Besoins en soins de soutien des personnes atteintes de cancer du poumon

par Dr^e Margaret I. Fitch et Dr^e Rose Steele

Abrégé

Le but principal de la présente étude était de déterminer la gamme des besoins en soins de soutien des patients diagnostiqués d'un cancer du poumon et fréquentant, en ambulatoire, un centre régional de cancérologie. Le cancer du poumon n'a pas seulement un impact physique sur les personnes qu'il frappe, cependant, relativement peu de recherches ont été effectuées sur leurs besoins, mis à part les besoins liés à la gestion des symptômes physiques.

Un total de 86 patients a participé à cette étude en remplissant un questionnaire d'auto-évaluation. Les données indiquaient clairement qu'il existe chez ce groupe de patients une gamme de besoins à la fois physiques et psychosociaux et que ceux-ci demeurent insatisfaits. Ils rapportaient le plus fréquemment un manque d'énergie, des douleurs et des inquiétudes pour leurs proches. Les patients exprimaient également de la détresse parce qu'ils avaient de la difficulté à gérer leurs besoins; beaucoup rapportaient vouloir obtenir de l'aide face aux défis qu'ils rencontraient. Toutefois, une proportion assez importante (de 45 à 58 % d'entre eux) indiquaient ne pas vouloir recevoir d'aide du personnel du centre de cancérologie pour certains de leurs besoins particuliers malgré l'énorme détresse provoquée par l'insatisfaction de leurs besoins (p. ex. le manque d'énergie, la peur que le cancer ne se propage, ne plus être capables de faire les choses qu'ils faisaient auparavant). Des suggestions relatives à la pratique et aux recherches à réaliser à l'avenir sont offertes en vue d'améliorer les soins prodigués à ce groupe de patients.

Quoique le nombre de Canadiens diagnostiqués d'un cancer du poumon soit en baisse, ce dernier demeure encore la principale cause de décès par cancer au Canada et ce, pour les deux sexes (Institut national du cancer du Canada [INCC], 2008). Environ 14 % des

décès associés au cancer chez les hommes (n = 12 600) et chez les femmes (n = 11 300) sont attribuables uniquement au cancer du poumon. La fréquence relative du cancer du poumon et le faible taux de survie qui lui est associé font de lui la première cause de décès prématurés dus au cancer. En dépit des progrès réalisés sur le plan des thérapies anticancéreuses, la survie relative à cinq ans ne s'élève qu'à 13 % chez les hommes et à 18 % chez les femmes (INCC, 2008). Beaucoup de patients atteints de cancer du poumon ont du mal à composer avec leurs activités quotidiennes, ce qui souligne l'extrême importance que revêt la prestation de soins de soutien (Sarna et al., 2004). Quoiqu'on dispose d'une somme d'information toujours croissante sur les besoins en soins de soutien des patients atteints d'un cancer du poumon, il existe fort peu de connaissances sur le type d'aide exigé par ces patients dans le cadre de leur expérience du cancer.

Revue de la littérature

Chez la plupart des patients atteints de cancer du poumon, la maladie suit, du fait de son pronostic, un cours à la fois rapide et mortel. La sévérité croissante des symptômes fait que la gestion des activités peut devenir tout un enjeu. Des symptômes tels que la dyspnée (p. ex. Edmonds, Karlsen, Khan & Addington-Hall, 2001; Krishnasamy, Wilkie & Haviland, 2001; Sarna & coll., 2004), la toux (p. ex. Bailey, Parmar & Stephens, 1998; Given, Given & Stommel, 1994; Hopwood & Stephens, 1995; Sarna et al., 2004), l'anorexie (p. ex. Sarna, Lindsey, Dean, Brecht & McCorkle, 1994) et la perte pondérale (p. ex. Brown & Radke, 1998) ont tous été signalés auparavant. Dans une récente étude élaborée afin de mieux comprendre l'expérience en matière de symptômes des personnes ayant le cancer du poumon, la fatigue et la douleur étaient les symptômes les plus fréquemment rapportés. Toutefois, cette étude soulignait également que les patients devaient composer avec plusieurs symptômes à la fois (Kiteley & Fitch, 2006).

Le diagnostic de cancer et son traitement ont un impact qui dépasse le seul domaine physique puisqu'ils s'accompagnent souvent de répercussions sociales, émotionnelles, psychologiques, spirituelles et pratiques chez les patients éprouvés (Ashbury, Findley, Reynolds & McKerracher, 1998; Charles, Sellick, Montesanto & Mohide, 1996; Whelan et al., 1997). En particulier, lorsque la maladie progresse et que ses symptômes deviennent plus prononcés, les patients éprouvent des difficultés d'ordres divers face à leur situation (Bradley, Davis & Chow, 2005; Bruera et al., 2001; Sarna et al., 2004). Il existe une corrélation significative entre la limitation du fonctionnement et une proportion élevée de patients ayant des besoins insatisfaits dans les domaines des soins personnels, de l'information, de la communication, du fonctionnement professionnel et de la proximité affective (Morasso et al., 1999).

Supportive care needs of individuals with lung cancer

Abstract

The main purpose of this study was to identify the range of supportive care needs of patients diagnosed with lung cancer who attended an outpatient, regional cancer centre. Lung cancer has more than a physical impact on those who are diagnosed with the disease, yet relatively little has been reported on their needs beyond those for physical symptom management.

A total of 86 patients participated in this study by completing a self-report questionnaire. The data provided clear indication that a range of needs, both physical and psychosocial, exist for this group of patients and, furthermore, remain unmet. Lack of energy, pain, and concern about those close to them were reported most frequently. Patients also expressed distress because of difficulty managing their needs and many indicated wanting help to cope with the challenges they were experiencing. However, a sizeable proportion (45% to 58%) indicated they did not want help from staff at the cancer centre for some need items despite considerable distress arising from those remaining unmet (e.g., lack of energy, fears about cancer spreading, not being able to do the things you used to do). Suggestions for practice and future research are offered to improve the care for this group of patients.

