Effets d'une intervention éducative sur l'anxiété de la femme en attente d'une mastectomie

Par France Provençal Belleau,
Louise Hagan et Benoît Mâsse

Abrégé

Le but de cette étude expérimentale était d'évaluer les effets d'une intervention éducative psychocognitive individualisée sur l'anxiété préopératoire des femmes en attente d'une mastectomie. Un total de 60 femmes âgées entre 27 et 65 ans furent randomisées dans deux groupes de 30 femmes. L'instrument utilisé, l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle (IAS), a permis d'observer à l'aide d'une analyse de variance à mesures répétées, qu'immédiatement après les interventions éducatives (expérimentale et contrôle), il y avait une réduction significative ($p < 0,01$) de l'anxiété, le groupe expérimental produisant une réduction additionnelle de 4,83 ($p = 0,05$). La veille de la chirurgie, seule l'intervention éducative expérimentale procurait une réduction significative ($p = 0,03$) de l'anxiété, mais la différence de l'effet entre les deux interventions éducatives n'est pas significative. Ces résultats semblent donc supporter la théorie Stress, appraisal and coping de Lazarus et Folkman selon laquelle une action directe sur la perception cognitive peut influencer la perception de menace telle qu'évaluée par le niveau d'anxiété.

L'Institut National du Cancer du Canada (INCC, 2000) estime qu'une femme sur 9,5 serait atteinte du cancer du sein au cours de sa vie. Les taux canadiens de cancer du sein seraient parmi les plus élevés au monde (Gaudette, Silberberger, & Atwell, 1994). Dans la période 1975-1992, le taux brut de mortalité dû au cancer du sein chez la femme s'est accru de 69,6% au Québec (Beaupré, 1995). Le cancer du sein vient ainsi au premier rang des cancers affectant les femmes dans cette province canadienne (Beaupré; INCC).

Lorsqu'un cancer est diagnostiqué la femme doit avoir accès à des services hospitaliers médicaux et infirmiers de qualité et ce, dans un contexte où, au Québec, le virage ambulatoire s'effectue très rapidement, bouleversant les pratiques professionnelles et les relations avec les patients (MSSS, 1996). Un des impacts de ce changement organisationnel est la réduction du temps d'exposition des femmes nécessitant une chirurgie aux interventions professionnelles des infirmières, notamment à l'intervention éducative visant à les préparer le plus adéquatement possible à cette chirurgie.

Le problème

La découverte du cancer et l'attente d'une mastectomie génèrent habituellement une grande anxiété (Northouse, 1989; Wainstock, 1991). Cette anxiété est la manifestation de peurs reliées à différents facteurs: la chirurgie elle-même, la douleur appréhendée, la mutilation, ou l'atteinte de l'image corporelle, l'étendue du cancer, la mort, la perte de l'attrait sexuel, et la perte de contrôle (Ali & Khalil, 1991; Lierman, 1984; Northouse; Reaby, Hort, & Vandervord, 1994; Royak-Schaler, 1992; Wainstock). Cette anxiété affecte à divers degrés la capacité de la femme à recevoir et à retenir les informations fournies lors de l'enseignement préopératoire (Haines, 1992; Lamarche, 1993; Oberle, Allen, & Lynkowski, 1994; Ruzicki, 1989; Young, De Guzman, Matis, & McClure, 1994).

L'information adéquate et le soutien émotionnel sont alors des moyens susceptibles d'accroître le sentiment de contrôle nécessaire à la réduction de l'anxiété et conséquemment à l'adaptation au stress que représente la mastectomie (Palsson & Norberg, 1995).

Les contenus enseignés aux femmes sont le plus souvent standardisés. Ils ne sont donc pas nécessairement spécifiquement et directement reliés aux besoins perçus par les femmes elles-mêmes à ce moment de l'épisode de soin. Ces contenus concernent le plus souvent des aspects techniques (préparation physique à la chirurgie, sensations physiques attendues, exercices respiratoires, et habiletés motrices à acquérir). L'expression des émotions et l'écoute active des craintes ou des inquiétudes ne font pas prioritairement et systématiquement partie des interventions éducatives même si on sait par ailleurs qu'une telle approche peut potentiellement avoir des effets positifs sur la réduction de l'anxiété (Hathaway, 1986; Richardson & O'Sullivan, 1991).

Le but de cette étude est donc d'évaluer les effets d'une intervention éducative psychocognitive individualisée sur l'anxiété des femmes en attente d'une mastectomie.

