Pourquoi les infirmières modèles en oncologie semblent-elles éviter l'usure de compassion?

par Beth Perry

Abrégé

Cette étude phénoménologique avait pour but d'explorer les expériences des infirmières modèles en oncologie afin de dégager ce qui leur permettait d'éviter l'usure de compassion. On a recruté un échantillon intentionnel de 7 infirmières en oncologie identifiées par leurs collègues comme étant des soignantes modèles. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées qui ont fait l'objet d'une transcription ultérieure. Les transcriptions ont été analysées en vue d'en cerner les thèmes récurrents au moyen de trois points de référence : la récurrence des idées, la répétition des idées et enfin, la vigueur d'expression de ces dernières (Owen, 1984). Les résultats se concentrent sur trois thèmes : établir des relations étroites avec les patients, apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient et des moments soufflés d'énergie. La discussion souligne les répercussions pratiques pour les infirmières cliniciennes, les infirmières enseignantes et les gestionnaires de soins de santé.

L'usure de compassion est un sujet de plus en plus abordé dans la littérature infirmière. LaRowe décrit l'usure de compassion comme étant « avoir le cœur gros, une lassitude débilante provoquée par la répétition des réactions empathiques à la douleur et à la souffrance d'autrui » (2005, p. 21 [traduction libre]). L'usure de compassion s'accompagne, éventuellement, de nombreuses répercussions négatives d'ordre personnel et professionnel allant de l'apathie à la dépression en passant par l'hypertension et les erreurs de jugement (Jackson, 2003, p. 22). Quoique la littérature suggère que l'usure de compassion constitue un phénomène bien réel pour certains prestataires de soins, j'ai constaté que celle-ci ne semblait pas être un problème parmi le groupe d'infirmières particulier que j'avais examiné dans le cadre d'un projet de recherche antérieur axé sur les « infirmières modèles en oncologie » (Perry, 1998). Dans ce projet, les « infirmières modèles » étaient, par définition, les infirmières qui effectuaient leur travail de manière exemplaire et qui atteignaient de remarquables résultats pour les patients et pour elles-mêmes (Perry, 1998). Le but de l'étude phénoménologique concernée par cet article était d'explorer les expériences vécues des infirmières modèles en oncologie afin de dégager ce qui leur permettait d'éviter l'usure de compassion. Je présente brièvement, dans les paragraphes ci-dessous, le contexte de l'étude, le processus de recherche, les résultats et les implications pour la pratique.

Le contexte de l'étude

Qu'est-ce que l'usure de compassion?

C'est en 1992 que le concept d'usure de compassion a fait son apparition dans les écrits infirmiers. Il servait à désigner l'épuisement des infirmières qui répondent quotidiennement aux urgences dans les hôpitaux (Figley, 1995). Figley (1995) indiquait que l'usure de compassion a tendance à constituer un problème

pour les prestataires de soins tels que les infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux. L'usure de compassion est connue sous d'autres noms tels que « l'usure du soignant » (Conant, 2007, p. 34). Certains auteurs signalent que l'usure de compassion est assez distincte de l'épuisement professionnel. Par exemple, Schwam (1998) avance qu'au contraire de l'épuisement professionnel qui résulte du stress éprouvé dans le milieu de travail et qui peut être résorbé par des vacances ou un changement de milieu de travail, l'usure de compassion tend souvent à être plus insidieuse et à s'accompagner de répercussions à long terme qui peuvent être difficiles à résorber.

Figley (1983) a défini l'usure de compassion comme étant un « état de tension et de préoccupation lié à l'impact cumulatif du caring » (p. 10 [traduction libre]). D'autres définitions d'auteurs sont que l'usure de compassion est « une réaction de stress chez les personnes émotionnellement dépassées par la prestation des soins à autrui », ou bien « éprouver une commisération et une peine profondes à l'égard d'une autre personne succombant à la souffrance ou au malheur, avec en plus le vif désir d'atténuer la douleur ou d'en supprimer la cause » (Webster, 1989, p. 229 [traduction libre]).

Il n'est pas du ressort de cet article de tenter de décrire en profondeur le *burn-out*, le stress, la détresse morale et le stress post-traumatique, ni de les différencier; tous ces concepts figurent dans les écrits liés à l'usure de compassion ou sont même utilisés à titre de synonymes. Aux fins de la présente étude, l'auteur a essayé de parvenir à un minimum de clarté conceptuelle en utilisant la définition de l'usure de compassion proposée par LaRowe (2005). Comme il a été mentionné dans l'introduction, LaRowe (2005) définit l'usure de compassion comme étant « avoir le cœur gros, une lassitude débilante provoquée par la répétition des réactions empathiques à la douleur et à la souffrance d'autrui » (2005, p. 21 [traduction libre]).

Causes de l'usure de compassion

Les causes de l'usure de compassion signalées dans les écrits comprennent les suivantes : « le fardeau émotionnel de l'exposition aux événements traumatiques de patients » (Schwam, 1998, p. 1), une accumulation de « résidus d'ordre moral » qui finit par mener à l'angoisse (Hanna, 2004, p. 73), le « coût de prendre soin d'autrui sans récompenses ni résultats » (Tunajek, 2006, p. 24), « se préoccuper trop d'autrui et pas assez de soi-même » (Tunajek, 2006) et enfin, « l'absorption et l'internalisation des émotions de clients et parfois de collègues » (LaRowe, 2005, p. 21) [traductions libres]). Pour Maslach et Leiter (1997), les causes primaires de l'usure de compassion sont la détérioration de l'esprit de communauté qui survient lorsque le rythme effréné du travail

Beth Perry, inf., PhD, Professeure agrégée, Centre for Nursing and Health Studies, Université Athabasca—Edmonton, AB, bethp@athabascau.ca

détruit l'esprit de corps entre collègues et le conflit de valeurs qui apparaît lorsque les employés sont obligés d'exécuter des tâches contraires à l'éthique ou à leurs valeurs personnelles. Musick (1997), quant à lui, voit dans le conflit avec soi-même la source de stress qui provoque l'usure de compassion. Musick (1997) affirme que les demandes autogènes et les attentes déraisonnables créent des pressions pour les infirmières. Pour reprendre les mots d'Espeland (2006), « il se peut que les infirmières n'aient de pires ennemis qu'elles-mêmes et qu'elles s'ouvrent au risque de succomber à l'usure de compassion » (p. 180) [traduction libre]).