Dr^e Margaret I. Fitch, inf., Ph.D., Chef, Soins infirmiers en oncologie et Soins de soutien, Centre régional de cancérologie de Toronto-Sunnybrook. Courriel : marg.fitch@sunnybrook.ca

Dr^e Rose Steele, inf., Ph.D., Professeure, École des sciences infirmières, Rm. 342 HNES Building, Faculty of Health, Université York, Toronto, ON M3J 1P3. Courriel : rsteale@yorku.ca

La sévérité des symptômes physiques et des limitations fonctionnelles a été reliée à la qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer du poumon. Hopwood et Stephens (2000) ont signalé que la dépression est un phénomène fréquent et persistant chez les patients atteints de cancer du poumon et que l'incapacité fonctionnelle est le principal facteur de risque sur le plan de l'apparition de la dépression. Chaque augmentation proportionnelle du niveau d'incapacité physique faisait hausser la dépression de 41 %. Trippoli, Varani, Lucioni et Messori (2001) ont rapporté que le cancer métastatique exerce le plus grave impact sur la qualité de vie, du fait de l'augmentation de la douleur corporelle et de la baisse du fonctionnement physique qui l'accompagnent. Des fluctuations sur le plan de la qualité de vie ont également été signalées chez les patients atteints d'un cancer du poumon recevant un traitement où les effets secondaires provoquent des problèmes (Hollen, Gralla & Rittenberg, 2004; John, 2001). La détresse émotionnelle, la détresse familiale et l'incidence sur le fonctionnement sexuel sont associées à une moindre qualité de vie chez les femmes atteintes de cancer du poumon (Sarna et al., 2005). Chapple, Ziehlend et MacPherson (2004) ont décrit le profond effet qu'exercent les stigmates associés au cancer du poumon sur les personnes touchées. Sarna et ses collègues (2004) ont rapporté que, chez 142 survivants à cinq ans du cancer du poumon, l'appartenance ethnique et l'humeur déprimée constituent les principaux prédicteurs d'une qualité de vie amoindrie. Dans le cadre d'une étude à méthode mixte, Maliski, Sarna, Evangelista et Padilla (2003) ont constaté que 31 % des survivants du cancer du poumon étaient déprimés et qu'ils avaient tendance à avoir une conception de la vie plus négative que le groupe des non-déprimés. Selon ces auteurs, leur qualité de vie pourrait être rehaussée si les professionnels de la santé leur dispensaient des interventions adéquates.

La détresse émotionnelle ou psychosociale est une expérience fréquemment rapportée chez les patients atteints de cancer, non seulement durant la période suivant immédiatement le diagnostic mais également à mesure que leur condition se détériore et ce, de façon encore plus marquée. Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker et Piantadosi (2001) ont constaté qu'environ 20 % des patients atteints de cancer éprouvent un niveau de détresse significativement plus élevé après l'annonce d'un nouveau diagnostic. Krishnasamy et ses collaborateurs (2001) ont rapporté qu'environ les deux tiers des patients de leur étude atteints de cancer du poumon décrivaient des sentiments d'anxiété. Inversement, les professionnels de la santé estimaient que l'anxiété était un problème chez moins d'un quart de ces mêmes patients. Les plus récents résultats montrent que les patients dont les besoins restent insatisfaits manifestent une détresse liée aux symptômes et une détresse psychologique significativement plus élevées (Maliski et al., 2003). En outre, il existe une corrélation entre la détresse psychosociale non résolue, notamment la dépression, d'une part et une période de survie plus réduite, d'autre part (Fallen & Schmidt, 2004).

L'adaptation aux répercussions du cancer du poumon et de son traitement peut mettre à l'épreuve la personne atteinte et sa famille (Kiteley & Fitch, 2006). Après avoir reçu de l'équipe de soins oncologiques l'information pertinente et avoir établi des relations thérapeutiques avec cette dernière, certains patients sont capables de mobiliser leurs propres ressources en vue de s'adapter aux expériences liées au cancer, tandis que d'autres ont besoin d'une assistance supplémentaire. Cependant, on en sait relativement peu sur la pleine étendue de l'assistance dont les patients peuvent avoir besoin. Selon les conclusions de Bruera et de ses collègues (2001), les patients (n = 166) éprouvaient une amélioration statistiquement significative des aspects psychosociaux lorsqu'ils recevaient l'aide de membres de l'équipe multidisciplinaire pouvant aborder les enjeux à la fois biologiques et psychosociaux.

Quoique l'on possède déjà certaines connaissances sur les besoins des patients ayant le cancer du poumon en matière de soins de

soutien, on en a très peu sur l'étendue complète de ces besoins, en particulier, sur le type d'aide que les patients désirent vraiment recevoir en vue de satisfaire leurs besoins. De telles connaissances sont importantes pour plusieurs raisons : 1) planifier les soins individuels au patient, 2) prendre des décisions relativement à l'affectation des ressources, 3) dégager les domaines où la qualité de la prestation des soins pourrait éventuellement être améliorée.

But

Le but primaire de cette étude descriptive transversale était de dégager l'étendue des besoins (physiques, affectifs, sociaux, spirituels, psychologiques et pratiques) des patients atteints de cancer du poumon fréquentant en ambulatorio un centre de cancérologie offrant des soins intégrés. Son but secondaire était de déterminer si les patients souhaitaient obtenir de l'aide en vue de satisfaire leurs besoins.

Méthodologie

Recrutement de l'échantillon et collecte des données

L'étude a débuté dès qu'ont été reçues les approbations des comités d'éthique de l'université et de l'hôpital. Une assistante de recherche (AR) a consulté le personnel de la clinique du poumon en vue d'identifier les participants éventuels. Pour y être admissibles, les patients devaient avoir reçu un diagnostic de cancer formel et avoir plus de 18 ans. L'AR entrait en contact avec les patients dans l'aire d'accueil de la clinique du poumon et leur expliquait les objectifs de l'étude ainsi que les détails de la participation et les invitait à y participer. Ceux qui ont accepté l'invitation étaient priés de signer un formulaire de consentement en double. Les patients en conservaient un exemplaire et l'AR, l'autre.

L'AR a remis à chaque participant un questionnaire et a vérifié auprès du patient s'il avait ou non besoin d'aide pour le remplir. Si c'était le cas (p. ex. du fait d'une déficience physique), l'AR emmenait le patient dans une salle privée et tranquille où elle remplissait le questionnaire en effectuant une entrevue dirigée. En ce qui concerne les patients qui acceptaient de remplir le questionnaire de manière autonome durant leur visite à la clinique, l'AR retournait les voir à une heure déterminée au préalable afin de recueillir leur questionnaire. Il y avait également dans la clinique une boîte dans laquelle les patients pouvaient déposer leur questionnaire dûment rempli et ce, dans une enveloppe cachetée. Enfin, si le patient était dans l'impossibilité de remplir le questionnaire lors de sa visite à la clinique, l'AR lui fournissait une enveloppe préaffranchie et préadressée pour qu'il puisse le retourner par la poste.