France Provençal
Belleau

Louise Hagan

Benoît Mâsse

France Provençal Belleau, inf., MSc, est chef de programme du dépistage du cancer du sein, région de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement du Centre Hospitalier Affilié de l'Université Laval de Québec (CHAUQ). Louise Hagan, inf., PhD, est professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec. Benoît Mâsse, PhD, est biostatisticien au Centre de Recherche, CHAUQ.

Cadre théorique

Cette étude est basée sur la théorie de l'adaptation au stress de Lazarus et Folkman (1984). Cette théorie explique comment un individu devant une situation stressante procède à une évaluation cognitive (primaire, secondaire, et réévaluation) et fait face au problème en adoptant diverses stratégies adaptatives. Appliquée au contexte de la présente étude, la théorie de Lazarus et Folkman guide l'identification des facteurs perçus par les femmes comme étant des éléments de menace à leur intégrité physique, psychologique, et sociale et d'orienter en priorité les interventions éducatives vers ces facteurs stressants. Les interventions éducatives se veulent une ressource externe et ainsi une aide à l'adaptation des femmes en fournissant des réponses à la recherche d'informations par les femmes. Ces interventions peuvent modifier l'évaluation cognitive des événements perçus comme étant stressants et en conséquence réduire l'anxiété situationnelle leur étant reliée.

L'hypothèse de recherche est la suivante

Il y aura une plus grande réduction du degré d'anxiété chez les femmes ayant reçu une intervention éducative psychocognitive individualisée que chez les femmes ayant reçu l'intervention éducative de routine et ce, immédiatement après l'intervention éducative et la veille de la chirurgie.

Méthodologie

Devis de l'étude

Il s'agit d'une étude expérimentale pré-test/post-test.

Population et échantillon

La population à l'étude était constituée de femmes en provenance de l'est du Québec ayant reçu un diagnostic de cancer du sein et devant subir une chirurgie (mastectomie simple ou segmentaire avec ou sans évidemment ganglionnaire ou d'une mastectomie radicale modifiée). Elles devaient être âgées entre 21 à 65 ans et être capables de parler et lire le français. Les critères d'exclusion étaient la prise d'une médication anxiolytique sur une base régulière ou un suivi en psychiatrie en raison du biais que pourraient apporter ces conditions à la mesure de l'anxiété situationnelle chez cette clientèle.

Le recrutement des femmes a été réalisé dans un centre hospitalier de courte durée de la région de Québec dans la période du 28 septembre au 18 décembre 1998. Un total de 64 femmes ont été sélectionnées et 60 d'entre elles ont accepté de participer à l'étude. Trois femmes refusèrent en raison d'un manque de temps, de fatigue, et de désintéressement à remplir des questionnaires et une femme se retira en cours d'étude. Les femmes étaient réparties de manière aléatoire soit au groupe expérimental (E) ou soit au groupe contrôle (C) à l'aide d'une table des lettres alphabétiques. Dans les deux groupes, les femmes pouvaient être accompagnées d'une personne significative ou d'un proche si elles le désiraient.

Les variables de l'étude

La variable indépendante

L'approche éducative psychocognitive individualisée constituait la variable indépendante de l'étude. Elle a été définie comme étant la combinaison de l'approche psychothérapeutique et de l'approche cognitive. La dimension psychothérapeutique de l'intervention éducative expérimentale consistait à explorer et à soutenir systématiquement l'expression des sentiments et des émotions de la femme concernant la chirurgie, le diagnostic de cancer, et la relation avec le conjoint ou tous autres aspects constituant une préoccupation ou une source d'anxiété pour la femme. Elle permettait également d'explorer les stratégies adaptatives utilisées

par la femme et encourageait la recherche d'informations. Tout le temps requis était alors alloué à la femme afin qu'elle puisse pleinement exprimer ce qu'elle ressentait au moment de la rencontre et poser toutes les questions souhaitées. Au besoin, on lui offrait quelques minutes de relaxation (ex. respiration diaphragmatique contrôlée) pour calmer l'anxiété. Lors de l'expression des émotions (ex. pleurer) le toucher pouvait constituer une forme de soutien. La dimension cognitive de l'intervention éducative consistait à répondre en priorité aux besoins spécifiques d'informations exprimés par les femmes. On s'assurait alors d'un niveau minimal d'apprentissage soit l'acquisition et la compréhension des connaissances transmises en réponse aux besoins perçus par la femme elle-même et par l'infirmière.

