in Canada investigating questions related to the health of older people, their care, or the well-being of their family caregivers. This field was not viewed as exciting or intellectually stimulating. How things have changed. Today, research on the elderly is one of the most dynamic research areas in nursing and, for that matter, in any health-science discipline. The clinical challenges that confront practising nurses in the field of elder care make wonderful research challenges as well.

These dual challenges are well represented in this issue of the journal. This issue also offers samples from the great range of research topics currently being explored by nurse researchers: clinical problems, behavioural problems, caregiver needs and services, and quality of life.

When I was examining the manuscripts to be published in this issue, four lessons struck me as particularly relevant.

The first lesson is the role of clinical judgement in the application of research findings. In this era of evidence-based practice — or at least exhortations to use evidence in practice — the role of clinical judgement in determining what evidence to use, and when and how to use it, has received little emphasis, in fact too little emphasis. At times, it seems, we think that having evidence is sufficient, that the application to practice is self-evident. Not so. Two articles make this point particularly well. Goodridge and colleagues report on a study evaluating the risk of pressure-ulcer development in older adults. The assessment used the Braden Scale, the gold standard for risk assessment, but these authors found that the Braden Scale identifies only the sub-population of patients at risk, not which patients will actually develop ulcers. The experienced clinical nurse must take the score on the Braden Scale and put it in the context of the individual patient, consider all the factors

that are likely to influence the risk, and decide which preventive actions must be taken. The article by Dorothy A. Forbes also demonstrates this point. Research is demonstrating that a range of interventions have the potential to reduce behavioural difficulties, but, in practice, it is the nurse who must use clinical judgement in deciding which intervention is likely to be effective for a particular patient.

The second lesson in this issue is the imperative for nurses to be experts in working with the cognitively impaired elderly. Forbes outlines the epidemiology of dementia and discusses Alzheimer's disease as one cause of this condition. Because we are aging as a society, the number of people who develop dementia will increase dramatically over the next decade. Not only will these people require assistance from family members in the early and middle stages of their illness, and from nurses in facilities for long-term care in the later stages, but nurses who work in acute-care hospitals, emergency rooms, and primary-care and ambulatory clinics will have to be experts in working with patients who are cognitively impaired and have a range of behavioural disturbances. People with cognitive impairment will require all types of health services during the long course of this terrible disease, and the nurses who care for them will have to be informed about the research findings that could affect their care. Pamela Dawson's Discourse contribution in this issue is reassuring: It demonstrates that clinical research programs are concentrating on ways of working with cognitively impaired people to support their level of functioning and reduce the stress they experience when they are unable to understand what is happening to them.

The third lesson involves knowing what services are needed by individuals with dementia and their family caregivers. The article by Pamela Hawranik is very instructive in this regard. She found that the cognitive status of recipients of home-care services was not predictive of their use of most services — homemaking, home-delivered meals, and, importantly, inhome nursing — but was predictive of their use of personal care. This is distressing news from two perspectives. Nurses have an enormous contribution to make to the care of cognitively impaired persons, through education of family members who provide ongoing care and through direct support to family caregivers. It is not an overstatement to say that home-care programs across Canada are not providing the assistance that family caregivers require and deserve.

Research in which I was involved almost a decade ago (Mohide et al., 1990) demonstrated the tremendous value that family caregivers attach to support by visiting nurses. Specially prepared nurses worked directly with caregivers and took direction from them as to what they

found helpful; in most home-care programs, in contrast, the primary role of nurses or other caregivers was simply to provide a service to the cognitively impaired individual, support to the caregiver being of secondary concern. The results of that 1990 study support what Hawranik points out in her article: When formal services are available, family caregivers do not abuse them by making excessive demands or withdrawing their assistance. Nurses should take a leadership role, by offering services that help family caregivers and by informing caregivers about available services and encouraging caregivers to use them.

An example of this type of service is described by Stewart and colleagues. Although their study focused on a service for caregivers of persons who had experienced stroke rather than cognitively impaired persons, it demonstrates the value of individual peer support for family caregivers. This innovative approach offers an alternative to the more widely researched peer-support group. This article provides other important lessons. It is difficult to conduct research demonstrating the value of a new service. Despite a huge recruitment effort, Stewart and colleagues could not find the numbers of caregivers at an early stage in their careers sufficient to meet many of the research objectives. This despite the fact that stroke accounts for an unbelievable 40% of inpatient hospital days. Why didn't the nurses of these patients inform their caregivers about the opportunity to participate in this research? We need many more studies of the effectiveness of new services for family caregivers. And we must find ways to get practising nurses to take a real interest in these studies by recruiting subjects for them, to ensure that the research is conducted with adequate sample sizes.