Afin de réduire les cas d'exclusion des patients ne maîtrisant pas suffisamment la langue anglaise pour la parler, la lire ou l'écrire, on invitait les proches ou les amis qui les accompagnaient et étaient parfaitement bilingues à leur expliquer l'étude et à se faire interprètes si les patients et eux-mêmes étaient d'accord. Toutes les réponses étaient inscrites en anglais dans le questionnaire. Le patient signait le formulaire de consentement de même que l'interprète et ce dernier y indiquait que le patient avait donné volontairement son consentement. L'AR notait de quelle manière les questionnaires étaient remplis (directement par le patient, dans le cadre d'une entrevue avec l'AR ou par l'intermédiaire d'un interprète). L'analyse n'a relevé aucune différence entre ces groupes.

Instrument de mesure

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation. Sa partie I était une fiche démographique et médicale comprenant huit questions : âge en années, sexe, situation maritale, plus haut niveau de scolarité atteint, type de cancer, mois et année du diagnostic initial de cancer, traitement reçu contre le cancer et enfin, traitement reçu actuellement pour lutter contre le cancer. Les patients devaient cocher toutes les réponses qui convenaient pour les deux questions portant sur le traitement.

La partie II du questionnaire était une adaptation d'une enquête sur les besoins en soins de soutien originellement élaborée et validée en Australie (Bonevski et al., 2000). L'instrument original comportait 60 questions fermées auxquels les patients répondaient en utilisant une échelle de type Likert en 5 points. Selon sa définition, l'échelle reflète divers niveaux de besoin allant de « Aucun besoin » (c.-à-d. l'item ne constitue pas un problème pour le patient du fait de son cancer) à « Grand besoin d'aide » (c.-à-d. l'item est un souci de taille ou revêt une grande importance pour le patient et ce dernier éprouve un grand besoin d'aide supplémentaire face au problème). Les réponses possibles aux items étaient rédigées de la manière suivante : *Je n'ai pas éprouvé ce problème; J'ai éprouvé ce problème mais il a reçu l'attention nécessaire; J'éprouve actuellement ce problème à un moindre degré de difficulté; J'éprouve actuellement ce problème à un degré modéré de difficulté; et enfin, J'éprouve actuellement ce problème à un haut degré de difficulté.* L'instrument de mesure qui est aisément compris par les individus ayant reçu une éducation minimale prend une vingtaine de minutes à remplir.

L'analyse factorielle en composantes principales effectuée dans l'étude originelle (Bonevski et al., 2000) a révélé des items regroupés en fonction de cinq facteurs (domaines) : 1) facteurs psychologiques—les items reliés aux émotions et à l'adaptation; 2) le système de santé et l'information dans ce domaine—les items reliés au centre de traitement et l'information concernant la maladie, le traitement et le suivi; 3) facteurs physiques et vie quotidienne—les items liés à l'adaptation aux symptômes physiques, aux effets secondaires du traitement et à la réalisation des tâches et activités physiques habituelles; 4) soins et soutien au patient—les items relatifs à la manifestation, par les prestataires de soins, d'une sensibilité aux besoins physiques et affectifs, au respect de la vie privée et d'offrir des choix; et enfin, 5) sexualité—les items relatifs aux relations sexuelles. Les coefficients alpha de Cronbach associés aux cinq facteurs variaient de 0,87 pour la sexualité à 0,97 pour les aspects psychologiques. Quatre autres items n'entretenaient aucun lien avec un facteur de pondération particulier—le transport, les attitudes d'autrui envers le patient, les finances et le fait de parler à d'autres personnes.

L'instrument original a été adapté par l'équipe de recherche avant d'être utilisé dans la présente étude. Un essai de l'instrument original de Bonevski auprès des patients atteints de cancer du poumon fréquentant notre centre de cancérologie nous a permis de cerner la

pertinence d'ordonner différemment certaines questions dans un souci de clarté et de les remanier afin qu'elles reflètent mieux le milieu ambulatoire. L'équipe a également formulé une nouvelle question relativement au désir de recevoir de l'aide. Les patients étaient donc priés d'indiquer s'ils souhaitaient recevoir de l'aide pour résoudre le besoin (c.-à-d. *Non, je ne veux aucune aide; Oui, je veux bien de l'aide; Je suis incertain quant à vouloir recevoir de l'aide*). L'enquête—adaptée—sur les besoins en soins de soutien couvre les sept domaines des soins de soutien (Fitch, Porter & Page, 2008) au moyen de ses 61 items : aspects affectifs (11 items), information (9 items), aspects physiques (symptômes; 11 items), aspects pratiques (7 items), aspects psychologiques (11 items), aspects sociaux (5 items) et aspects spirituels (7 items). Notre analyse psychométrique de l'instrument révisé a révélé des résultats encourageants pour les patients atteints d'un cancer du poumon. Les coefficients alphas de Cronbach pour les sous-échelles (les domaines) variaient de 0,66 à 0,90, six des sept sous-échelles ayant un coefficient de 0,80 ou plus.

Analyse

L'analyse descriptive se concentrait sur la fréquence des items et sur les scores des sept sous-échelles relatives aux domaines de soins de soutien. Les patients étaient versés dans la catégorie des individus éprouvant actuellement un problème donné s'ils choisissaient la valeur 3, 4 ou 5 dans la réponse correspondant à un item. Ils étaient placés dans la catégorie « en détresse » selon le degré de difficulté qu'ils éprouvaient vis-à-vis du problème (c.-à-d. 3 = faible détresse, 4 = détresse modérée, 5 = détresse élevée). Des tests de différence ont été utilisés afin de déterminer l'influence de variables démographiques choisies sur le niveau du besoin exprimé (des tests t pour les variables catégoriques dichotomiques du sexe et du niveau de scolarité; ANOVA pour les variables catégoriques multiniveau, la situation maritale, le temps écoulé depuis le diagnostic et l'âge). Pour ces tests, le seuil de signification a été établi à $p < 0,05$.

Aide souhaitée

Les patients éprouvant actuellement un problème étaient également priés d'indiquer s'ils souhaitaient recevoir de l'aide pour résoudre ledit besoin. Nous avons posé l'hypothèse que toute personne qui se disait « incertaine » méritait, au minimum, une conversation avec le personnel. Il s'ensuit que les réponses des participants qui se sont déclarés « incertains » quant à leur désir de recevoir de l'aide ont été ajoutées à celles de ceux qui avaient indiqué vouloir recevoir de l'aide. Le total ainsi obtenu a été divisé par le nombre de répondants ayant signalé qu'ils éprouvaient actuellement le problème. Ces calculs ont permis de déterminer les pourcentages des patients éprouvant actuellement un problème qui désiraient un quelconque type d'aide.

