Perceptions relatives au caring chez les patients et les infirmières en oncologie

par Patricia Poirier et Ann Sossong

Abrégé

Le concept de caring est un élément fondamental de la pratique infirmière. L'intérêt croissant porté aux soins axés sur le patient souligne l'importance d'examiner les soins depuis la perspective du patient. Une étude transversale à la fois comparative et descriptive a été menée afin de déterminer s'il existait une différence sur le plan de leurs perceptions du caring entre les patients en oncologie, d'une part, et les infirmières en oncologie, d'autre part. L'instrument Caring Behaviors Inventory-Elders (CBI-E) [Inventaire de comportements de caring-Aînés] directement influencé par la théorie du caring de Watson a été administré aux patients et aux infirmières d'unités d'hospitalisation en médecine chirurgie. Cet article examine un sous-ensemble de 19 patients et de 15 infirmières liés à l'unité d'oncologie. Des différences significatives ont été relevées entre les perceptions des patients et celles des infirmières concernant le caring considéré dans son ensemble et plusieurs comportements particuliers. Si on veut dispenser des soins réellement axés sur le patient, on doit cerner des approches novatrices en vue d'aborder ces divergences.

Contexte

Le *caring* est un concept qui avait été adopté par Florence Nightingale au début des années 1800. Depuis, l'on reconnaît à l'échelle mondiale que le *caring* est un élément fondamental de la pratique infirmière. Cependant, il n'existe pas de définition universellement reconnue de ce qu'est le *caring* (Beck, 1999; Dyson, 1996). Pour reprendre la définition largement acceptée de la douleur émise par McCaffery (1972), le *caring* est la description qu'en fait la personne qui l'éprouve (p. 8) [traduction libre]. Les théories sur le *caring* dégagent habituellement deux catégories générales de comportements de *caring* : ceux qui reflètent les activités ou la compétence technique et ceux qui reflètent les attitudes et les comportements ou les aspects affectifs du *caring* (Wilkin & Slevin, 2004). Radwin, Farquhar, Knowles et Virchick (2005) ont analysé les données qualitatives associées à 461 patients et reflétant les descriptions des soins infirmiers générées par des patients

atteints de cancer. Plusieurs concepts se sont dégagés, notamment *caring* et « professionnel » (Radwin et al., p. 162). Le concept de *caring* a été défini comme étant la manifestation de compassion, de souci pour autrui et de gentillesse tandis que le concept « professionnel » était défini comme étant la manifestation des normes attendues en matière de connaissances, de compétences et de comportement.

La recherche a révélé des divergences entre les perceptions des patients et celles des infirmières sur ce que sont les comportements de *caring*. Baldursdottir et Jonsdottir (2002) ont découvert que les 182 patients de leur échantillon qui avaient reçu des soins du service des urgences jugeaient que la compétence clinique constituait le plus important des comportements de *caring* de l'infirmière. Holroyd, Cheung, Cheung, Luk et Wong (1998) ont obtenu des résultats similaires auprès d'un échantillon de 29 patients chinois fréquentant des contextes de soins de courte durée. Les patients accordaient la plus grande importance aux items liés à la prestation en temps opportun des traitements et des médicaments. Bien que les patients attendent également des infirmières qu'elles fassent preuve de gentillesse et de compassion, ils insistaient davantage sur leur capacité à accomplir avec compétence les aptitudes exigées. Dans son étude qualitative sur la perspective des patients et des proches relativement à ce qui constitue de bons soins ou au contraire des soins de moindre qualité, Attree (2001) a découvert que les thèmes principaux étaient la nature des soins fournis et les qualités interpersonnelles de *caring*. Henderson et al. (2007) ont constaté, à la fois par le biais d'observations et de questions directes, que les patients sentaient que les infirmières prenaient bien soin d'eux lorsqu'elles satisfaisaient des demandes particulières. Des études portant sur les infirmières ont démontré que ces intervenantes mettent constamment en valeur l'aspect humaniste de la relation de soin plutôt que les aspects techniques (Bassett, 2002; Bertero, C., 1999; Dyson, 1996; Wilkin & Slevin, 2004; Yam & Rossiter, 2000).