Symptômes de l'usure de compassion

Conant (2007) avance que même si l'usure de compassion n'est pas « mentionnée à titre de maladie dans un grand nombre de manuels de diagnostic ... elle n'en est pas moins débilatante » (p. 34 [traduction libre]). Ses symptômes varient mais les rapports de recherche la concernant signalent les cauchemars, l'anxiété, l'insomnie, l'hypervigilance, l'angoisse à l'idée d'aller au travail, l'absentéisme, les erreurs de jugement, l'engourdissement des émotions, des doutes sur le plan religieux et la difficulté de concentration (Conant, 2007, p. 34). Tunajek (2006) écrit que l'usure de compassion est un « syndrome en évolution qui englobe des comportements et symptômes multiples allant de la fatigue éreintante à l'anxiété en passant par des troubles psychologiques et physiques » (p. 24 [traduction libre]).

Prévention et traitement de l'usure de compassion

La littérature présente un grand nombre de stratégies visant à prévenir et à résorber l'usure de compassion; elles incluent, entre autres, établir un juste équilibre entre le travail et les loisirs, parler à autrui, trouver un exutoire émotionnel tel que pleurer ou pratiquer une activité physique et enfin, fréquenter des groupes de soutien (Figley, 1995). Dans un article sur la revitalisation de la carrière et la prévention de l'épuisement, Espeland (2006) suggérerait que l'usure de compassion pouvait être évitée et résorbée grâce à « un ajustement des attitudes ». En particulier, en vue de « revitaliser leur carrière... les individus ont besoin de modifier leurs processus cognitifs et leurs points de vue relatifs aux personnes et aux choses qui peuvent y contribuer » (Espeland, 2006, p. 178 [traduction libre]).

L'usure de compassion et les soins infirmiers en oncologie

Il semble raisonnable de penser que les infirmières qui œuvrent auprès de patients atteints de cancer courent le risque éventuel de succomber à l'usure de compassion. Les prestataires de soins infirmiers en oncologie sont amenés à soigner des personnes pouvant exiger des interventions complexes sur les plans physique, émotionnel et spirituel. De nombreux auteurs, dont Barrett (2004) et Yates (2004), ont reconnu que les soins infirmiers en cancérologie constituent une profession particulièrement stressante. de Carvalho, Muller, de Carvalho et de Souza Melo (2005) ont tenté de quantifier le niveau de stress éprouvé par les infirmières en oncologie. Les 35 infirmières en oncologie de leur étude ont accordé la cote « stressant » à 38 des 50 situations de travail (de Carvalho et coll., 2005). D'après Vachon (2001), l'usure de compassion peut naître du besoin constant que ressentent les infirmières en oncologie de donner aux autres et de leur fournir un soutien. Dans leur discussion sur le maintien en poste des infirmières en oncologie, Hayes, Ponte, Coakley et Stanghellini (2005) ont cerné « l'usure de compassion à titre de facteur pouvant amener les infirmières à quitter l'oncologie » (p. 1090 [traduction libre]). Il est capital que les professionnels de cette spécialité considèrent attentivement le risque qu'ils courent d'éprouver l'usure de compassion. Cet article explore, pour le bénéfice des lecteurs et lectrices, comment un groupe d'infirmières en oncologie modèles semble capable d'éviter l'usure de compassion.

Processus de recherche

Une démarche de recherche phénoménologique descriptive (van Manen, 1997) a été utilisée puisque l'étude visait à déterminer s'il y avait quoi que ce soit dans les expériences de ce groupe d'infirmières qui prévenait l'apparition de l'usure de compassion.

Les processus de recherche étaient conformes à l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain, 2005). Toutes les participantes à l'étude ont donné leur consentement après avoir été pleinement informées du but de l'étude et des processus connexes. Les participants éventuels avaient la possibilité de ne pas participer ou de se retirer de l'étude en tout temps sans aucune pénalité. De plus, les participantes ont eu l'opportunité de passer en revue la transcription de leurs conversations et de modifier ou d'éliminer des commentaires. Les infirmières participantes ont été informées que leurs noms, celui de leur lieu de travail et ceux des patients dont elles faisaient mention dans leurs conversations seraient modifiés dans tous les rapports afin qu'ils demeurent confidentiels.

On a procédé au recrutement d'un échantillon intentionnel de 7 infirmières œuvrant dans des milieux où elles soignaient principalement des personnes atteintes de cancer. Ces milieux incluaient une unité de soins palliatifs actifs, un centre de soins palliatifs et une unité d'oncologie pour adultes. Les 4 premières des 7 participantes ont été recrutées dans l'unité de soins palliatifs actifs. Les participantes étaient toutes des « infirmières modèles » puisqu'elles avaient été choisies par leurs collègues qui souhaitaient que ce soient elles qui les soignent, ainsi que leurs proches, s'ils devaient être atteints du cancer (Perry, 1998). Ces infirmières modèles effectuaient leur travail de manière exemplaire, obtenaient des résultats exceptionnels pour leurs patients et en subissaient à leur tour l'influence positive (Perry, 1998).

La définition d'infirmière modèle utilisée dans l'étude est corroborée par les écrits spécialisés. D'autres auteurs ont utilisé pour les soins infirmiers modèles ou exemplaires des définitions similaires à celle de Perry. Par exemple, Olthuis, Dekkers, Leget et Vogelaar (2006) font remarquer que l'infirmière modèle possède plus d'un ensemble d'habiletés. Pour reprendre leurs mots, « des soins infirmiers exemplaires engagent l'identité personnelle de l'infirmière » (Olthuis et coll., 2006, p. 29 [traduction libre]). De même, dans une étude sur le développement de l'expertise infirmière, Schoesler et Farish (2007) concluaient que l'excellence en soins infirmiers « émane de l'être intérieur plutôt que d'être imposée de l'extérieur et [qu']elle aspire à améliorer les soins au patient pour le seul bénéfice du patient » (p. 172 [traduction libre]). Parish (2007) a également souligné l'importance du rapport entre le patient et l'infirmière en affirmant que les soins infirmiers modèles ont « les relations en leur centre » (p. 23).