Résultats

Échantillon

Quatre-vingt-six patients composaient l'échantillon de commodité de l'étude. Approximativement trois cinquièmes de l'échantillon étaient des femmes (59 %). Les membres de l'échantillon étaient d'un âge déjà avancé, la moitié d'entre eux ayant déjà plus de 65 ans, un fait qui reflétait la composition de la population clinique. La plupart des participants étaient mariés (77 %), légèrement plus d'un tiers d'entre eux avaient suivi des cours d'enseignement supérieur et 41 % avaient été diagnostiqués entre un et deux ans auparavant (voir le tableau 1).

Aucun des tests de différence n'était statistiquement significatif à l'exception du sexe au niveau des scores de la sous-échelle des aspects pratiques. Dans cette dernière, les femmes avaient des scores moyens légèrement plus élevés que ceux des hommes ($t = 2,0157$, $p = 0,0478$). C'est la raison pour laquelle les résultats sont donnés pour l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 1. Variables démographiques—Patients atteints de cancer du poumon (n = 86)

Caractéristiques		n = 86
Sexe	Masculin	34
	Féminin	49
	Pas de réponse	(3)
Âge en années	< 45	6
	45–65	37
	> 65	43
Situation maritale	Marié(e)	67
	Veuf(ve)/Divorcé(e)	14
	Jamais marié(e)	2
	Pas de réponse	(3)
Éducation	< Établ. d'ens. supérieur	53
	≥ Établ. d'ens. supérieur	29
	Pas de réponse	(4)
Temps écoulé depuis le diagnostic	< 1 an	24
	1–2 an(s)	31
	> 2 ans	31

Problèmes actuellement éprouvés

Les patients déclarent éprouver actuellement des problèmes dans les sept domaines de besoins et pour quasiment tous les items. Le nombre de patients éprouvant un problème donné s'étendait de seulement quatre participants à l'item « que vos proches et amis puissent être avec vous à l'hôpital chaque fois que vous le désirez » (aspects sociaux) à 59 participants à l'item « Le manque d'énergie » (aspects physiques). Il y avait, dans tous les domaines, au moins un item pour lequel 25 % ou plus des participants éprouvaient un problème à l'époque où ils ont rempli le questionnaire. Aux fins du présent rapport, nous soulignons dans le texte les items où 25 % ou plus des répondants ont signalé éprouver actuellement un problème. L'ensemble des items est présenté dans les tableaux 2 à 8.

Besoins physiques. Sur les 11 items se rapportant aux aspects physiques, 9 items ont été signalés par au moins 25 % des répondants

à titre de problèmes actuels : manque d'énergie (n = 59); ne pas être capable de faire ce que vous pouviez faire auparavant (n = 52); essoufflement (n = 42); toux (n = 40); ne pas être capable de faire les travaux ménagers (n = 39); ne pas se sentir bien (n = 35); douleur (n = 29); perte d'appétit (n = 26); et changements au niveau de la libido (n = 23) (voir le tableau 2).

Besoins affectifs. Au moins un quart des patients ont déclaré éprouver actuellement un problème relativement à 6 des 11 items d'ordre affectif : se sentir abattu ou déprimé (n = 40); sentiments de tristesse (n = 35); sentiments d'ennui et/ou d'inutilité (n = 34); anxiété (n = 33); s'inquiéter que les résultats du traitement échappent à votre contrôle (n = 29); et enfin, anxiété à l'idée de subir le traitement (n = 26) (voir le tableau 3).

Besoins psychologiques. Concernant 6 des 11 items de nature psychosociale, au moins 25 % des patients ont fait état d'un problème à

Tableau 2. Besoins physiques (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertains de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Manque d'énergie	59	21	11	32/54,2 %
Ne pas être capable de faire ce que vous pouviez faire auparavant	52	13	10	23/44,2 %
Essoufflement	42	11	7	18/42,9 %
Toux	40	9	8	17/42,5 %
Ne pas être capable de faire les travaux ménagers	39	10	6	16/41,0 %
Ne pas se sentir bien	35	10	7	17/48,6 %
Douleur	29	13	6	19/65,5 %
Perte d'appétit	26	8	3	11/42,3 %
Changements au niveau de la libido	23	1	8	9/39,1 %
Nausée/vomissements	13	8	2	10/76,9 %
Que le personnel hospitalier s'occupe promptement de vos besoins physiques	9	5	3	8/88,9 %

Tableau 3. Besoins affectifs (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertains de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Se sentir abattu ou déprimé	40	11	10	21/52,5 %
Sentiments de tristesse	35	6	10	16/45,7 %
Sentiments d'ennui et/ou d'inutilité	34	10	7	17/50,0 %
Anxiété	33	11	10	21/63,6 %
S'inquiéter que les résultats du traitement échappent à votre contrôle	29	9	7	16/55,2 %
Anxiété à l'idée de recevoir un quelconque traitement	26	12	1	13/50,0 %
Avoir un membre du personnel hospitalier à qui parler	18	10	4	14/77,8 %
Changements au niveau des relations sexuelles	16	1	3	4/25,0 %
Être traité comme une personne et non comme un numéro	16	8	4	12/75,0 %
La possibilité de parler avec quelqu'un qui comprend et qui a traversé une expérience similaire	12	7	1	8/66,7 %
Que le personnel hospitalier reconnaisse vos sentiments et y soit sensible	7	5	1	6/85,7 %

l'heure actuelle : crainte que le cancer ne se propage (n = 58); crainte que le cancer ne revienne (n = 49); craintes relatives à la douleur (n = 44); craintes relatives à la déficience ou à la détérioration physique (n = 34); apprendre à sentir que vous maîtrisez la situation (n = 29); et enfin, craintes relatives à la perte d'autonomie (n = 27) (voir le tableau 4).

Besoins spirituels. Trois des 7 items d'ordre spirituel ont été signalés comme représentant un problème par plus de 25 % des

répondants. Quarante-deux participants ont indiqué qu'ils ressentaient actuellement de l'incertitude au sujet de l'avenir. Trente-deux patients éprouvaient des émotions problématiques relativement à la mort et au mourir alors qu'au moins 25 % trouvaient difficile de rester positifs (n = 22) (voir le tableau 5).