Les études visant à comparer les perceptions des patients et des infirmières en oncologie en matière de *caring* ont exposé à la fois des similitudes et des différences (Chang, Lin, Chang & Lin, 2005; Larsson, Widmark Peterson, Lampic, von Essen & Sjoden, 1998; von Essen, Burstrom & Sjoden, 1994; Widmark-Peterson, von Essen & Sjoden, 2000). Larsson et al. ont constaté, dans une unité d'hospitalisation en oncologie, que les infirmières soulignaient les aspects affectifs des soins plus que ne faisaient les patients. Au contraire, les patients appréciaient davantage les aspects informationnels du soin que ne le faisaient les infirmières. En revanche, dans une autre étude faisant appel à des paires appariées de patients atteints de cancer et d'infirmières, il n'existait aucune différence au niveau de la dimension du soin axée sur les tâches (von Essen et al.). Widmark-Petersson et al. (2000) ont signalé, dans une étude à visée dyadique sur les

Oncology patients' and nurses' perceptions of caring

Abstract

The concept of caring is central to the practice of nursing. Recent focus on patient-centred care highlights the importance of viewing caring from the patient's perspective. A comparative descriptive cross-sectional study was conducted to determine if there was a difference in oncology patients' and nurses' perceptions of caring. The Caring Behaviors Inventory-Elders (CBI-E) directly derived from Watson's Theory of Human Caring was administered to patients and nurses from in-patient medical-surgical units. This paper reports on a subset of 19 patients and 15 nurses from the oncology unit. There were significant differences between patients' and nurses' perceptions on overall caring and on several individual behaviours. In order to provide true patient-centred care, innovative approaches to addressing these differences are needed.

Au sujet des auteurs

Patricia Poirier, inf., Ph.D., AOCN, Professeure adjointe, University of Maine School of Nursing.
Courriel : Patricia.Poirier@umit.maine.edu

Ann Sossong, inf., Ph.D., Professeure adjointe, University of Maine School of Nursing.

patients atteints du cancer et leurs infirmières, que les patients estimaient que les sous-échelles « est accessible » et « explique et facilite » avaient une bien plus grande importance que celle que les infirmières pensaient qu'ils leur accordaient.

Quoique le concept de *caring* ait déjà fait l'objet de nombreuses études dans le domaine des soins infirmiers, il en reste bien des aspects qui méritent d'être approfondis. Dans le domaine des soins de santé, on constate un récent intérêt pour les soins véritablement axés sur le patient en tant qu'indicateur de la qualité. Dans les années soixante-dix, l'Institute of Medicine (IOM) avait été retenu par le gouvernement des États-Unis à titre de conseiller indépendant dans le cadre de l'amélioration de la santé dans cette nation. Dans son rapport intitulé *Crossing the Quality Chasm* [Comblant le fossé de la qualité], l'IOM (2001) définissait les soins axés sur le patient comme étant les soins où les recommandations et décisions liées au traitement respectent et prennent en compte les préférences, croyances et valeurs des patients. L'accent mis sur les soins axés sur le patient exige que ceux-ci soient adaptés aux perceptions des patients. Des soins véritablement axés sur le patient requièrent donc une congruence entre les perceptions des patients et celles des infirmières relativement à la dispensation des soins.

But

Cette étude visait à déterminer s'il existait des divergences entre les perceptions du *caring* chez les patients et chez les infirmières et ce, dans un milieu d'hospitalisation en oncologie.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel utilisé pour cette étude était la théorie du *caring* de Watson. Celle-ci met l'accent sur la nature capitale du processus interpersonnel entre le soignant et la personne soignée (Watson, 2002; Watson, 1996). Dans son plaidoyer en faveur de la théorie, Watson avançait que « si le *caring-healing* à visage humain ne fait pas partie intégrante de nos valeurs collectives, connaissances, pratiques et mission globale, la survie de l'espèce humaine est menacée » (1996, p. 147). L'instrument *Caring Behaviors Inventory-Elders* (CBI-E) utilisé pour mesurer le *caring* dans cette étude provient en droite ligne de la théorie du *caring* de Watson et met l'accent sur l'interaction infirmières-patients dans les relations thérapeutiques (Fawcett, 2005; Wolf et al., 2004; Wolf, Zuzelo, Goldberg, Crothers & Jacobson, 2006).