Dans le cadre de l'échantillonnage préliminaire, la chercheuse a demandé à un groupe d'infirmières d'une unité de soins palliatifs d'identifier les infirmières exemplaires parmi leurs collègues en indiquant, de manière anonyme, le nom des infirmières par qui elles voudraient être soignées, elles-mêmes ou bien leurs proches, si le cancer devait les frapper. Des membres de ce groupe de participantes éventuelles ont été invités, de façon aléatoire, à participer à l'étude. La sélection aléatoire au sein du bassin d'infirmières nommées avait été recommandée par les gestionnaires de l'unité afin qu'aucune des infirmières qui travaillait dans l'unité où le recrutement avait commencé ne sache avec certitude si elle avait été ou non nommée en tant qu'infirmière modèle. Les gestionnaires jugeaient qu'un processus aléatoire permettrait d'éviter d'éventuels sentiments négatifs chez les infirmières non nommées. Seules les infirmières qui ont été

invitées ultérieurement à participer savaient qu'elles avaient été nommées par leurs pairs. La chercheuse a invité, par le biais du courriel, du téléphone ou du courrier, les infirmières nommées dans le cadre d'une sélection aléatoire à prendre part à l'étude. Quatre infirmières ont accepté l'invitation. Le recrutement des participants en provenance de l'autre milieu de soins mentionné ci-haut a été effectué en demandant aux participantes déjà sélectionnées de recommander des collègues d'autres établissements qu'elles considéraient être des « infirmières modèles ». Tous les participants étaient des femmes et avaient plus de 10 années d'expérience en oncologie ou en soins palliatifs. La collecte des données et le recrutement des participantes ont été poursuivis jusqu'à ce qu'on obtienne la saturation des données avec un échantillon de 7 participantes.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire des conversations individuelles entre la chercheuse et les participantes. Chaque conversation avait lieu à une date et dans un endroit choisis par la participante et durait d'une heure à une heure et demie. Pendant chaque conversation, la participante et la chercheuse engageaient la discussion sur le thème de l'usure de compassion. La chercheuse lançait la conversation en présentant la définition de l'usure de compassion selon LaRowe (2005). C'est également à ce moment-là que la chercheuse mentionnait aux participantes ses travaux antérieurs sur les infirmières modèles et que, selon ses observations, celles-ci ne semblaient pas manifester de signes d'usure de compassion. Cette introduction était suivie d'une question d'ordre général comme « Avez-vous déjà été atteinte d'usure de compassion? » La chercheuse a ensuite posé des questions de suivi individualisées convenant aux commentaires de chaque participante afin d'explorer en profondeur l'expérience de chacune. Les conversations ont été enregistrées avant d'être transcrites mot pour mot.

L'analyse des données a suivi une démarche prônée par Owens (1984). En particulier, les transcriptions ont été analysées en vue d'en cerner les thèmes récurrents au moyen de trois points de référence (Owens). Il s'agit de la récurrence des idées, de la répétition des idées et enfin, de la vigueur d'expression des idées (Owens).

Les résultats ont permis de dégager trois thèmes : établir des relations étroites avec les patients, apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient, des moments soufflés d'énergie. Ces résultats ont des implications pratiques pour les infirmières cliniciennes, les infirmières enseignantes et les gestionnaires de soins de santé. La section des résultats débute par la discussion de l'établissement de relations.

Résultats

Établir des relations étroites avec les patients

Succinctement, les infirmières modèles établissaient une relation avec les patients et leurs proches, ce qui les aidait à se mettre à la place de l'autre. Les infirmières exprimaient à maintes reprises que la motivation et l'énergie qui les animaient et les poussaient à prodiguer de soins de qualité exceptionnelle provenaient, en partie, de la réalisation que les patients qu'elles soignaient pourraient être leur mère, leur frère, leur sœur ou leur voisin ou voisine. Les participantes passaient aux actes lorsqu'elles se mettaient à la place de la personne atteinte de cancer. Aux dires de Wendy, « il n'y a pas une journée qui passe sans que je ne me dise, 'Pour l'amour de Dieu, cela pourrait être moi dans ce lit'. Ce moment de réalisation profonde change la manière dont je prodigue des soins. D'une façon ou d'une autre, il alimente mon caring. » Michelle a fait un commentaire similaire en disant : « cela me touche particulièrement lorsque la personne que je soigne est d'un âge proche du mien. Au début, quand cela se produisait, cela avait tendance à rendre les choses plus difficiles, mais aujourd'hui, lorsque la personne atteinte a des choses en commun avec moi, le

même âge ou le fait que nous avons toutes deux de jeunes enfants, je suis davantage capable de fournir des soins infirmiers de première qualité à cette personne. »

En outre, les données suggèrent que les infirmières sont plus susceptibles de savoir comment leurs patients aimeraient être traités quand elles ont conscience des similitudes entre elles-mêmes et les personnes soignées. La fourniture de soins qui correspondent aux besoins et aux vœux d'un patient particulier peut éventuellement amplifier la confiance du patient envers cette infirmière. Lorsqu'un patient se sent bien pris en charge, il est plus probable qu'il réagisse positivement à l'infirmière ayant dispensé des soins appropriés, ce qui déclenche un cycle positif. Il semble, qu'à l'intérieur de ce cycle, les infirmières modèles en viennent à comprendre qu'elles font bien leur travail et qu'elles obtiennent des résultats positifs. Cette réalisation motive les infirmières à continuer d'exercer leur métier de manière exemplaire. Il est possible que le catalyseur de cette expérience positive soit le moment de rapport étroit où l'infirmière se rend vraiment compte que le patient est tout simplement un semblable qui occupe, dans la relation, la place de personne soignée.

L'incident ci-dessous a été rapporté par une infirmière du nom de Justine. Il semble saisir le cycle rapports étroits et soins optimaux. Voici un extrait des propos de Justine :

Mon patient était atteint d'un cancer gastrointestinal et il avait bien du mal à supporter les traitements de chimio. Il s'appelait Jocquim et il avait de jeunes enfants. Pour moi, l'argument décisif a été le jour où je l'ai vu dans son lit d'hôpital avec, à ses côtés, ses deux gamins. Je n'ai pas pu m'empêcher de penser à mes propres enfants à la maison. J'ai vraiment produit mes plus grands efforts pour Jocquim. Je me rendais immédiatement à son chevet lorsqu'il appuyait sur la sonnerie d'appel. J'étais heureuse de me déranger afin de lui offrir des petits quelques choses. Je m'efforçais d'être attentive et de me souvenir de ce qu'il aimait bien. Quoiqu'il était mal en point, ses facultés mentales étaient encore vives et je faisais l'effort de lui proposer des choix. Des petits détails du genre, 'veux-tu ton bain dès maintenant ou dans une heure?', ou bien 'aimerais-tu que les rideaux soient ouverts ou fermés?'. Il semblait vraiment se calmer lorsqu'il avait la possibilité d'exprimer ses préférences et j'ai pu, ultérieurement, l'aider plus en profondeur à composer avec les pertes qu'il éprouvait, mais tout avait commencé le jour où c'est une image de moi que j'ai vue dans le lit d'hôpital.