Besoins sociaux. S'inquiéter du souci que se font les personnes qui vous sont chères (n = 38) et s'inquiéter de la capacité de vos

Tableau 4. Besoins psychologiques (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertain de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Crainte que le cancer ne se propage	58	21	11	32/55,2 %
Crainte que le cancer ne revienne	49	18	10	28/57,1 %
Craintes relatives à la douleur	41	18	5	23/56,1 %
Craintes relatives à la déficience ou à la détérioration physique	34	17	5	21/61,8 %
Apprendre à sentir que vous maîtrisez la situation	29	12	7	19/65,5 %
Craintes relatives à la perte d'autonomie	27	11	6	17/63,0 %
Accepter les changements sur le plan de l'apparence physique	21	7	4	11/52,4 %
Être rassuré par le personnel médical que ce que vous ressentez est normal	15	9	4	13/86,7 %
Avoir accès à des consultations professionnelles si vous ou vos proches en avez besoin	12	6	4	10/83,3 %
Être traité dans un hôpital ou une clinique où l'ambiance est plaisante	10	4	4	8/80,0 %
Que vos droits au respect de votre vie privée soient mieux protégés lorsque vous êtes à l'hôpital	7	3	2	5/71,4 %

Tableau 5. Besoins spirituels (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertain de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Incertitude au sujet de l'avenir	42	14	11	25/59,5 %
Émotions relatives à la mort et au mourir	32	8	10	18/56,3 %
Rester positif	22	6	8	14/63,6 %
Confusion quant aux raisons pour lesquelles ceci vous est arrivé	19	6	5	11/58,9 %
Tirer le meilleur parti de votre temps	19	9	4	13/68,4 %
Donner un sens à cette expérience	17	5	5	10/58,8 %
Que le personnel hospitalier soit source d'espoir	14	2	5	7/50,0 %

Tableau 6. Besoins sociaux (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertain de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
S'inquiéter du souci que se font les personnes qui vous sont chères	38	9	10	19/50,0 %
S'inquiéter de la capacité de vos proches à composer avec votre soin	25	10	4	14/56,0 %
Changements relatifs aux attitudes et comportements d'autrui envers vous	12	5	4	9/75,0 %
Parler du cancer avec autrui	10	5	2	7/70,0 %
Que vos proches et amis puissent être avec vous à l'hôpital chaque fois que vous le désirez	4	3	1	4/100 %

proches à composer avec votre soin (n = 25) étaient les 2 items de nature sociale (sur 5) pour lesquels au moins un quart des répondants ont déclaré éprouver actuellement un problème (voir le tableau 6).

Besoins d'information. Seulement 2 des 9 items liés à l'information constituaient un problème actuel pour plus de 25 % des patients atteints de cancer du poumon. Il s'agissait de recevoir de l'information sur les aspects de la gestion de la maladie et des effets secondaires du traitement (n = 24) et d'être informé le plus rapidement possible des résultats des examens (n = 22) (voir le tableau 7).

Besoins pratiques. Trois des 7 items reliés à ce domaine étaient signalés comme étant des problèmes actuels par au moins 25 % des répondants : changements aux routines et au mode de vie (n = 31), devoir attendre longtemps pour les rendez-vous cliniques (n = 27) et inquiétudes relatives à votre situation financière (n = 22) (voir le tableau 8).

Items les plus fréquemment signalés et détresse auto-déclarée

Plus de 45 % des répondants ont déclaré éprouver actuellement les items les plus souvent choisis. Parmi les 9 problèmes les plus fréquemment rapportés, 4 appartenaient au domaine physique (le

manque d'énergie, ne pas être capable de faire ce que vous pouviez faire auparavant, l'essoufflement et la toux); 3 étaient de nature psychologique (crainte que le cancer ne se propage, crainte que le cancer ne revienne et craintes relatives à la douleur); 1 était de nature spirituelle (incertitude au sujet de l'avenir); et enfin, 1 concernait les aspects affectifs (se sentir abattu ou déprimé) (voir le tableau 9).

Les patients qui éprouvaient actuellement un problème étaient également invités à préciser l'ampleur de la détresse qu'ils ressentaient du fait de ce problème en indiquant si elle était d'une intensité faible, modérée ou élevée. Les cotes relatives à la détresse autodéclarée correspondant aux neuf items les plus fréquemment signalés sont présentées au tableau 9. Pour 4 des 9 items, des sentiments de détresse élevée ont été signalés par au moins un quart des répondants éprouvant le problème en question. Quant aux résultats concernant les répondants qui voulaient avoir de l'aide pour résoudre un problème actuel or étaient « incertains » à ce sujet, ils sont présentés aux tableaux 2 à 8.

Le fait qu'un nombre élevé de personnes éprouvent actuellement un problème donné ne se traduisait pas nécessairement par un haut pourcentage de personnes voulant de l'aide. Par exemple, 59 répondants ont déclaré qu'ils souffraient actuellement d'un manque

Tableau 7. Besoins d'information (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertain de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Recevoir de l'information sur divers aspects de la gestion de votre maladie et des effets secondaires du traitement	24	13	5	18/75,0 %
Être informé le plus rapidement possible des résultats des examens	22	11	6	17/77,3 %
Être informé de ce que vous pouvez faire afin de vous rétablir	20	15	3	18/90,0 %
Être informé de la situation de votre cancer lorsqu'il est maîtrisé ou s'atténue (rémission)	20	10	5	15/75,0 %
Être informé convenablement des avantages et des effets secondaires du traitement	19	12	5	17/89,5 %
Recevoir de l'information écrite concernant des aspects importants de vos soins	18	12	3	15/83,3 %
Recevoir des explications à propos des tests pour lesquels vous souhaitez en avoir	17	10	3	13/76,5 %
Être informé des groupes de soutien existant dans votre région	12	6	4	10/83,3 %
Recevoir de l'information sur les relations sexuelles	10	3	4	7/70,0 %

Tableau 8. Besoins pratiques (n = 86)

Problème	Éprouvent actuellement ce problème	Veulent obtenir de l'aide	Incertain de vouloir obtenir de l'aide	Veulent obtenir de l'aide ou Sont incertains/%
Changements aux routines et au mode de vie	31	9	6	15/48,4 %
Devoir attendre longtemps pour les rendez-vous cliniques	27	11	7	18/66,7 %
Inquiétudes relatives à votre situation financière	22	11	3	14/63,6 %
Inquiétudes relatives aux déplacements à destination et en provenance de l'hôpital	16	6	5	11/68,8 %
Avoir des choix quant aux rendez-vous pour les tests et les traitements	12	4	5	9/75,0 %
Plus de choix quant à l'établissement où vous êtes soigné	9	4	4	8/88,9 %
Plus de choix quant au oncologue que vous consultez	9	4	4	8/88,9 %