The fourth and last lesson I found in these articles relates to quality of life. The measurement of quality of life has already received some attention in this journal (Harrison, Juniper, & Mitchell-DiCenso, 1996). However, it is impossible to publish an issue devoted to gerontological nursing research without addressing quality of life, because quality of life has become the driving force behind the care of older people. As discussed by Dawson in the Discourse article, Mitchell and colleagues conducted a series of studies on the meaning of quality of life for persons living in facilities for long-term care. This is powerful research. It tells us what matters to people in circumstances very different from our own, and it provides direction for nurses in their day-to-day practice. In contrast, J. Ivan Williams contributes to the debate on *how to measure* quality of life. For all its limitations and challenges, measurement of quality of life is critical, particularly in evaluating the effectiveness of services and programs designed to improve the quality of life of elderly persons. A research challenge for years to come will be to deter-

mine when (time) and where (space) and how to capture change (motion) in the attributes of quality of life that qualitative research is uncovering.

Research in gerontological nursing is alive and well in Canada and internationally. The research is clinically relevant, and it addresses issues that are significant for nurses and the people in their care. The groundwork we are laying now will help us respond to demands that are bound to escalate dramatically over the next decade, as more Canadians reach a stage in their lives when they will need to rely on nurses to help them live meaningful and happy lives.

References

- Harrison, M.B., Juniper, E.F., & Mitchell-DiCenso, A. (1996). Quality of life as an outcome measure in nursing research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28, 49-68.
- Mohide, E.A., Pringle, D.M., Streiner, D.L., Gilbert, J.R., Muir, G., & Tew, M. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 446-454.

Dorothy M. Pringle, B.Sc.N, M.S., Ph.D., is Dean, Faculty of Nursing, University of Toronto, Ontario, and teaches courses on long-term care in the undergraduate and graduate programs. She has led, for 10 years, a caregiver support group that is sponsored by the Alzheimer Society.

COLLABORATION SPÉCIALE

Recherche en soins infirmiers gérontologiques : préceptes acquis sur la pertinence des interventions cliniques et des services

Dorothy M. Pringle

Il y a vingt-cinq ans, nous pouvions compter sur les doigts d'une main le nombre d'infirmières et infirmiers chercheurs qui, au Canada, menaient des recherches sur les questions liées à la santé de personnes âgées, aux soins prodigués ou au bien-être des soignantes naturelles. Ce domaine n'était pas considéré comme palpitant ni stimulant sur le plan intellectuel. La situation a bien changé. Aujourd'hui, la recherche menée sur les personnes âgées constitue l'un des champs d'études les plus dynamiques de la profession, voir même des sciences de la santé. Les défis cliniques qui s'offrent au personnel infirmier praticien du domaine des soins aux aînés constituent également d'excellents défis de recherche.

Ce numéro de la revue illustre bien le double défi qui s'offre. On y présente également un grand éventail de sujets de recherche qui sont présentement explorés par les infirmières et infirmiers chercheurs : les problèmes cliniques, les problèmes de comportements, les besoins des soignantes naturelles et les services, ainsi que la qualité de vie.

En révisant les manuscrits qui devaient être publiés dans ce numéro, j'ai relevé quatre nouveaux préceptes qui me semblaient particulièrement pertinents.

Le premier de ces préceptes est la place du jugement clinique dans l'application des résultats de recherche. Dans un domaine qui s'appuie sur des preuves, lesquelles déterminent la pratique — du moins en principe — le rôle du jugement critique dans le choix des résultats qui seront utilisés, ainsi que le choix du moment et de la méthode d'utilisation sont des facteurs qui n'ont pas été assez relevés. Il semble qu'à certain moment, nous croyons que le fait de posséder des preuves est suffisant et que l'application va de soi. Tel n'est pas le cas. Deux articles