Plus tard dans sa conversation, Justine ajoute : « D'une façon ou d'une autre, l'établissement d'un rapport étroit avec le patient par le biais de quelque chose que nous avons en commun, que ce soit un domaine d'intérêt, un passe-temps, la ville d'origine ou la vue d'une photo du patient prise avant que la maladie ne le frappe, m'aide à prodiguer des soins plus empathiques. »

Un autre élément important de l'établissement du rapport initial avec le patient était de connaître des détails de l'histoire et des circonstances du patient. Les infirmières indiquaient qu'il leur était plus facile d'avoir des rapports étroits lorsqu'elles avaient une idée des antécédents de vie du patient. Par exemple, en savoir un peu sur le métier exercé par le patient, ses passe-temps et sa vie de famille aidait « à donner un côté humain à la personne », de dire Justine. Si le cancer ou son traitement provoquait chez le patient une grande insuffisance physique, il importait encore plus que le prestataire de soins ait une idée de l'apparence et des actions du patient lorsqu'il jouissait encore d'une bonne santé. Jackie l'a expliqué ainsi : « J'aime toujours examiner une photo de la personne afin que je puisse voir de quoi elle avait l'air avant d'être atteinte du cancer. Cela m'aide à considérer la personne dans cette perspective et je lui dispense de meilleurs soins, je crois. » Sophia a exprimé un concept similaire lorsqu'elle a dit : « Quand un proche vient partager les souvenirs qu'il a du patient avant qu'il ne soit atteint de sa maladie, c'est

avec grand plaisir que je l'écoute. Cela modifie la manière dont je prodigue des soins au malade parce qu'il s'agit dorénavant de Bill ou de Bob ou d'Alice ou Amy et plus seulement d'un corps couché dans un lit. Je ne ressens pas les mêmes choses à propos de mes patients quand je sais qu'ils jouaient au golf, qu'ils exploitaient un commerce ou qu'ils aimaient aller à la pêche. » Comme Justine l'a rappelé succinctement : « *Je continue de fonctionner efficacement en me rappelant que mes patients sont des gens comme vous et moi.* »

Les infirmières faisaient ressortir, dans leurs conversations, qu'elles accordaient une grande importance à ce qui pourrait sembler être des besoins plutôt insignifiants des patients. L'attention ainsi portée aux « petits détails » jouait un rôle important dans l'établissement des rapports avec les patients. Bien que les infirmières aient de la difficulté à trouver le temps dans leur horaire de travail, elles parlaient de la satisfaction qu'elles éprouvaient lorsqu'elles s'évertuaient de passer des moments empreints de sens avec chacun de leurs patients. Pour reprendre les paroles de Justine, « *cela ne me prend pas plus longtemps de laver le visage de quelqu'un si j'affiche un sourire sur le mien.* »

Pour résumer, il semble que l'établissement de rapports étroits avec les patients soit un préalable à la prestation de soins infirmiers optimaux. Cette dernière est fort appréciée des patients qui fournissent une rétroaction positive aux infirmières sur la manière dont elles accomplissent leur travail. Cette affirmation, qui prenait en partie racine dans la mise en rapport initiale, alimentait le cycle positif de prestation de soins qui stimulait les infirmières modèles. Les infirmières ont donné des exemples des diverses façons dont elles établissaient des relations notamment en reconnaissant les similitudes entre elles-mêmes et leurs patients, en découvrant des détails sur le patient tel qu'il était avant sa maladie et en répondant de manière positive aux besoins des patients.

Apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient

Le deuxième thème qui émergeait des discussions tenues avec les infirmières modèles à propos de la prévention de l'usure de compassion pourrait être décrit comme étant savoir apprécier pleinement les moments significatifs de la relation infirmière-patient. Les infirmières précisaient que, pour elles, faire partie de la relation infirmière-patient représentait un privilège. En particulier, elles décrivaient la mesure dans laquelle les soins infirmiers en oncologie sont caractérisés par d'extraordinaires rencontres professionnelles invitant deux personnes, deux parfaits inconnus au départ, à partager une intimité personnelle et mentale. Pour elles, cette opportunité de s'impliquer dans des rencontres en face à face constituait un « bienfait ». Selon les mots de Jackie, « *souvent, quelques minutes après avoir rencontré leurs patients, les infirmières, du fait de leur rôle, leur demandent d'exposer leur corps et de partager leurs sentiments personnels.* Les infirmières ont une énorme responsabilité. *Quels autres professionnels ont la chance de se retrouver, jour après jour, confrontés à l'essence même de la vie—la relation avec l'autre. Comment ne puis-je pas aimer mon emploi?* » D'une certaine façon, les infirmières assistent au dévoilement de leur semblable et découvrent ce qui compte vraiment dans l'existence humaine, ce qui est réellement chargé de sens. Comme Maureen le confie : « *Je n'ai pas besoin de chercher bien loin tous les jours pour découvrir le but de ma vie. Il est devant moi chaque jour. Mes patients ont vraiment besoin de moi.* »

Les commentaires des infirmières modèles interviewées suggèrent que celles-ci avaient largement conscience de la responsabilité et du privilège associés à leur rôle. Leurs paroles confirmaient qu'elles valorisaient grandement ces moments partagés avec des personnes ayant besoin d'aide et qu'elles saisissaient de plein gré les occasions de faire une différence, dans

le contexte de ces moments. Selon Sarah, « *aujourd'hui encore, après plus de 25 ans d'exercice de la profession, j'éprouve des frissons dans le dos quand je pense à l'ampleur de la confiance que les patients m'accordent. Tout simplement parce que je suis infirmière, ils me disent des choses qu'ils ne me diraient sûrement pas si ma plaque d'identité ne portait pas le mot 'Infirmière'. Cela me fait du bien, je m'en sens un peu spéciale. Ces expériences sont d'une valeur inestimable.* »