d'énergie mais seulement 21 d'entre eux ont indiqué être sûrs de vouloir de l'aide pour régler ce problème. En revanche, pour certains items, même si relativement peu de participants indiquaient éprouver un problème, une forte proportion d'entre eux voulaient recevoir de l'aide à son sujet. À titre d'exemple, les besoins d'information ne figuraient pas parmi les 9 problèmes les plus fréquemment rapportés mais de 70 à 90 % des individus faisant état de problèmes dans ce domaine indiquaient vouloir de l'aide. Dans l'ensemble des 9 items liés au domaine de l'information, au moins 70 % des patients faisant état d'un problème souhaitaient recevoir de l'aide pour le résoudre. La situation était tout aussi spectaculaire dans d'autres domaines. Pour de nombreux items où ≥ 50 % des répondants éprouvaient un problème, la proportion de ceux qui souhaitaient recevoir de l'aide pour le régler dépassait les 50 % (52,4-86,7 % pour 11/11 des items d'ordre psychosociaux; 50-68,4 % pour 7/7 des items de nature spirituelle; 50-100 % pour les 5/5 items liés aux aspects sociaux). La situation n'était pas aussi spectaculaire dans les domaines restants, bien que pour plusieurs items plus de 50 % des répondants faisant état d'un problème voulaient de l'aide : 4/11 items de nature physique; 8/11 items d'ordre affectif; et enfin, 6/7 items d'ordre pratique. En ce qui concerne les 9 problèmes les plus fréquemment déclarés, les patients éprouvant des difficultés ne souhaitaient pas nécessairement vouloir obtenir de l'aide pour les régler. Il n'y avait que 6 sur 9 items pour lesquels au moins 50 % des répondants éprouvant un problème voulaient de l'aide : le manque d'énergie, la crainte que le cancer ne se propage, la crainte que le cancer ne revienne, l'incertitude au sujet de l'avenir, se sentir abattu ou déprimé et enfin, les craintes relatives à la douleur (voir le tableau 9).

Discussion

Cette étude a été entreprise en vue de décrire la pleine étendue des besoins en soins de soutien des patients ayant le cancer du poumon. Du fait de la méthodologie de l'étude, les données donnent une idée de l'ampleur des besoins au sein de cette clientèle. Il est manifeste que les problèmes éprouvés par les patients dépassaient la seule sphère physique et que ces derniers éprouvaient simultanément toute une gamme de problèmes. En outre, une proportion importante d'eux ressentait une détresse élevée à cause des problèmes avec lesquels ils tentaient de composer. Toutefois, des travaux additionnels sont nécessaires si l'on veut étudier plus à fond la situation et faire ressortir les solutions les plus susceptibles de rehausser les soins.

Bon nombre des problèmes d'ordre physique dégagés dans la présente étude étaient semblables à ceux déjà mentionnés dans la

littérature (Hill, Amir, Muers, Connolly & Round, 2003; Krishnasamy et al., 2001; Lia & Girgis, 2006; Montazeri, Milroy, Hole, McEwen & Gillis, 2003). Il convient peut-être d'examiner la situation plus en profondeur afin de savoir si les répondants communiquaient réellement leurs inquiétudes au personnel et si l'équipe de soins de cancérologie évaluait ces dernières et concevait des interventions. Par exemple, on sait que le manque d'énergie constitue un problème de taille chez un nombre important de personnes atteintes de cancer (Bradley et al., 2005). La fatigue accablante qu'éprouve la personne l'empêche d'effectuer des activités journalières normales et les pertes associées peuvent avoir une incidence dévastatrice sur son bien-être (Kennett & Payne, 2005). Pourtant, on dispose de données probantes relativement à la gestion de la fatigue (Mitchell, Beck, Hood, Moore & Tanner, 2007). Les membres du personnel ont-ils conscience du problème éprouvé par le patient? Sont-ils au courant des suggestions qu'ils pourraient lui fournir pour l'aider à gérer la fatigue et à améliorer sa qualité de vie ou le patient a-t-il besoin d'un enseignement? Existe-t-il d'autres obstacles contrariant leurs efforts en matière d'intervention? Pourquoi constate-t-on encore une si grande proportion de symptômes physiques pour lesquels les patients signalent des inquiétudes ou des problèmes? Des commentaires similaires s'appliquent également aux problèmes associés à la dyspnée chez les patients atteints d'un cancer du poumon : l'essoufflement a été examiné en profondeur dans la littérature et des interventions efficaces mises à l'épreuve (Corner, Plant, A'Hern & Bailey, 1996). De tous les symptômes physiques, la toux est peut-être celui qui, jusqu'à présent, a reçu le moins d'attention en termes de recherche sur les interventions.

Les problèmes non physiques, notamment liés aux domaines psychologique, social et affectif, étaient parmi les problèmes que les patients déclaraient éprouver à l'époque de l'enquête. Ces problèmes avaient déjà été signalés dans certaines études (Bradley et al., 2005; Bruera et al., 2001; Kennett & Payne, 2005; Solano & Higginson, 2006). Toutefois, ce que notre étude révèle, pour la première fois, est la proportion importante des personnes éprouvant de la détresse du fait des problèmes rencontrés. Des recherches additionnelles devront être menées afin de déterminer si ces problèmes avaient été dégagés ou non par l'équipe de soins oncologiques. Il se peut que les membres de l'équipe de soins primaires en cancérologie négligent ces problèmes lorsque les soins visant à combattre les tumeurs sont perçus comme étant prioritaires (Bultz & Carlson, 2005; Jacobsen, 2007; Zabora et al., 2001). D'un autre côté, les problèmes d'ordre

Tableau 9. Détresse autodéclarée relative à un problème actuel

Items les plus souvent dégagés	Ont signalé l'item comme étant un problème actuel (n = 86)	Désirent recevoir de l'aide	Sentiment de détresse provoqué par le problème		
			Faible	Modéré	Élevé
Manque d'énergie	59 (69 %)	32 (54,2 %)	25	17	17
Crainte que le cancer ne se propage	58 (67 %)	32 (55,1 %)	25	18	15
Ne pas être capable de faire ce que vous pouviez faire auparavant	52 (60 %)	23 (45,3 %)	21	20	11
Crainte que le cancer ne revienne	49 (57 %)	28 (57,1 %)	20	13	16
Incertitude au sujet de l'avenir	42 (49 %)	25 (59,5 %)	18	11	13
Essoufflement	42 (49 %)	18 (42,9 %)	24	14	4
Craintes relatives à la douleur	41 (48 %)	23 (56,1 %)	18	14	9
Toux	40 (47 %)	17 (42,5 %)	23	14	3
Se sentir abattu ou déprimé	40 (47 %)	21 (52,5 %)	20	14	6

psychosociaux sont complexes et il est possible qu'ils exigent un contexte de soins différent pour une évaluation approfondie et la détermination des interventions pertinentes. Durant les rendez-vous cliniques en ambulatoire qui sont traditionnellement brefs, il n'est ni réaliste ni pertinent de réaliser ce type d'évaluation avant que le patient ne rencontre le personnel clinique et il est fort possible que ce dernier ne possède pas l'ensemble des connaissances ou des compétences exigées pour le niveau d'interaction requis par ce type d'évaluation. Cependant, il conviendrait de lancer le dialogue, de signaler le problème et de prendre des dispositions en vue d'une interaction ou d'une référence future.