Les outils d'enseignement utilisés étaient des cartes anatomiques, du matériel de démonstration, une brochure d'information concernant la chirurgie, et une vidéo sur le séjour au bloc opératoire.

Cette intervention expérimentale était comparée à l'intervention éducative habituelle plutôt orientée vers une approche cognitive plus directive basée principalement sur un enseignement plus standardisé couvrant toutes les informations des périodes pré, per, et postopératoires reliées à la mastectomie. L'intervention éducative habituelle pouvait aussi à l'occasion faire appel à l'écoute active et au soutien psychologique mais n'accordait pas systématiquement une priorité à l'expression des menaces perçues par les femmes et des sentiments et des émotions reliés.

La variable dépendante

Le degré d'anxiété situationnelle constituait la variable dépendante principale de l'étude.

Instruments de mesure et collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auto-administrés complétés en trois temps: pré-intervention éducative (environ 14 à 19 jours avant la chirurgie), post-intervention éducative (immédiatement après l'intervention éducative, environ 14 à 19 jours avant la chirurgie), et la veille de la chirurgie (un jour avant la chirurgie). Un premier questionnaire était complété dès l'adhésion à l'étude. Il comportait les variables sociodémographiques, les variables reliées à l'histoire de la maladie, à l'existence d'un confident ou à des délais (délai diagnostic - intervention éducative et délai intervention éducative - chirurgie), ainsi que la mesure de l'anxiété situationnelle préopératoire. Le deuxième et le troisième questionnaires mesuraient à nouveau le degré d'anxiété.

L'Inventaire d'Anxiété Situationnelle (IAS) fut l'instrument utilisé pour mesurer le niveau d'anxiété préopératoire de la femme en attente d'une mastectomie avant et après l'intervention éducative, ainsi que la veille de la chirurgie. Le IAS est l'adaptation canadienne française d'un des deux questionnaires de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory - Form Y (STAI-Y) de Spielberger (1983) traduite par Gauthier et Bouchard (1993).

Le IAS se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 20 phrases lesquelles évaluent l'état émotionnel actuel du sujet. Le répondant doit indiquer l'intensité de ses sentiments, sur une échelle de type Likert à quatre points, variant entre 1, «pas du tout» et 4, «beaucoup.» La répartition des énoncés manifestant la présence ou l'absence d'états émotifs déplaisants est égale, soit de 10 énoncés chacun (Bouchard, 1990). Les cotes peuvent varier de 20 à 80. Les cotes faibles reflètent le calme et la détente, les cotes moyennes des niveaux modérés de tension, et d'appréhension tandis que les cotes élevées correspondent à une grande peur, de l'appréhension, et de l'affolement (Bouchard). Les résultats de la présente étude auprès de 60 sujets révèlent une bonne homogénéité des items (Alpha de Cronbach=0,95).

Résultats

Le profil des répondantes

Il n'existe aucune différence statistique au niveau des caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental (intervention psychocognitive individualisée) et du groupe contrôle (intervention standard). L'âge des 30 femmes du groupe contrôle variait entre 36 et 64 ans (M: 51,50; Ét: 7,61) alors que celui des 30 femmes du groupe expérimental variait de 27 à 65 ans (M: 52,17; Ét: 9,00). Il y avait par ailleurs, une différence significative quant à la durée de l'intervention éducative: l'intervention éducative du groupe expérimental (M: 78,50 min.; Ét: 21,38) étant plus longue ($p < 0,01$) que celle du groupe contrôle (M: 50,93 min.; Ét: 16,97). Une différence significative ($X^2 = 4,80$; $df = 1$; $p = 0,03$) fut notée au niveau de la fréquence de la référence psychosociale (travailleuses sociales intervenant auprès des femmes référées): les femmes du groupe expérimental (46,7%) ayant été plus nombreuses à être référées que celles du groupe contrôle (20%).

L'anxiété préopératoire

Le niveau d'anxiété préopératoire a été mesuré avant l'intervention éducative, immédiatement après et la veille de la chirurgie chez les deux groupes (voir tableau 1). Aucune différence significative ($t = 1,57$; $df = 58$; $p = 0,12$) n'était présente entre les deux groupes avant l'intervention éducative.