Une confiance d'un tel degré facilite le développement de relations empreintes de sens si la confiance est maintenue et si les infirmières répondent aux besoins en toute compétence. Il arrive parfois que la relation infirmière-patient perdure dans le cas des infirmières qui suivent leurs patients tout au long de la trajectoire du cancer, du diagnostic au traitement. D'autres fois, la relation peut être très brève, lorsque la relation se produit dans le cadre d'une procédure en clinique externe, par exemple. Mais, dans tous ces cas, la constante décrite par les infirmières de l'étude était qu'elles prenaient au sérieux chacune des rencontres et qu'elles faisaient de leur mieux pour la personne prise en charge à chaque fois qu'elles prodiguaient des soins. Comme l'a déclaré Sarah, « *J'ai découvert que les petits détails semblent revêtir une grande importance pour beaucoup de mes patients. Si je peux résoudre ces petits détails à leur satisfaction, comme la disposition des choses dans la chambre ou même la bonne prononciation du nom de la personne, cela m'ouvre les portes nécessaires à la satisfaction de besoins plus complexes.* » Carol, une autre participante, s'est exclamée : « *Nous sommes toutes très occupées, mais je prends toujours le temps de saluer le patient par son nom et d'échanger un sourire avec lui. Je veux qu'il sente qu'il n'y a que lui qui compte pour moi durant les moments que nous passons ensemble. Au bout du compte, je trouve qu'en prenant un peu plus de temps, j'en gagne à la longue et que les moments que nous passons ensemble nous satisfont davantage, l'un et l'autre.* »

Les participantes ont également partagé des récits sur les fois où elles ont fait, pour leurs patients, quelque chose de vraiment apprécié. En voici un exemple fourni par Julie : « *il y avait cet homme qui ressentait de la frustration parce qu'il ne savait jamais quel jour on était. Je ne pouvais pas comprendre pourquoi puisqu'il avait un calendrier à côté de son lit. Je pensais qu'il avait l'esprit troublé. Quand je lui en ai parlé, il m'a répondu : 'Je saurais quel jour on est si je pouvais lire ces maudits chiffres!' C'est alors que je me suis aperçue que les chiffres étaient trop petits pour sa vue. J'ai donc pris un feutre noir et je suis passé par-dessus chacun des chiffres afin qu'ils soient plus gros et plus contrastés. Il en était absolument ravi. Il pouvait de nouveau suivre l'écoulement du temps.* »

On a également relié au thème « Apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient » les propos des infirmières modèles sur l'appréciation de toutes les expressions de gratitude. Julie a ainsi dit : « *Tu veux savoir comment je fais pour continuer? Je sais que les récompenses associées à cet emploi viennent aux moments où tu t'y attends le moins et dans les plus petites marques de remerciement.* » Elle a poursuivi en me parlant de la manière dont elle a ressenti la gratitude d'une famille et dont cette expérience l'a motivée à continuer de faire preuve de sollicitude.

J'ai appris très tôt dans ma carrière qu'on n'allait pas me tapoter l'épaule pour me féliciter à chaque fois que je faisais quelque chose de bien, alors j'ai arrêté de m'y attendre sur une base journalière. J'ai cessé de penser que l'infirmière-chef ou une des autres infirmières ou encore un de mes patients allait me dire quelque chose du genre 'Que vous êtes merveilleuse!', ou bien 'Comme vous avez bien fait ça'. Le plus drôle dans tout ça, c'est quand j'ai cessé de m'attendre à ce niveau d'appréciation que j'ai commencé à me sentir appréciée. J'ai découvert que l'appréciation

prend bien des formes et que même la plus petite marque de remerciement m'aide à me sentir utile. Je me souviens d'un monsieur, un petit vieux qui ne souriait jamais. Je crois bien qu'il ne parlait jamais sans que ses phrases ne commencent ou ne finissent par des jurons. Une nuit, il a prononcé le mot 'merci' quand je l'ai bordé. Et pas l'ombre d'un juron! Il y avait une dame qui, de l'opinion du personnel, était 'ingrate et impossible' mais qui m'a demandé quels jours j'allais travailler parce qu'avec moi, 'elle se sentait en sécurité'. Il y avait ce père qui ne m'a pas remerciée de vive voix, mais je voyais bien dans son regard qu'il était heureux de l'attention que je portais au confort physique de son fils tandis que je redonnais du gonflant à son oreiller et que je lui peignais les cheveux à chaque fois que je le faisais changer de position. À mon avis, si tu sais ressentir l'appréciation qui est exprimée en petites doses presque chaque jour, tu sais que tu fais bien ton travail et tu ne succombes pas à l'usure de compassion.

Pour résumer, apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient devient possible lorsque les infirmières accordent de la valeur à l'établissement de relations empreintes de sens avec leurs patients. Les participantes voyaient dans la possibilité de bâtir ces relations à la fois un privilège et une responsabilité faisant partie intégrante de leur rôle. Les infirmières modèles évitaient l'usure de compassion en s'efforçant de voir ces relations avec les patients sous la forme d'un bienfait. Les infirmières avaient conscience de l'importance que revêt la bonne exécution des « petits détails » aux yeux des patients afin de pouvoir établir et maintenir un climat de confiance et des relations empreintes de sens. Les infirmières avaient fini par réaliser que la gratitude des patients pouvait prendre bien des formes. En outre, les infirmières modèles évitaient l'usure de compassion – en partie du moins – en appréciant pleinement les moments significatifs de la relation infirmière-patient.