Il est de plus en plus évident que les interventions psychosociales améliorent le bien-être et la survie des patients atteints de cancer (Chow, Tsao & Harth, 2004; Kennett & Payne, 2005), il importe donc que ce domaine reçoive toute l'attention qu'il mérite. Voogt et ses collègues (2005) ont avancé que les troubles de l'humeur chez les patients ayant un cancer avancé ($n = 105$) peuvent être associés à l'absence de sentiments positifs plutôt qu'à un haut degré de sentiments négatifs. Ce manque d'émotions positives a été relié à l'incapacité à s'impliquer dans des activités significatives (ayant un sens) et à la diminution du fonctionnement cognitif et social, ainsi qu'à l'accroissement de la fatigue. Si les professionnels de la santé parviennent à découvrir quelles activités ont un sens pour les patients et à les aider à exercer ces activités le plus longtemps possible, ou à suggérer des activités de rechange le cas échéant, les patients sont moins susceptibles de souffrir de détresse psychologique.

L'instrument utilisé dans le cadre de la présente étude a fourni une évaluation détaillée des besoins dans le champ complet des soins de soutien. La révélation des problèmes permet aux professionnels de la santé de dispenser l'aide requise. Cependant, ils ne doivent pas s'attendre à ce que les patients ayant une inquiétude particulière leur mentionnent toujours d'eux-mêmes le problème. Il importe de demander aux patients s'ils éprouvent un problème donné et s'ils veulent obtenir de l'aide en vue de le résoudre. Les patients sont nombreux à vouloir obtenir de l'aide face aux problèmes qu'ils éprouvent, mais certains ne le souhaiteront pas et il convient alors de respecter leurs vœux. Une discussion libre avec le patient peut aboutir à une compréhension mutuelle entre le patient et le prestataire concernant ce qui est le plus utile pour le patient à une période donnée et ce, depuis sa propre perspective. Cette approche peut donc se solder – ou non – par une intervention. Les professionnels de la santé peuvent également profiter de l'occasion pour s'assurer que les patients sont informés des ressources offertes si jamais ils voulaient s'en prévaloir à l'avenir. Les prestataires de soins doivent reconnaître auprès des patients la réalité des problèmes de nature psychologique, comme les craintes relatives à la déficience ou à la détérioration physique ainsi que celle des problèmes d'ordre physique. De plus, les prestataires doivent veiller à ce que les voies de dialogue et de communication demeurent ouvertes afin de pouvoir diriger les patients vers les ressources d'aide appropriées.

La proportion des patients ayant indiqué qu'ils aimeraient avoir de l'aide afin de résoudre des problèmes particuliers nous amène à penser que les patients sont nombreux à rechercher une assistance en plus de celle qui leur est déjà fournie. Il est clair que les patients ont des besoins insatisfaits et ce, même dans les centres de cancérologie de premier ordre (Hill et al., 2003). Cette observation a des conséquences pour l'avenir au niveau de la planification des programmes, de l'affectation des ressources et de la recherche, à la fois pour les cliniques ambulatoires et les autres établissements soignant les patients atteints d'un cancer du poumon. Il convient également de prêter attention aux patients qui dégagent des besoins mais ne souhaitent aucune assistance à leur égard et que le personnel leur offre le soutien auquel ils aspirent. Du même coup, il est nécessaire d'évaluer régulièrement la situation des patients au cas où leurs besoins et désirs en matière d'aide changeraient.

Les centres de cancérologie n'ont pas les ressources qui leur permettraient de dispenser tous les services à l'ensemble des patients; cependant, ils doivent veiller, au nom des patients, à dispenser des soins oncologiques de qualité tout au long de la trajectoire de la maladie. Le plan de soins doit être détaillé et porter sur l'ensemble des domaines de besoin. Il faudra peut-être mettre sur pied des initiatives de collaboration afin que certains services soient fournis par des unités ou organismes différent(e)s. Le personnel des centres de cancérologie peut cerner certains des problèmes éprouvés par les patients et les porter à l'attention des prestataires dispensant les soins primaires dans la collectivité. Il n'est pas nécessaire que l'ensemble des soins soit fourni directement par la clinique ou l'hôpital et leur dispensation pourra être partagée avec les organismes ou prestataires de la collectivité. Le personnel peut remettre au patient une lettre détaillant son traitement et incluant des renseignements sur les problèmes qui doivent être abordés sur le plan des soins de soutien ainsi qu'une liste des organismes communautaires et de leurs coordonnées.

Le principe selon lequel il convient d'avoir une méthode systématique et efficace d'évaluation de l'étendue complète des besoins chez les patients atteints de cancer du poumon est en voie de devenir une norme de pratique (accréditation). Par exemple, on pourrait faire des problèmes, dont la grande fréquence a été déterminée dans la présente étude, les items d'un outil de dépistage ou de triage permettant d'identifier rapidement les individus ayant des inquiétudes et problèmes. Cela pourrait aboutir à un dialogue entre les professionnels de la santé et les individus concernés afin de savoir s'ils désirent recevoir de l'aide en vue de résoudre le problème. Une exploration des attentes de ces individus en matière d'assistance permettrait au personnel et aux patients de discuter des mesures à prendre afin que ces derniers reçoivent le genre d'aide qu'ils désirent.

Il est impératif que des ressources et interventions adéquates soient disponibles. Dans certains domaines, les centres pourraient employer des prestataires tels qu'une infirmière en pratique avancée pour prodiguer une partie des soins exigés. Les résultats de la présente étude font ressortir qu'il existe des problèmes et que ceux-ci doivent être abordés. Les données obtenues pourront servir à appuyer des demandes de subventions de recherche liées aux soins de soutien afin de dégager des interventions et d'élaborer des protocoles fondés sur les preuves. Par exemple, on pourrait réaliser une recension approfondie de la documentation scientifique afin d'explorer, pour commencer, les trois plus importants problèmes cernés dans l'étude. Des interventions locales pourraient alors être conçues pour ces problèmes et évaluées au moyen d'un essai clinique aléatoire visant à comparer les soins habituels à la nouvelle intervention. Enfin, il conviendrait de suivre les patients dans le cadre d'une étude longitudinale afin de déterminer quelles interventions ont donné de bons résultats et pourquoi.