Méthodologie

Devis et échantillon de l'étude

Afin d'évaluer les similitudes et les différences sur le plan des perceptions en matière de *caring* chez les patients et chez les infirmières, on a retenu un devis d'étude transversale comparative de type descriptif. Un devis transversal a été utilisé pour refléter les normes actuelles des séjours hospitaliers de courte durée. Cette étude porte sur le sous-ensemble représenté par les infirmières et les patients en oncologie faisant partie d'une vaste étude effectuée dans les unités d'hospitalisation médicale-chirurgicale d'un grand centre médical situé en région rurale des États-Unis. Quinze infirmières ont été recrutées au sein de l'unité d'hospitalisation en oncologie. Cela représentait un taux de réponse de 54 % des infirmières à temps plein et à temps partiel de l'unité. Dix-neuf patients ont été recrutés sur une période de quatre jours. Le nombre journalier moyen de patients en oncologie soignés dans l'unité se situait entre 10 et 17. Tous les patients avaient 18 ans ou plus et étaient à l'hôpital depuis au moins 48 heures. Les patients étaient exclus de l'étude s'ils manifestaient des troubles cognitifs tels que déterminés lors de l'évaluation neurologique réalisée dans le cadre de l'évaluation infirmière initiale. En fonction de la taille de ces échantillons, les résultats dégageaient une valeur de l'effet moyenne à la puissance de 0,92 selon les tableaux d'efficacité de Cohen (1988).

Instruments

Le *Caring Behaviors Inventory-Elders* (CBI-E)

[Inventaire de comportements de *caring*-Aînés]. Le CBI-E a été élaboré par Wolf et al. (2004, 2006) en vue de mesurer les perceptions relatives au *caring* infirmier telles que rapportées par des personnes âgées et les infirmières leur prodiguant des soins. Il existe diverses versions du CBI. Après avoir abordé le problème avec le concepteur de l'instrument, on a retenu le CBI-E puisqu'il reflétait le mieux les caractéristiques d'âge anticipées pour les participants à l'étude. Le CBI-E se compose de 28 items faisant appel à une échelle de type Likert en trois points. Les participants étaient invités à donner leur appréciation de divers termes et énoncés reliés au *caring* au moyen d'une échelle aux trois points suivants : 1 = rarement; 2 = quelquefois et 3 = souvent. Les scores totaux pouvaient s'étendre de 28 à 84. La version des patients et celle des infirmières diffèrent au niveau du sens de la relation et du rôle, en maintenant la correspondance d'un item à l'autre (Wolf et al., 2006). Par exemple, une des questions posées aux patients était « À quelle fréquence l'infirmière qui vous prodigue des soins vous a-t-elle donné vos traitements et médicaments en temps opportun? » La question correspondante posée aux infirmières se lisait ainsi : « À quelle fréquence estimez-vous avoir donné à vos patients leurs traitements et médicament en temps opportun? »

Le CBI-E permet de mesurer les comportements de *caring* globaux et cinq sous-ensembles représentant les aspects techniques et affectifs des soins : a) répondre aux besoins individuels; b) manifester du respect; c) faire preuve des connaissances et compétences requises dans sa pratique; d) respecter l'autonomie; et enfin, e) appuyer les besoins religieux/spirituels. Afin de satisfaire aux besoins des participants d'âge avancé, le questionnaire du CBI-E utilise une police de caractères de 14 points et une quantité suffisante de blanc (Wolf et al., 2004, 2006). L'indice de lisibilité de l'instrument pris dans son ensemble, y compris les instructions, des items individuels et des données démographiques, se situait à 4,5 selon le niveau d'instruction de Flesch-Kincaid.

La fidélité et la validité du CBI-E ont été jugées acceptables dans des études antérieures (Wolf et al., 2004, 2006) le coefficient alpha de Cronbach combiné étant de 0,936, c'est-à-dire de 0,941 pour les aînés et de 0,823 pour leurs soignants. Selon les analyses effectuées sur le CBI, celui-ci est utile pour la détermination des perceptions en matière de soins à la fois chez les patients et chez les infirmières (Andrews, Daniels & Hall, 1996 repris par Watson, 2002). Dans la présente étude, les coefficients alpha normalisés de Cronbach s'élevaient à 0,891 pour l'échantillon au complet, à 0,687 pour les infirmières en oncologie et à 0,892 pour les patients en oncologie.

Formulaire de données démographiques.

Le formulaire de données démographiques destiné aux patients couvrait notamment le type de cadre de vie, l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la situation maritale, la religion et la scolarité. Le formulaire de données démographiques à l'usage des infirmières s'intéressait notamment à l'âge, au sexe, à l'appartenance ethnique, à la situation maritale, à la religion et au type de formation infirmière reçue.