illustrent très bien ce point. Goodridge et ses collègues présentent une étude portant sur l'évaluation du risque d'ulcères de pression chez les adultes vieillissants. L'évaluation a été faite selon l'échelle de Braden, la norme par excellence pour évaluer les risques. Toutefois, les auteurs ont constaté que cette échelle n'identifie que la sous-population de patients à risque, et non les patients qui en sont vraiment atteints. L'infirmière et infirmier cliniques compétents doivent prendre la cote obtenue sur l'échelle Braden et la mettre en contexte en tenant compte du patient et de tous les facteurs influant sur le risque, pour ensuite décider des actions préventives à entreprendre. L'article de Dorothy A. Forbes illustre également ce point. La recherche démontre que l'application d'un éventail d'interventions entraîne une réduction potentielle des problèmes de comportement. Toutefois, dans la pratique, l'infirmière et infirmier doivent procéder à un jugement clinique pour décider du choix d'intervention qui s'avérera efficace pour un patient en particulier.

Le deuxième précepte qui ressort dans ce numéro est l'importance du fait que les infirmières et infirmiers doivent être des experts pour oeuvrer auprès des aînés qui affichent des troubles cognitifs. Forbes présente l'épidémiologie de la démence et traite de la maladie d'Alzheimer, laquelle est présentée comme l'une des causes de cette condition. Parce que nous vivons dans une société vieillissante, le nombre de personnes qui seront atteintes de démence augmentera de façon importante au cours de la prochaine décennie. Les personnes requerront de l'aide de la part des membres de leur famille au cours des phases primaires et secondaires de leur maladie, et de la part d'infirmières et infirmiers pour les soins prolongés en phases ultérieures. De plus, le personnel infirmier qui travaille dans les hôpitaux de soins actifs, dans les salles d'urgence et dans les cliniques de soins primaires et ambulatoires devront posséder une expertise pour travailler auprès de patients atteints de troubles cognitifs et d'un éventail de problèmes de comportement. Les personnes atteintes sur le plan cognitif nécessiteront une gamme de services de santé au cours de cette longue et terrible maladie, et le personnel infirmier soignant devra être mis au courant des résultats de recherche qui peuvent influencer sur la pratique de son travail. La contribution de Pamela Dawson, dans la rubrique « Discours » de ce numéro, est rassurante. Celle-ci démontre que les programmes de recherche clinique visent à trouver des façons d'intervenir auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs pour renforcer leurs habiletés de fonctionnement et réduire le stress qu'elles peuvent éprouver lorsqu'elles sont dépassées par ce qui leur arrive.

Le troisième précepte est d'identifier, en matière de services, les besoins des individus souffrant de démence et ceux des soignantes naturelles. L'article de Pamela Hawranik est très révélateur à ce sujet. Selon ses conclusions, l'état cognitif de la clientèle bénéficiant de services de soins à domicile n'était pas un facteur à partir duquel on pouvait prédire l'utilisation de la plupart des services, soit les services d'entretien ménager, de repas et surtout de soins à domicile. Toutefois, ce facteur permettait de prédire leur utilisation des services de soins personnels. Ces résultats sont alarmants, sur deux plans. Le personnel infirmier doit jouer un rôle important dans les soins prodigués aux personnes atteintes de troubles cognitifs, notamment en effectuant un travail de conscientisation auprès des membres de la famille qui prodiguent des soins prolongés, ainsi qu'en fournissant un soutien direct aux soignantes naturelles. Il n'est nullement exagéré de dire qu'à travers le Canada, les programmes de soins à domicile ne satisfont pas les besoins des soignantes naturelles, qui méritent un appui.

Une recherche à laquelle j'ai participé il y a près d'une décennie (Mohide et al., 1990) démontrait la grande importance que revêtait la visite du personnel infirmier pour les soignantes naturelles. Des infirmières et infirmiers dotés d'une formation spéciale travaillaient directement avec les soignantes naturelles et ajustaient leurs interventions pour répondre aux besoins de celles-ci. Toutefois, dans la plupart des programmes de soins à domicile, le rôle principal du personnel infirmier ou d'autres intervenants était tout simplement d'administrer un service à la personne atteinte de troubles cognitifs. L'appui que nécessitait la soignante naturelle était secondaire. Les résultats de l'étude menée en 1990 soutiennent les arguments que présente Hawranik dans son article, à l'effet que les soignantes naturelles n'abusent pas des services officiels disponibles en effectuant des demandes excessives ou en retirant leur participation. Les infirmières et infirmiers doivent devenir des chefs de file en offrant des services qui apportent une aide aux soignantes naturelles, en plus de les informer sur les services disponibles et les encourager à les utiliser.