Conclusion

Les patients atteints de cancer du poumon peuvent avoir divers besoins insatisfaits pour lesquels il leur faudrait obtenir de l'aide. Il importe de cerner les problèmes éventuels aussi efficacement que possible afin de pouvoir fournir aux patients les ressources qui conviennent à leur cas. Des problèmes de nature physique tels que le manque d'énergie et la douleur sont éprouvés par la majorité de ces patients, mais des problèmes d'ordre affectif, psychologique, social, spirituel, pratique et informationnel sont également présents chez certains patients. Nous nous devons d'élaborer des interventions afin d'aider les patients à composer avec toute une gamme de besoins tout au long de l'épreuve du cancer.

Remerciement

Cette étude a été financée par l'Ontario Lung Association par le biais d'une subvention de recherche de l'Ontario Respiratory Care Society.

Références

- Ashbury, F.D., Findley, H., Reynolds, B., & McKerracher, K. (1998). A Canadian survey of cancer patients' experiences: Are their needs being met? *Journal of Pain and Symptom Management*, **16**(5), 298–306.
- Bailey, A.J., Parmar, M.K.B., & Stephens, R.J. (1998). Patient-reported short-term and long-term physical and psychological symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, **16**, 3082–3093.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P., Boyes, A., et al. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer*, **88**(1), 217–225.
- Bradley, N., Davis, L., & Chow, E. (2005). Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, **30**(2), 123–131.
- Brown, J., & Radke, K. (1998). Nutritional assessment, intervention, and evaluation of weight loss in patients with non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, **25**, 547–553.
- Bruera, E., Michaud, M., Vigano, A., Neumann, C., Watanabee, S., & Hanson, J. (2001). Multidisciplinary symptom control clinic in a cancer centre: A retrospective study. *Supportive Care in Cancer*, **9**, 162–168.
- Bultz, B., & Carlson, L.E. (2005). Emotional distress: The sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, **23**, 6440–6441.
- Chapple, A., Ziebland, S., & MacPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: A qualitative study. *British Medical Journal*, **328**, 1470–1474.
- Charles, K., Sellick, S.M., Montesanto, B., & Mohide, E.A. (1996). Priorities for cancer survivors regarding psychosocial needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, **14**(2), 57–72.
- Chow, E., Tsao, M., & Harth, T. (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliative Medicine*, **18**(1), 25–31.
- Corner, J., Plant, H., A'Hern, R., & Bailey, C. (1996). Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. *Palliative Medicine*, **10**(4), 299–305.
- Edmonds, P., Karlsen, S., Khan, S., & Addington-Hall, J. (2001). A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliative Medicine*, **15**(4), 287–295.
- Fallen, H., & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, **13**(5), 359–363.
- Fitch, M.I., Porter, H.B., & Page, B.D. (Eds.). (2008). *Supportive care framework: A foundation for person-centred care*. Pembroke, ON: Pappin Communications.
- Given, C.W., Given, B.A., & Stommel, M. (1994). The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer*, **74**, 2128–2138.
- Hill, K.M., Amir, Z., Muers, M.F., Connolly, C.K., & Round, C.E. (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? *European Journal of Cancer Care*, **12**(1), 35–45.
- Hollen, P.J., Gralla, R.J., & Rittenberg, C.N. (2004). Quality of life as a clinical trial endpoint: Determining the appropriate interval for repeated assessments in patients with advanced lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, **12**, 767–773.
- Hopwood, P., & Stephens, R.J. (1995). Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer: Implications for the evaluation of palliative treatment. *British Journal of Cancer*, **71**, 633–636.
- Hopwood, P., & Stephens, R.J. (2000). Depression in patients with lung cancer: Prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, **18**(4), 893–903.
- Institut national du cancer du Canada. (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*. Toronto, ON : Auteur.
- Jacobsen, P.B. (2007). Screening for psychological distress in cancer patients: Challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, **25**, 4526–4527.
- John, L.D. (2001). Quality of life in patients receiving radiation therapy for non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, **28**, 807–813.
- Kennett, C., & Payne, M. (2005). Understanding why palliative care patients “like day care” and “getting out.” *Journal of Palliative Care*, **21**(4), 292–298.
- Kiteley C., & Fitch M.I. (2006). Comprendre les symptômes éprouvés par les sujets atteints du cancer du poumon. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, **16**(1), 31–36.
- Krishnasamy, M., Wilkie, E., & Haviland, J. (2001). Lung cancer health care needs assessment: Patients' and informal carers' responses to a national mail questionnaire survey. *Palliative Medicine*, **15**(3), 213–227.
- Lia, J., & Girgis, A. (2006). Supportive care needs: Are patients with lung cancer a neglected population? *Psycho-Oncology*, **15**(6), 509–516.
- Maliski, S., Sarna, L., Evangelista, L., & Padilla, G. (2003). The aftermath of lung cancer: Balancing the good and bad. *Cancer Nursing*, **26**(3), 237–244.
- Mitchell, S.A., Beck, S.L., Hood, L.E., Moore, K., & Tanner, E.R. (2007). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **11**(1), 99–113.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., & Gillis, C.R. (2003). How do quality of life data contribute to our understanding of cancer patients' experiences? *Quality of Life Research*, **12**(2), 157–166.
- Morasso, G., Capelli, M., Viterbori, P., DiLeo, S., Alberisio, A., Costantini, M., et al. (1999). Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *Journal of Pain and Symptom Management*, **17**(6), 402–409.
- Sarna, L., Brown, J.K., Cooley, M.E., Williams, R.D., Chernecky, C., Padilla, G., et al., (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum Online*, **32**(1), E9–19.
- Sarna, L., Evangelista, L., Tashkin, D., Padilla, G., Holmes, C., Brecht, M., et al. (2004). Impact of respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. *Chest*, **125**, 439–445.
- Sarna, L., Lindsey, A.M., Dean, H., Brecht, M.L., & McCorkle, R. (1994). Weight change and lung cancer: Relationships with symptom distress, functional status and smoking. *Research in Nursing & Health*, **17**(5), 371–379.
- Solano, J., & Higginson, I. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, **31**(1), 58–68.
- Trippoli, S., Varani, M., Lucioni, C., & Messori, A. (2001). Quality of life and utility in patients with non-small cell lung cancer. *Pharmacoeconomics*, **19**, 855–863.
- Voogt, E., van der Heide, A., van Leeuwen, A.F., Visser, A.P., Cleiren, M.P., Passchier, J., et al. (2005). Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology*, **14**(4), 262–273.
- Whelan, T.J., Mohide, E.S., Willan, A.R., Arnold, A., Tew, A., Sellick, S., et al. (1997). The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer centre. *Cancer*, **80**, 1518–1524.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, **10**(1), 19–28.