Afin de vérifier l'efficacité de l'intervention éducative correspondante, une analyse de variance à mesures répétées a été effectuée à l'aide de la procédure PROC MIXED de SAS 6,12. Deux variables réponses sont présentées au tableau 2, une première représentant l'effet immédiatement après l'intervention éducative et l'autre, l'effet juste avant la chirurgie (veille de la chirurgie). Une valeur positive indique une réduction d'anxiété. On constate qu'immédiatement après l'intervention éducative, les deux types d'interventions éducatives procurent une réduction significative de l'anxiété, l'intervention éducative du groupe expérimental procurant une réduction additionnelle, significative, de l'anxiété de 4,83 par rapport à l'intervention éducative du groupe contrôle (10,53 versus 5,70).

De plus, seule l'intervention éducative du groupe expérimental procure également une réduction significative de l'anxiété jusqu'au moment de la veille de la chirurgie. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative de l'efficacité de l'intervention éducative la veille de la chirurgie entre les deux groupes.

Les résultats des tests de corrélation de rang de Spearman et l'analyse de variance démontrent qu'aucune des caractéristiques sociodémographiques, reliées à l'histoire de la maladie, à

l'existence d'un confident ou contextuelles n'est reliée au niveau d'anxiété avant l'intervention éducative.

Nous avons vérifié si l'efficacité des interventions éducatives (expérimentale et contrôle) était reliée aux caractéristiques des répondantes. Par l'analyse de variance, nous avons vérifié s'il y avait homogénéité de l'efficacité de l'intervention éducative dans les différentes catégories du statut civil (ex. célibataire, mariée/union de fait, et séparée/veuve) et du niveau de scolarité.

Nous avons observé dans le groupe expérimental que le fait que la femme soit accompagnée lors de l'intervention éducative semble relié à l'efficacité de l'intervention éducative immédiatement après l'intervention éducative ($rr = 0,43$; $p = 0,02$) et la veille de la chirurgie ($rr = 0,43$; $p = 0,02$). Ces corrélations positives, mais faibles, signifient que l'intervention éducative semble plus efficace lorsque la femme est accompagnée pendant l'intervention éducative. On observe également une corrélation négative ($rr = -0,41$; $p = 0,03$) entre le fait d'avoir une histoire familiale de cancer du sein et l'efficacité de l'intervention éducative. On observe une interaction significative ($p = 0,02$) qui montre qu'une différence d'efficacité des interventions est attribuable à différents statuts. En effet, les femmes mariées ou vivant en union de fait avaient un degré moindre d'anxiété et ce, immédiatement après l'intervention éducative expérimentale.

Dans le groupe contrôle, le fait d'avoir déjà eu une chirurgie pour cancer du sein semble relié ($rr = -0,38$; $p = 0,04$) à l'efficacité de l'intervention éducative la veille de la chirurgie tout comme le délai d'attente (intervention éducative-chirurgie) ($rr = -0,40$; $p = 0,03$). Il semble donc que plus l'attente entre l'intervention éducative et la chirurgie augmente, moins l'efficacité de l'intervention éducative persiste la veille de la chirurgie. Cependant, le nombre de sujets ($n = 5$) ayant déjà eu une chirurgie pour cancer du sein est trop petit pour pouvoir conclure qu'il y a une relation. Une étude avec un échantillon plus grand pourrait peut-être permettre de confirmer la relation.

De même, tant dans le groupe expérimental ($rr = 0,41$; $p = 0,03$) que dans le groupe contrôle ($rr = 0,42$; $p = 0,02$), nous avons observé qu'il existe une association entre le niveau d'anxiété la

Tableau 1: Niveaux d'anxiété préopératoire aux trois temps de mesure

Anxiété	Groupe E (n = 30) Intervention individualisée		Groupe C (n = 30) Intervention standard	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Anxiété avant l'intervention éducative: IAS #1	52,00	15,32	46,33	12,58
Anxiété immédiatement après l'intervention éducative: IAS #2	41,47	12,18	40,63	11,98
Anxiété la veille de la chirurgie: IAS #3	47,03	14,45	44,90	11,76

Tableau 2: Efficacité de l'intervention éducative sur la réduction de l'anxiété immédiatement après l'intervention éducative et la veille de la chirurgie