Procédures

Après avoir obtenu l'approbation des comités de révision déontologique de l'université et du centre médical, l'équipe de recherche a présenté l'étude aux infirmières de l'unité d'oncologie en vue d'obtenir leur coopération, leur participation et leur consentement. Les infirmières responsables des soins ont dépisté chez leurs patients la présence de troubles neurologiques au moyen de l'évaluation infirmière initiale de leur établissement. Elles demandaient ensuite aux patients qui ne présentaient pas de troubles neurologiques et qui étaient dans l'unité depuis au moins 48 heures s'ils voulaient bien que les chercheuses les contactent à propos du rem-

plissage du CBI-E. Les chercheuses ou leurs assistants de recherche désignés obtenaient alors le consentement éclairé des patients et administraient le CBI-E. La confidentialité des réponses était garantie à tous les participants. Les patients prenaient en moyenne 11 minutes pour remplir le questionnaire tandis que les infirmières le faisaient en l'espace de 6 minutes.

Analyse des données

L'équipe a réalisé l'analyse des données à l'aide de SPSS 12.0 sous Windows. Elle a employé la statistique descriptive dans le cas des formulaires de données démographiques. Les réponses aux questions du CBI-E correspondaient généralement aux cotes élevées, la distribution des réponses étant fortement désaxée vers la gauche. L'équipe a utilisé le test U de Mann-Whitney pour comparer les perceptions des infirmières et celles des patients telles qu'exprimées dans le CBI-E (Munro, 2005).

Résultats

Échantillon

Les infirmières ayant participé à cette étude étaient relativement jeunes par rapport aux moyennes nationales. Soixante-treize pour cent des infirmières avaient moins de 40 ans alors que 33,3 % d'entre elles en avaient moins de 30. La majorité des infirmières étaient de sexe féminin et étaient mariées ou cohabitaient avec un partenaire de vie. Quelque 73,3 % des infirmières détenaient un baccalauréat en soins infirmiers et 26,7 % un « Associate's Degree », lequel est un diplôme décerné par les collèges communautaires américains après deux années d'études. Aucune infirmière en pratique avancée n'a participé à l'étude. Quant aux patients de l'échantillon, leur âge variait de 24 à 88 ans ($M = 64,33$, é.-t. = 18,65). L'échantillon était assez bien distribué entre les deux sexes. Près de 53 % des patients étaient mariés ou cohabitaient avec un(e) partenaire de vie. Environ un quart des patients n'avaient pas terminé leurs études secondaires. L'ensemble des patients et des infirmières de l'échantillon étaient de race blanche.

Perceptions relatives au caring

De manière générale, les infirmières donnaient des scores plus élevés à leurs propres comportements de *caring* que ne le faisaient leurs patients. La différence entre les deux groupes était statistiquement significative, la moyenne globale pour les patients se montant à 2,70 et celle pour les infirmières à 2,90 (U de Mann Whitney : $Z = -2,222$, $p = 0,026$). Selon les perceptions des patients, les infirmières qui leur prodiguaient des soins répondaient à leurs besoins techniques dans une mesure significativement plus large

qu'à leurs besoins affectifs (test de Wilcoxon pour observations appariées : $Z = -7,408$, $p = 0,000$). On ne relevait pas de différences statistiquement significatives entre les perceptions des patients et celles des infirmières concernant le *caring* en fonction de quelque caractéristique que ce soit comme l'âge, le sexe ou le niveau de scolarité.

Des différences ont été constatées relativement à certains items individuels du CBI-E. Le tableau 1 présente les items où les appréciations des infirmières étaient supérieures de 0,3 ou plus à celles des patients. Il y avait plusieurs items où les infirmières et les patients avaient une très grande appréciation des soins prodigués par les infirmières, la moyenne étant alors supérieure à la moyenne globale calculée pour les patients ou les infirmières ($> 2,9$); il s'agit des suivants : vous aide à vous sentir à l'aise, est plaisante avec vous, protège votre droit au respect de la vie privée, veille bien à votre sécurité, est franche avec vous, vous aide à vous sentir chez vous, tient compte de vos limites et enfin, essaie d'atténuer vos malaises. Il y avait également plusieurs items relatifs au *caring* des infirmières pour lesquels les infirmières et les patients donnaient une appréciation plutôt basse, en dessous de la moyenne globale pour les patients ou les infirmières (soit $< 2,7$) : vous aide, vous et vos proches, à prendre des décisions, vous aide à satisfaire à vos besoins religieux ou spirituels et enfin, apprécie votre histoire de vie.