Des moments souffles d'énergie

Un troisième thème s'est dégagé des discussions avec les infirmières, leur attitude axée sur l'amour de la vie. En d'autres mots, elles venaient au travail avec de l'énergie à revendre et celle-ci imprégnait leurs rencontres avec les patients. Cette énergie prenait de nombreuses formes dont un bon sens de l'humour, un esprit enjoué, une attitude positive ainsi qu'un sentiment de confiance en soi et de connaissance de soi. En insufflant une telle énergie positive dans leur rôle infirmier, les infirmières obtenaient des résultats encourageants à la fois pour les patients et pour elles-mêmes. Comme Julie me l'a répondu quand je lui ai demandé comment elle s'y prenait pour ne pas être accablée par son travail : « *Je revêts mon optimisme protecteur et je ne l'enlève pas un seul instant.* » Sarah exprime à peu près la même idée lorsqu'elle dit : « *Je fais tout pour privilégier une atmosphère enjouée. Je sais que cela peut paraître étrange quand on parle de vie et de mort – quand il est question du cancer – mais avec l'attitude qui convient, les choses se passent mieux, je crois.* » Justine, qui semblait avoir un sens de l'humour irrésistible, s'est faite l'écho des autres en ajoutant : « *lorsque je peux rire avec mes patients, le message véhiculé est que la vie continue. Cela les aide à se relaxer et, pour moi, mon travail et les horribles choses que je vois me pèsent moins.* »

La littérature appuie les dires des participantes sur l'utilisation d'une attitude enjouée comme stratégie de défense contre l'usure de compassion. Potter (1998) recommande un usage approprié de l'humour et du rire dans le contexte professionnel. Pour reprendre ses mots, « l'humour sauvera notre santé mentale et physique ainsi que notre perspective » [traduction libre]. Espeland (2006) affirme que les infirmières qui sont capables de trouver de l'humour dans des situations stressantes peuvent concevoir de nouvelles perspectives par rapport aux situations et se protéger de l'usure de compassion.

Il est possible que ce soit l'importance de l'attitude que les infirmières de l'étude suggéraient dans leurs commentaires au sujet de l'usage de l'humour et d'une approche enjouée. Les infirmières ne contrôlent pas toujours tous les aspects de leur environnement de travail, mais elles contrôlent la manière dont elles réagissent aux circonstances. Comme les infirmières modèles semblent l'avoir découvert, une réaction positive à une situation difficile se solde souvent par de meilleurs résultats pour toutes les parties prenantes. Penchons-nous sur ce récit partagé par Michelle.

Les choses s'annonçaient vraiment mal pour la journée. J'avais cinq minutes de retard pour la réunion d'attribution des patients. Je ne pouvais pas trouver de chaise. J'ai renversé mon café sur mon uniforme. Ma liste de patients était injustement lourde et on me demandait de m'occuper de James. James avait un cancer à la tête et il souffrait vraiment beaucoup. J'aurais pu passer tout mon quart à m'occuper de lui. D'ailleurs, je n'ai pas été surprise d'entendre sa sonnerie retentir alors que je sortais de la réunion. Mais lorsque j'ai ouvert la porte de sa chambre, j'ai eu le choc de ma vie. Il était assis, tout mouillé et complètement nu. Sa sonde d'alimentation s'était débranchée et son contenu s'était répandu partout. J'en ai presque eu envie de pleurer puis je me suis mise à rire en contemplant cette scène lamentable. Quelque part, au plus profond de moi, j'ai réussi à trouver quelque chose d'amusant dans cette scène, tandis qu'il était assis, une main sur ses parties privées. Il avait essayé de changer de chemise d'hôpital, mais y avait renoncé et avait appuyé sur la sonnette pour qu'on vienne l'aider. En souriant, je lui ai dit : 'Patiencez un instant, James, nous allons vous nettoyer ça en un rien de temps!' Et aussitôt dit, aussitôt fait. En peu de temps, la scène a cédé la place à un patient confortablement installé et une chambre bien propre; ma journée s'annonçait bien.

Discussion

Dans une étude exploratoire comme celle-ci, il se peut que l'analyse des données ne soit jamais complète; elle évolue plutôt en spirale d'une complexité croissante (Polit et Hungler, 2001). À mesure que je lisais et relisais les transcriptions afin de les saisir en profondeur, les possibilités de discussion ne cessaient de s'amplifier. Je suis revenue au but de l'étude qui était d'explorer le phénomène et j'en ai conclu que l'exploration se déroule souvent en plusieurs étapes. La recherche présentée dans cet article ne constitue qu'un premier pas dans la compréhension des raisons pour lesquelles les infirmières modèles en oncologie semblent éviter l'usure de compassion. D'autres activités de collecte, d'analyse et d'exploration des données auprès de ces participantes et d'autres infirmières sont nécessaires si l'on veut saisir plus à fond ce phénomène complexe. La série initiale de thèmes présentée dans le présent article soulève des questions qui méritent d'être explorées plus en détail. C'est à cette fin que je présente ci-dessous une discussion de l'attitude et du lien entre l'attitude et les valeurs ainsi que des stratégies permettant de favoriser une attitude positive. Je décris en outre les thèmes sur lesquels pourraient porter les analyses et travaux de recherche ultérieurs.

Attitude

Le concept de l'attitude s'est dégagé lors de la détermination d'un lien commun entre les trois thèmes « établir des relations étroites avec les patients », « apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient » et « des moments souffles d'énergie ». L'attitude, synonyme de « point de vue », est définie de la manière suivante : « un état mental complexe mettant en jeu les croyances, les sentiments et les valeurs ainsi que les dispositions de l'être à agir de certaines façons » (Webster's Dictionary, 1990 [traduction libre]). Il se peut que l'établissement

de relations étroites, la pleine appréciation des moments significatifs de la relation infirmière-patient et une conception de la vie enjouée exigent une certaine attitude de la part de l'infirmière. Est-il possible que l'absence d'usure de compassion chez les infirmières modèles en oncologie prenne racine dans l'attitude ou les points de vue qu'elles entretiennent?

De bien des manières, notre attitude colorie la conception que nous avons de la vie, la manière dont nous vivons les succès et les calamités qui ponctuent nos journées et la manière dont nous percevons les personnes qui croisent notre chemin. Les processus mentaux qui constituent notre attitude semblent avoir une incidence très directe sur la façon dont nous éprouvons notre vie. L'attitude est une décision (Yamshon, 2004). Il semble bien que les infirmières de l'étude ont délibérément décidé de placer leurs expériences de travail sous le signe de la positivité. Comme Maslach, Schaufeli et Leiter (2001) le suggèrent, transformer la pensée négative en pensée positive peut avoir une énorme incidence sur l'expérience des infirmières face aux situations de travail. Par exemple, les infirmières entretenant un point de vue négatif pourraient voir dans l'oncologie un domaine déprimant et pénible sur les plans physique et affectif. Au contraire, une infirmière ayant un point de vue positif considérera les soins infirmiers en oncologie comme étant un défi stimulant; l'occasion de faire une réelle différence dans la vie de personnes, à des périodes particulièrement critiques.