Efficacité	Groupe E (n = 30) Intervention individualisée		Groupe C (n = 30) Intervention standard		Différence entre les deux groupes	
	Réd. anx.	valeur-p*	Réd. anx.	valeur-p*		
Effet immédiatement après l'intervention éducative: IAS #1 - IAS #2	10,53	<0,01	5,70	<0,01	4,83	0,05
Effet la veille de la chirurgie: IAS #1 - IAS #3	4,84	0,03	1,43	0,51	3,41	0,27

veille de la chirurgie et le fait d'avoir été référée à une ressource psychosociale (travailleuse sociale) en fin d'intervention éducative. En effet, les femmes (n=20) qui ont été référées à une ressource psychosociale avaient une baisse du niveau d'anxiété la veille de la chirurgie de 11,08 (Ét: 13,03) dans le groupe expérimental (n=14) et de 11,00 (Ét: 6,16) dans le groupe contrôle (n=6) comparativement au niveau d'anxiété avant l'intervention éducative. La femme qui signifiait vouloir rencontrer une ressource psychosociale était référée suite à l'intervention éducative (service offert à toutes les femmes en attente d'une mastectomie). Le contact avec la travailleuse sociale pouvait se faire avant ou après la chirurgie selon le désir de la femme. Les analyses n'ont cependant pas été faites en fonction du contact préopératoire (rencontrée ou non), du type (contact téléphonique, entrevue, etc.), et du nombre d'interventions mais plutôt en fonction de la référence psychosociale (référée / non référée).

Discussion

L'intervention additionnelle de la ressource psychosociale (travailleuses sociales à qui certaines femmes étaient référées) avant la chirurgie a potentiellement introduit un biais dans les résultats de la troisième mesure de l'anxiété préopératoire soit celle la veille de la chirurgie. Il aurait fallu contrôler cette variable (référence psychosociale) en faisant les analyses spécifiques (contactée avant chirurgie/non contactée) afin d'évaluer l'impact sur la troisième mesure. De plus, comme le service était offert par deux travailleuses sociales, il aurait fallu s'assurer de l'uniformité de l'intervention psychosociale. Ceci représente donc une limite à cette étude.

Le degré d'anxiété dans la population en général évalué par le State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Spielberger (1983) est établi selon la catégorie d'âge et le sexe. Pour les femmes entre 50 et 54 ans, le niveau d'anxiété moyen est de 32,60 (Ét: 7,30). Un écart-type plus haut que la moyenne indique un niveau d'anxiété élevé (39,90). Ce qui signifie que certaines femmes ayant participé à la présente étude (âge moyen de 52 ans) avaient un niveau d'anxiété élevé avant l'intervention éducative puisque leur niveau d'anxiété était plus de 39,90, soit un écart-type plus haut que la moyenne normative avec des moyennes de 46,33 (Ét: 12,58) et 52,00 (Ét: 15,32) dans les groupes contrôle et expérimental. Ainsi, la perception de menace liée au cancer du sein et à la chirurgie semble donc bien réelle.

L'intervention éducative psychocognitive individualisée visait à réduire le niveau d'anxiété par une influence directe sur la perception de menace et la satisfaction du besoin de connaissances reliées à l'événement stressant. Les résultats de l'étude démontrent qu'immédiatement après l'intervention éducative, on observe que les deux types d'interventions éducatives (expérimentale et contrôle) entraînent une diminution significative du niveau d'anxiété.

Bien que peu d'études aient évalué l'effet d'une intervention éducative individuelle réalisée par une infirmière auprès d'une clientèle en attente d'une chirurgie, les résultats de la présente étude semblent converger avec ceux de l'étude de Shimko (1981) réalisée auprès de 81 clients en attente d'une neurochirurgie où on a observé une diminution du niveau d'anxiété d'un score moyen de 6,0 immédiatement après une intervention éducative individuelle ou en petits groupes axée sur les aspects cognitifs et psychomoteurs. Ces résultats suggèrent donc que le fait de donner uniquement de l'information est suffisant pour réduire le niveau d'anxiété immédiatement après l'intervention éducative.

L'étude de Richardson et O'Sullivan (1991) avec devis quasi-expérimental auprès de 60 clients en attente d'une chirurgie élective démontrait que le groupe ayant reçu une intervention éducative individuelle la veille de la chirurgie avait un niveau d'anxiété

significativement ($F(1,58)=4,97$; $p < 0,05$) plus bas ($M: 40,43$; $Ét: 9,76$) que le groupe n'ayant reçu aucune intervention éducative ($M: 47,16$; $Ét: 14,97$). L'intervention éducative apportait du soutien au client et le contenu était orienté vers les peurs ou craintes et questions en relation avec la chirurgie.