Discussion

Les résultats sont positifs puisque les infirmières et les patients attribuent aux infirmières des cotes élevées pour leurs comportements de *caring*. Il en était ainsi pour leurs compétences interpersonnelles telles que est plaisante et, aide le patient à se sentir comme chez lui. Cela correspond à la théorie du *caring* de Watson qui souligne les relations interpersonnelles entre patients et infirmières. Cependant, tout comme cela avait été fait dans le cadre d'études antérieures, l'équipe a relevé des différences entre les perceptions des patients et celles des infirmières relativement au *caring* considéré dans son ensemble et à des comportements de *caring* particuliers. Il s'ensuit qu'il règne encore un manque de congruence entre les perceptions des patients et celles des infirmières par rapport au *caring*. Il faudra donc cerner des approches novatrices en vue de résoudre ce manque de congruence et de dispenser des soins réellement axés sur le patient.

Implications pour la pratique

En ce qui concerne les compétences techniques des infirmières, les patients ont donné des appréciations plus basses que celles des infirmières. Le jeune âge des infirmières œuvrant au sein de l'unité d'oncologie nous amène à penser que ces infirmières possèdent relativement peu d'expérience. Il est possible qu'elles ne soient pas encore à l'aise avec les traitements et protocoles complexes que requièrent les patients en oncologie. Il se peut que les patients voient dans cet état de fait un manque de compétence technique. Les établissements devront peut-être approfondir leurs programmes d'orientation afin de les adapter aux besoins des infirmières peu expérimentées. L'emploi accru des technologies de simulation dans les établissements de soins pourrait permettre aux infirmières de pratiquer les compétences encore mal connues. En outre, des organismes liés à des spécialités infirmières comme l'Oncology Nursing Society (ONS) et l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO) offrent une mine de ressources pédagogiques à l'appui des infirmières au travail.

Les patients en oncologie ont des caractéristiques originales qui posent des exigences additionnelles pour les soins infirmiers comme un accès veineux difficile, les protocoles de traitement complexes et le fardeau affectif du diagnostic de cancer. Dans une recension de la littérature, Bassett (2002) suggérait que les per-

Tableau 1 : Différences entre les scores des infirmières et ceux des patients pour certains items

Item	Infirmières	Patients	Différence
Passe régulièrement voir comment vous allez	2,93	2,58	0,35*
Répond promptement à votre appel	2,73	2,37	0,35*
Sait comment vous donner vos piqûres, lavements, traitements, etc.	3,0	2,68	0,32*
Gère votre douleur	3,0	2,68	0,32*
Défend vos intérêts	2,93	2,74	0,32**
Apprécie l'unicité de votre personne	2,93	2,63	0,30*

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

ceptions relatives aux soins et au *caring* peuvent dépendre grandement du contexte. Il se peut que les patients qui ressentent de la douleur ou sont gravement malades concentrent leur attention sur les tâches et sur la satisfaction de leurs besoins immédiats. Au contraire, les patients recevant des soins de longue durée ou rendus à la phase terminale de la maladie peuvent privilégier les relations interpersonnelles avec l'infirmière (Bassett). Les infirmières en oncologie doivent donc savoir que les perceptions des patients sur le *caring* peuvent varier en fonction du stade de leur maladie. Il faut qu'elles continuent de valider auprès de leurs patients le type de soins qui importe aux yeux de ces derniers. Larsson et al. (1998) suggéraient que les infirmières apprennent à poser aux patients des questions précises sur leurs perceptions relatives à leurs soins plutôt que de se fier à leurs propres suppositions ou à des informations non spécifiques émises par les patients ou leurs proches.

Implications pour les politiques

Les infirmières ont souvent fait mention de contraintes de temps ou de ressources humaines comme autant d'obstacles à la prestation des soins. Dans un rapport au sommet de l'IOM sur la formation des professionnels de la santé, Knebel (2003) voyait dans les exigences imposées aux infirmières prenant soin de beaucoup de patients en même temps un obstacle à la dispensation des soins axés sur le patient. La promotion des soins axés sur le patient doit être une composante clé de toute décision stratégique concernant la dotation en personnel infirmier.