Le lien entre l'attitude et les valeurs. Comme la définition l'indique, l'attitude prend source dans les valeurs entretenues par la personne. Leners, Roehrs et Piccone (2006) avancent que les valeurs sont acquises; il est possible de les enseigner directement ou de les apprendre indirectement en observant la conduite d'autrui (p. 504). Ces auteurs affirment également que les valeurs infirmières sont « l'essence de l'exercice infirmier » (p. 504 [traduction libre]). Aiken et Catalano (1994) écrivent que les valeurs infirmières fondamentales contribuent au sentiment d'identité de l'infirmière ou à sa façon d'être. La façon d'être n'englobe-t-elle pas aussi la façon de penser, c'est-à-dire l'attitude?

Quoiqu'il y ait, dans les écrits, une quasi-unanimité sur l'importance des valeurs infirmières fondamentales, le débat n'est pas clos sur ce qui constitue ces valeurs. Je partage l'avis de Beasley (2006) qui les a résumées ainsi : « les valeurs infirmières fondamentales sont des soins de qualité axés sur le patient » (p. 27 [traduction libre]) avec l'altruisme, à titre de valeur sous-jacente (Perry, 2005). Les infirmières modèles en oncologie participant à la présente étude ont possiblement démontré qu'elles embrassaient et appliquaient ces valeurs fondamentales, qu'elles étaient animées par ces valeurs lesquelles alimentaient à leur tour leur attitude positive envers leur travail. Ceci me rappelle la citation de Descartes « Je pense, donc je suis » (Keeling, 1968). Selon certaines interprétations, cette citation signifie que la pensée influe sur l'action mais aussi que l'action influe sur la pensée. Ce cycle fait peut-être partie des morceaux du puzzle qui explique pourquoi les infirmières manifestant une certaine attitude semblent éviter l'usure de compassion.

Stratégies visant à promouvoir une attitude positive. Comment les infirmières en oncologie, les infirmières enseignantes et les gestionnaires de soins de santé peuvent-elles promouvoir les valeurs entraînant une attitude positive relativement à la vie et aux soins en cancérologie? Des études de Schank, Weis et Ancona (1996) et de Schank et Weis (2001) ont démontré que l'éducation joue un rôle important dans l'acquisition des valeurs professionnelles. Les programmes d'études universitaires et les programmes d'éducation permanente destinés aux infirmières doivent inclure l'enseignement des valeurs professionnelles et le façonnement des attitudes.

De plus, comme il a été signalé plus haut, l'acquisition des valeurs peut se faire, en partie, en observant autrui. Le partage de récits constitue peut-être une stratégie d'enseignement par le biais de laquelle les valeurs des infirmières modèles peuvent être « observées » de manière virtuelle et espérons-le, transmises aux autres. L'utilisation de récits est un puissant outil pédagogique. Comme Harris (2006) l'a expliqué : « Le conte est bien plus qu'une conversation ordinaire, il explore davantage les émotions » (p. 14 [traduction libre]). Wright (2006) poursuit dans la même voie en ajoutant que l'écoute de récits nous aide à empathiser et à transformer ces sentiments en actions (p. 22). C'est peut-être la manière dont les récits concernant des soins exemplaires pourraient influencer les valeurs et déclencher des réactions en chaîne vers l'atteinte d'une attitude positive. L'échange de récits et l'établissement de relations de mentorat avec des modèles de comportement pourraient constituer une stratégie efficace en vue de prévenir l'usure de compassion chez les infirmières ou de la résorber lorsqu'elle a fait son apparition.

Thèmes suggérés pour les recherches et analyses à venir

Comme dans tous les travaux de recherche, de nombreuses questions sont soulevées, et de nombreux thèmes attendent analyses, développements et discussions. Un thème préoccupant qui pointe dans la littérature est que le caring et l'empathie, lesquelles sont souvent incluses dans les valeurs fondamentales des infirmières et d'autres professionnels de la santé, figurent parmi les causes de l'usure de compassion. Il est perturbant d'apprendre que les valeurs fondamentales qui inspirent les infirmières à embrasser leur profession puissent jouer un rôle dans le déclenchement de l'usure de compassion. Cette idée fait naître d'intéressantes questions de recherche.

D'autres questions soulevées dans le sillage de cette étude—et qui restent sans réponse—comprennent entre autres les suivantes : qu'est-ce qui vient motiver, soutenir, récompenser et satisfaire les infirmières en oncologie et qu'est-ce qui les protège de l'usure de compassion ou empêche cette dernière d'apparaître? De plus, pourquoi les rapports étroits tissés avec les patients/proches semblent-ils être d'un soutien pour certaines infirmières? Pourquoi donc les infirmières semblent-elles établir plus facilement des rapports avec les patients dans lesquels elles perçoivent un reflet d'elles-mêmes? Quels sont les aspects de la pratique des infirmières modèles en oncologie qui favorisent le tissage de liens infirmière-patient? Cela me fait penser à un article de Deborah Boyle (2000) dans lequel elle supplie les infirmières en oncologie « d'embrasser de nouveau le champ interpersonnel de notre pratique » (p. 916 [traduction libre]) puisque, selon elle, cela « créera une culture de compassion formellement décrite comme étant le meilleur atout des soins infirmiers en oncologie » (p. 922 [traduction libre]). Il est nécessaire que des recherches soient faites sur les éléments de déclenchement et de maintien d'une relation interpersonnelle efficace entre infirmières et patients.

Un autre sujet que l'analyse a permis de cerner est la réciprocité au sein de la relation infirmière-patient. Les participantes de l'étude ont utilisé des termes tels que « bienfait », « privilège » et « honneur de soigner » pour décrire leur expérience de fourniture de soins à certaines personnes. Quelle est la récompense que les infirmières reçoivent pour la prestation de soins exemplaires et qu'elles considèrent être un bienfait? Mme Jean Watson (1989, p. 132) parle de « caring transpersonnel », l'expérience au sein de laquelle à la fois l'infirmière et le patient subissent une transformation du fait de l'intervention de soins. Dans le même ordre d'idées, Perry (1998) a également abordé ce phénomène où l'infirmière et le patient tirent, tous deux, quelque chose de positif de leur relation, une expérience à

laquelle elle a donné le nom de « transcendance mutuelle ». Ce cycle positif est un riche terrain de recherche pour de futures études car il semble constituer un élément clé d'une relation infirmière-patient efficace où le bien-être des deux intervenants est rehaussé.