Cliniquement, avec le IAS, une diminution du degré d'anxiété de 5,7 signifie que deux énoncés sur 20 (soit 10% des énoncés) ont été réduits de 2 et qu'un autre a baissé de 1 ou que cinq énoncés (soit 25% des énoncés) ont été réduits de 1, ce qui pourrait être considéré comme signifiant. Une diminution du degré d'anxiété de 10,53, représente 5 énoncés sur 20 (soit 25 % des énoncés) ayant subi une baisse de 2 sur l'échelle de type Likert ou 10 énoncés (soit 50% des énoncés) ayant baissé de 1 par exemple, ce qui représente une réduction additionnelle signifiante. Une réduction additionnelle du degré d'anxiété de 4,83 est donc signifiante pour la femme en attente d'une mastectomie.

Dans le groupe contrôle, l'intervention éducative débutait par le dossier préadmission (vérification de l'exécution des examens diagnostiques et des consultations préopératoires faits et collecte de données habituelles). Les craintes ou inquiétudes en regard de la chirurgie, l'hospitalisation ou le retour à domicile étaient vérifiées mais on n'explorait pas en profondeur les craintes ou les peurs vécues suite au diagnostic de cancer et à l'annonce d'une mastectomie, ni la relation avec le conjoint et la famille depuis le diagnostic. Les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes pour résoudre un problème et le réseau de soutien existant représentaient également des éléments explorés avec la femme mais n'occupaient pas une place prépondérante. Le matériel d'enseignement utilisé et le contenu de l'information en vue de préparer la femme à la chirurgie et aux soins à se donner étaient cependant les mêmes dans les deux types d'interventions éducatives et ces aspects similaires ont probablement contribué à réduire l'anxiété préopératoire. Ceci pourrait également expliquer pourquoi la différence entre les deux interventions éducatives n'est pas plus grande que 4,83.

Il est possible que la durée de l'intervention éducative du groupe expérimental, significativement plus grande ($p < 0,01$) que celle pour le groupe contrôle ait également contribué à un effet plus marqué sur la réduction du niveau d'anxiété dans ce groupe. Le temps plus long d'écoute active et d'expression des émotions peut en effet potentiellement contribuer à réduire davantage l'anxiété en permettant aux femmes de communiquer l'ensemble de leurs préoccupations et des questions reliées à la chirurgie et au diagnostic de cancer du sein et de recevoir les réponses attendues.

Lorsque le niveau d'anxiété est élevé, ce qui est le cas pour les femmes de la présente étude, Lazarus et Folkman (1984) précisent que l'individu utilisera la stratégie d'adaptation orientée vers les émotions avant même que la stratégie d'adaptation orientée vers le problème puisse être initiée. Le fait que l'intervention éducative expérimentale soit axée sur l'expression des sentiments, des émotions et sur le soutien peut avoir contribué à un effet plus marqué sur la réduction de l'anxiété, l'approche utilisée répondant davantage à une stratégie orientée vers les émotions. Nous pouvons donc croire que cette diminution importante de l'anxiété dans le groupe expérimental soit largement attribuable à la nature même de l'intervention expérimentale.

Le contexte de l'intervention éducative expérimentale, soit le fait que les rencontres aient eu lieu dans un local d'enseignement différent (salle conviviale et intime) de celui utilisé pour le groupe contrôle a peut-être aussi contribué à une meilleure disposition de la femme et influencé à la baisse son niveau d'anxiété.

Dans le groupe expérimental, une partie de l'effet de l'intervention éducative sur la réduction de l'anxiété semble persister jusqu'à la veille de la chirurgie (écart de 4,84; $p=0,03$). La différence de l'effet des deux types d'interventions éducatives au moment de la veille de la chirurgie n'est pas significative ($p=0,27$). On ne peut donc prétendre à une efficacité accrue de l'intervention expérimentale.

Dans le groupe expérimental, l'efficacité de l'intervention éducative semble associée au fait d'être accompagnée lors de l'intervention éducative ($rr=0,43$; $p=0,02$). L'approche psychocognitive individualisée permettait à la femme d'être accompagnée. Lors de l'intervention éducative, la participation et le soutien de la personne significative (amie, conjoint, ou proche) étaient sollicités et encouragés. Ceci a pu contribuer à réduire davantage le niveau d'anxiété. Les femmes étaient par ailleurs invitées à être accompagnées lors de l'intervention éducative tant dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Il n'y avait cependant pas de stratégie systématique de sollicitation de la participation et du soutien des personnes accompagnant la femme dans l'intervention éducative du groupe contrôle.