Un exemple de ces services est présenté par Stewart et ses collègues. Quoique leur étude se penchait spécifiquement sur les soignantes naturelles qui prodiguaient des soins à des personnes ayant vécu un accident cérébrovasculaire plutôt que des personnes atteintes de troubles cognitifs, celle-ci démontrait l'importance, pour les soignantes naturelles, du soutien individuel provenant des pairs. Cette approche innovatrice offre une alternative au groupe de soutien de pairs, lequel bénéficie d'une plus grande attention de la part des chercheurs et chercheuses. Il est plus difficile de mener des recherches

qui démontrent la valeur d'un nouveau service. Malgré d'importants efforts de recrutement, Stewart et ses collègues ne purent trouver, pour atteindre plusieurs de leurs objectifs, un nombre suffisant de soignantes qui étaient en début de « carrière », et cela malgré le fait que les victimes d'accidents cérébrovasculaires occupent 40 % du temps d'hospitalisation. Pourquoi les infirmières et infirmiers qui prenaient soin de ces patients n'ont-ils pas avisé les soignantes naturelles de la possibilité de participer à cette recherche? Nous avons besoin davantage de recherches sur l'efficacité des nouveaux services destinés aux soignantes naturelles. De plus, nous devons susciter un réel intérêt chez le personnel infirmier praticien quant à ces recherches en recrutant, pour lui, des sujets, ce qui assurerait un échantillonnage adéquat.

Le dernier précepte que j'ai relevé dans ces articles traite de la qualité de vie. La question de l'évaluation de la qualité de vie a déjà été abordée dans cette revue (Harrison, Juniper et Mitchell-DiCenso, 1996). Toutefois, nous ne pouvons consacrer un numéro à la recherche en soins infirmiers gériatologiques sans aborder la question de la qualité de vie, en raison du fait que ce facteur constitue maintenant le fondement même des soins aux personnes âgées. Dans la même veine que les propos présentés par Dawson à la rubrique « Discours », Mitchell et ses collègues ont mené une série d'études sur la définition du concept de qualité de vie auprès de personnes demeurant dans des institutions de soins prolongés. Cette recherche est riche en apprentissages. Elle nous révèle ce qui est important pour les personnes qui vivent dans un contexte très différent du nôtre et indique, au personnel infirmier, une voie dans sa pratique quotidienne. D'un tout autre point de vue, J. Ivan Williams contribue au débat sur la *manière de mesurer* la qualité de vie. Malgré toutes ses limites et ses défis, le mesurage d'une qualité de vie est vital, notamment pour évaluer l'efficacité des services et des programmes conçus pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. L'un des défis de recherche qui se présente dans les années à venir est de déterminer le « quand » (le temps) et le « où » (l'espace), ainsi que la façon de saisir les changements (le mouvement) dans les aspects qui caractérisent la qualité de vie, telle qu'identifiée par la recherche qualitative.

La recherche dans le domaine des soins infirmiers gériatologiques se porte très bien au Canada et à l'étranger. La recherche est pertinente sur le plan clinique, tout en abordant des questions qui sont d'importance pour le personnel infirmier, ainsi que pour les gens dont ils prennent soin. Le travail de fond que nous effectuons présentement nous permettra de répondre aux demandes qui ne peuvent que grandement s'accroître au cours de la prochaine décennie, puisque davantage de

Canadiennes et Canadiens atteindront une étape où ils devront s'appuyer sur les infirmières et infirmiers pour vivre une vie épanouissante et heureuse.

Références

- Harrison, M.B., Juniper, E.F. et Mitchell-DiCenso, A. (1996). Quality of life as an outcome measure in nursing research. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 28, 49-68.
- Mohide, E.A., Pringle, D.M., Streiner, D.L., Gilbert, J.R., Muir, G. et Tew, M. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 446-454.

Dorothy M. Pringle, B.Sc.I., M.S., Ph.D., est doyenne à la Faculté des Sciences infirmières, à l'Université de Toronto, en Ontario. Elle dispense des cours sur les soins prolongés, dans le cadre des programmes de 1^{er}, 2^e et 3^e cycles. Depuis 10 ans, elle anime un groupe de soutien pour les soignantes naturelles, qui est parrainé par la Société Alzheimer.