Limites

Il est possible que la petite taille de l'échantillon ait eu une incidence sur les résultats. De plus, les patients et les infirmières qui ont choisi de participer à l'étude peuvent ne pas refléter les caractéristiques démographiques ni les perceptions de ceux et celles qui ont décidé de ne pas y participer. La composition ethnique et raciale homogène de l'échantillon constitue une autre limite puisque les participants étaient tous de race blanche. Cela exclut toute généralisation à des populations hétérogènes. En ce qui a trait aux infirmières, l'indice de confiance du CBI-E était relativement faible. Quoique le CBI-E ait été validé pour les intervenants dispensant des soins aux personnes âgées, les infirmières en oncologie étaient plus susceptibles de porter attention aux besoins des patients liés au cancer plutôt qu'à leurs besoins liés à l'âge. Cela laisse à penser que le CBI-E devra être validé pour son emploi dans le contexte de l'oncologie.

Recommandations pour les recherches à venir

Le *caring* est un concept complexe qui est souvent défini par rapport au contexte et à la culture. Dans sa discussion sur les soins axés sur le patient, l'IOM (2001) met en relief l'importance de la sensibilisation et de la compétence transculturelles. Il importe de poursuivre l'exploration des perceptions des patients et des infirmières en matière de *caring* parmi des populations et des contextes diversifiés. La répétition de l'étude dans le contexte des cliniques revêtira une grande importance étant donné qu'une majeure partie des soins en oncologie est dispensée dans un cadre ambulatoire au sein duquel les infirmières et les patients peuvent avoir des perceptions relatives au *caring* qui diffèrent de celles relevées dans les unités d'hospitalisation.

La congruence des faibles scores concernant la prise de décision, la spiritualité et le fait de manifester de l'appréciation pour l'histoire de vie du patient vient suggérer que, dans le contexte des soins de santé d'aujourd'hui, il peut être difficile d'aborder ces concepts. Pourtant, les écrits scientifiques sur l'oncologie continuent de confirmer l'importance de ces mêmes concepts pour les soins aux personnes atteintes de cancer. Ainsi,

l'Oncology Nursing Society (2009) et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (2006) soulignent, dans leurs énoncés de position, qu'une composante essentielle des soins axés sur les besoins du patient—ou client—est la participation aux prises des décisions concernant sa santé. Une ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO à l'appui de la prise de décision est de « passer du temps avec les clients afin de comprendre la situation selon leur point de vue ». En examinant des essais aléatoires, Stacey, Samant et Bennett (2008) ont découvert qu'en vue d'accroître efficacement la participation des patients à la prise de décisions cliniques, il convient, entre autres, de former les prestataires de soins à la prise de décision partagée, d'intégrer les aides à la décision dans les discussions cliniques et de faire en sorte que les infirmières et les autres intervenants de la santé soutiennent les patients dans leur prise de décision. La spiritualité constitue également un élément clé des soins infirmiers. Une étude de Taylor (2006) a permis de constater que, dans un échantillon de 156 patients en oncologie subissant une radiothérapie en ambulatoire et de patients hospitalisés en oncologie médicale, le fait d'avoir « des infirmières qui aident à satisfaire les besoins spirituels était toujours accueilli par un enthousiasme à la fois varié et d'égale intensité » (p.733, [trad. libre]). Les items être un patient hospitalisé et percevoir dans le cancer une maladie incurable étaient corrélés au désir de recevoir de l'aide des infirmières sur le plan de la spiritualité. Les codes de déontologie des soins infirmiers cernent le respect de la dignité, de la valeur et l'unicité de la personne humaine (American Nurses Association, 2001; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002; International Council of Nurses, 2000). Les observations empiriques des patients et des infirmières participant à la présente étude permettent d'avancer que le temps est la principale barrière à l'appréciation de l'histoire de vie du patient. Il faudra donc mener des recherches sur les perceptions des patients relativement à l'importance des concepts que sont la prise de décision, la spiritualité et l'histoire de vie. Il faudra concevoir des études sur les interventions afin de dégager les approches que les infirmières pourront utiliser en vue de répondre aux besoins des patients à la lumière des contraintes actuelles en matière de temps et d'effectifs.