Conclusion

Il semblerait qu'il existe, au sein de l'expérience de vie des infirmières modèles en oncologie, quelque chose qui prévient l'apparition de l'usure de compassion. Les trois principaux thèmes dégagés à savoir, établir des relations étroites avec les patients, apprécier les moments significatifs de la relation infirmière-patient et des moments souffles d'énergie, amènent à penser que la conception de la vie chez ce groupe d'infirmières joue un rôle clé dans le déclenchement du cycle positif de prestation de soins qui empêche l'apparition de l'usure de compassion. Les résultats de cette étude ont

des implications pour les infirmières cliniciennes, les infirmières enseignantes et les gestionnaires de soins de santé s'efforçant de prévenir et de résorber l'usure de compassion. Il est essentiel de réaliser d'autres études en vue de mieux saisir les liens éventuels entre l'acquisition et l'application des valeurs infirmières fondamentales et le développement d'une conception de vie positive puisque cette dernière semble contribuer à la prévention de l'usure de compassion. Bien d'autres questions sont soulevées, pour la toute première fois, du fait de la tenue de cette étude, et il sera nécessaire de les explorer plus à fond; il faudra se pencher sur la cause de l'étroitesse de la relation infirmières-patients et sur la nature et le rôle de la réciprocité au sein de cette relation. Si l'usure de compassion peut être évitée, ou au moins résorbée efficacement lorsqu'elle se produit, le bien-être personnel et professionnel des infirmières et les soins de leurs patients ne seront pas compromis. ♣

Références

- Aiken, T., & Catalano, J. (1994). **Legal, ethical and political issues in nursing**. Philadelphia: Davis.
- Barrett, L. (2004). A review of cancer nursing workforce issues in Australia. **Cancer Forum**, 28(3), 134–137.
- Beasley, C. (2006). Voices. **Nursing Standard**, 21(6), 27.
- Boyle, D. (2000). Pathos in practice: Exploring the affective domain of oncology nursing. **Oncology Nursing Forum**, 27, 915–922.
- Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (2005). Récupéré le 4 avril, 2007, à <http://www.ncehr-cnerh.org/francais/accueil.php>
- Conant, E. (2007). To share in the horror: For thousands who treat veterans suffering from posttraumatic stress disorder compassion fatigue is a very real problem. **Newsweek**, p. 34.
- de Carvalho, E., Muller, M., de Carvalho, P., & de Souza Mela, A. (2005). Stress in the professional practice of oncology nurses. **Cancer Nursing**, 28(3), 187–182.
- Espeland, K. (2006). Overcoming burnout: How to revitalize your career. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, 37(4), 178–184.
- Figley, C. (1983). Catastrophes: An overview of family reaction. In C. Figley & A. McCubbin (Eds.), **Stress and the family**, Vol. 11. NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1995). **Compassion fatigue**. New York: Brunner/Mazel.
- Hanna, D. (2004). Moral distress: The state of the science. **Research and Theory for Nursing Practice**, 18(1), 73–93.
- Harris, M. (2006). Tell me a story. **Mental Health Today**, 14–16.
- Hayes, C., Ponte, P., Coakley, A., & Stanghellini, E. (2005). Retaining oncology nurses: Strategies for today's nurse leaders. **Oncology Nursing Forum**, 32(6), 1087–1090.
- Jackson, C. (2003). Healing ourselves, healing others: Third in a series. **Holistic Nursing Practice**, 18(4), 199–211.
- Keeling, S. (1968). **Descartes**. Oxford: Oxford University Press.
- LaRowe, K. (2005). **Compassion fatigue: The heavy heart**. Retrieved March 22, 2007, from <http://www.compassion-fatigue.com/index.asp?PG=55>
- Leners, D., Roehrs, C., & Piccone, A. (2006). Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. **Journal of Nursing Education**, 45(12), 504–511.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). **The truth about burnout** (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, 397–422.
- Musick, J.L. (1997). How close are you to burnout? **Family Practice Management**, 4(4), 31–46.
- Olthuis, G., Dekkers, W., Leget, C., & Vogelaar, P. (2006). The caring relationship in hospice care: An analysis based on the ethics of the caring conversation. **Nurs Ethics**, 13(1), 29–40.
- Owen, W.F. (1984). Interpretative themes in relational communication. **Quarterly Journal of Speech**, 70, 274–287.
- Parish, C. (2007). Power to the profession. **Nursing Standard**, 21(31), 22–24.
- Perry, B. (1998). **Moments in time: Images of exemplary nursing care**. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- Perry, B. (2005). Core values brought to life: Exemplary nurses share their stories. **Nursing Standard**, 20(7), 41–49.
- Polit, D., & Hungler, B. (2001). **Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization** (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Potter, B. (1998). **Overcoming job burnout: How to renew enthusiasm for work**. Berkeley, CA: Ronin.
- Schank, M.J., & Weis, D. (2001). Service and education share responsibility for nurses' value development. **Journal for Nurses in Staff Development**, 17, 226–233.
- Schank, M.J., Weis, D., & Ancona, J. (1996). Reflecting professional values in the philosophy of nursing. **Journal of Nursing Administration**, 26(7–8), 55–60.
- Schoessler, M., & Farish, J. (2007). Development at the bedside: Evolutionary development of the experienced registered nurse. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, 38(4), 170–176.
- Schwam, K. (1998). The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing. **AORN Journal**, 68, 1–7.
- Tunajek, S. (2006). Compassion fatigue: Dealing with an occupational hazard. **AANA Journal**, 60(9), 24–27.
- Vachon, M.L.S. (2001). The nurse's role: The world of palliative care nursing. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), **Textbook of palliative nursing** (pp. 647–662). New York: Oxford University Press.
- van Manen, M. (1997). **Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy**. London: Althouse.
- Watson, J. (1989). Human caring and suffering: A subjective model for health services. In J. Watson & R. Taylor (Eds.), **They shall not hurt: Human suffering and human caring**. Boulder, CO: Colorado Associated University.
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language**. (1990). NY: Gramercy Books.
- Wright, S. (2006). Finest of the fine arts. **Nursing Standard**, 21(4), 20–23.
- Yates P. (2004). Recent developments in cancer nursing. **Cancer Forum**, 28(3), 119–120.
- Yamshon, L. (2004). Create an atmosphere of harmony. **Canadian Medical Association Today**, 37(5), 34.