Conclusions

Cette étude a jeté de la lumière sur les perceptions relatives au *caring* des infirmières à la fois chez les patients et chez les infirmières, telles qu'elles existent dans le complexe contexte actuel des soins de santé. Quoique que les patients et les infirmières aient exprimé leur haute appréciation du *caring* des infirmières, des différences se dégageaient au niveau d'items individuels. Il y avait également des items dont les patients et les infirmières avaient une faible appréciation et qui constituent pourtant des concepts clés des soins en oncologie, comme la prise de décision et la spiritualité. Les travaux de recherche additionnels qui aborderont les perceptions des patients sur le *caring* devront inclure des études sur les interventions et porter sur des milieux de traitement variés. Il est nécessaire que les besoins et les perceptions des patients soient pris en compte dans toute décision stratégique concernant la dotation en personnel infirmier. Il faudra peut-être apporter des changements à la formation dispensée aux nouvelles infirmières en oncologie afin de satisfaire aux directives relatives aux soins axés sur le patient. À mesure que les établissements de soins continuent de faire de grands pas dans la fourniture de soins axés sur le patient de haute qualité et rentables, il sera essentiel de tenir compte des perceptions des patients et de veiller à ce qu'il y ait congruence entre les perceptions du *caring* entretenues par les patients et celles entretenues par les infirmières.

Références

- American Nurses Association. (2001). *Code for nurses*. Washington, DC: Author.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa, ON : auteure.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2002). *Soins axés sur les besoins du client*. Récupéré le 17 juin 2009 à http://www.rnao.org/Storage/11/580_Soins_ax%C3%A9s_sur_les_besoins_du_client.pdf
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 456-466.
- Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung*, 31, 67-75.
- Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 8-15.
- Beck, C.T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 24-32.
- Bertero, C. (1999). Caring for and about cancer patients: Identifying the meaning of the phenomenon "caring" through narratives. *Cancer Nursing*, 22, 414-420.
- Chang, Y., Lin, Y., Chang, H., & Lin, C. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors. *Cancer Nursing*, 28, 331-339.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dyson, J. (1996). Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1263-1269.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Henderson, A., Van Eps, M.A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., & Osborne, Y. (2007). 'Caring for' behaviors that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 146-153.
- Holroyd, E., Cheung, Y.K., Cheung, S.W., Luk, F.S., & Wong, W.W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1289-1294.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Retrieved July 25, 2008, from <http://www.iom.edu/CMS/8089/5432/27184.aspx>
- International Council of Nurses. (2000). *ICN Code of Ethics for Nurses: Ethical concepts applied to nursing*. Geneva: Imprimeries Populaires.
- Knebel, E. (2003). *Educating health professionals to be patient-centered: Current reality, barriers and related actions*. Retrieved June 26, 2009, from www.iom.edu/Object.File/Master/10/460/Patient.pdf
- Larsson, G., Widmark Peterson, V., Lampic, C., von Essen, L., & Sjoden, P. (1998). Cancer patients and staff ratings of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 855-864.
- McCaffery, M. (1972). *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia: Lippincott.
- Munro, B. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, and Williams.
- Oncology Nursing Society. (2009). *Quality cancer care*. Retrieved June 17, 2009, from <http://www.ons.org/publications/positions/documents/pdfs/QualityCancerCare.pdf>
- Radwin, L.E., Farquhar, S.L., Knowles, M.N., & Virchick, B.G. (2005). Cancer patients' descriptions of their nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 162-169.
- Stacey, D., Samant, R., & Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58, 293-304.
- Taylor, E.J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33, 729-735.
- von Essen, L., Burstrom, L., & Sjoden, P.O. (1994). Perceptions of caring behaviors and patient anxiety and depression in cancer patient-staff dyads. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 205-212.
- von Essen, L., & Sjoden, P. (2005). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. NY: Springer.
- Watson, M.J. (1996). Watson's Theory of Transpersonal Caring. In P.H. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models* (pp. 141-184). New York: NLN Press.
- Widmark-Peterson, V., von Essen, L., & Sjoden, P. (2000). Perceptions of caring among patients with cancer and their staff: Differences and disagreements. *Cancer Nursing*, 23, 32-39.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59.
- Wolf, Z.R., Zuzelo, P.R., Costello, P.A., Cattilico, D., Collaretti, K., Crothers, R., et al. (2004). Development of the Caring Behaviors Inventory for Elders. *International Journal for Human Caring*, 8, 48-54.
- Wolf, Z.R., Zuzelo, P.R., Goldberg, E., Crothers, R., & Jacobson, N. (2006). The Caring Behaviors Inventory for Elders: Development and psychometric characteristics. *International Journal for Human Caring*, 10, 49-59.
- Yam, B., & Rossiter, J.C. (2000). Caring in nursing: Perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 293-302.