Conclusion

L'infirmière occupe une place privilégiée pour aider et soutenir la femme en attente d'une mastectomie. Il semble qu'une intervention éducative dans la période préopératoire puisse contribuer à réduire l'anxiété des femmes en attente d'une mastectomie. Une intervention éducative d'orientation psychocognitive semble également contribuer à réduire davantage cette anxiété.

Les résultats de cette étude confirment l'importance de mieux planifier et de mieux concevoir les interventions éducatives auprès de cette clientèle. La présente étude a notamment démontré l'importance d'orienter les interventions éducatives non seulement sur les aspects cognitifs reliés à la chirurgie, mais également sur les

aspects psychologiques (expression des peurs, craintes, menaces, appréhensions) reliés à la chirurgie et au diagnostic de cancer plus particulièrement. Il importe donc de plus en plus, malgré des contextes parfois peu favorables à l'humanisation et à l'individualisation des interventions des infirmières, que les efforts soient soutenus et encouragés pour améliorer la qualité de l'enseignement aux femmes en attente d'une mastectomie. Il serait peut-être aussi utile d'envisager une forme de suivi auprès des femmes entre le moment de l'intervention éducative jusqu'à la veille de la chirurgie afin de favoriser le maintien d'un niveau d'anxiété acceptable pour une qualité de vie optimale dans ce difficile épisode du traitement du cancer du sein. Un tel suivi, téléphonique ou autre forme, pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure et permettrait ainsi de déterminer si les pratiques cliniques devraient être modifiées afin que la femme puisse bénéficier d'une intervention éducative visant à réduire son anxiété jusqu'à la veille de la chirurgie.

D'autres études devraient aussi permettre de mieux cerner la spécificité des approches éducatives utilisées lors de l'enseignement préopératoire afin de mieux évaluer la contribution des diverses composantes de l'intervention évaluée. Il serait également nécessaire de mieux contrôler l'apport de certaines variables confondantes tel le recours à d'autres ressources d'aide psychosociale lorsqu'on souhaite notamment mesurer la persistance de la réduction du niveau d'anxiété jusqu'à la veille de la chirurgie. De la même façon, il faudrait s'assurer que le contexte physique de l'intervention éducative soit identique dans les groupes comparés. ✦

Références

- Ali, N.S., & Khalil, H.Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14(5), 232-239.
- Beaupré, M. (1995). **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec, année 1992**. Montréal, PQ: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bouchard, S. (1990). **Traduction, fidélité et validité d'un inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété**. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec.
- Gaudette, L., Silberberger, C., & Atwell, K. (1994). Comprendre la statistique du cancer du sein. La filière du cancer. *Bulletin des registres de cancer au Canada*, 11, 4-5.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences et du Comportement*, 23, 559-578.
- Haines, N. (1992). Same day surgery: Coordinating the education process. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 55(2), 573-580.
- Hathaway, D. (1986). Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: A meta-analysis. *Nursing Research*, 35(5), 269-275.
- Institut National du Cancer du Canada. (2000). **Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000**. Toronto, Canada: Author.
- Lamarche, D. (1993). Enseignement préopératoire structuré. *L'infirmière canadienne*, 89(4), 38-41.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.
- Lierman, L.M. (1984). Support for mastectomy: A clinical nursing research study. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 39(7), 1150-1157.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1996). **La santé et les services sociaux - Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation**. Montréal, PQ: Gouvernement du Québec.
- Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 276-284.
- Oberle, K., Allen, M., & Lynkowski, P. (1994). Follow-up of same day surgery patients: A study of patient concerns. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 59(5), 1016-1025.
- Palsson, M.-J.E., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 277-285.
- Reaby, L.L., Hort, L.D., & Vandervord, J. (1994). Body image, self-concept, and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore an external breast prosthesis or had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy. *Health Care for Women International*, 15, 361-375.
- Richardson, M., & O'Sullivan, S. (1991). Preoperations interviews: A nursing intervention to reduce patients' anxiety. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 8(3), 3-5.
- Royak-Schaler, R. (1992). Psychological processes in breast cancer: A review of select research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(4), 71-89.
- Ruzicki, D.A. (1989). Realistically meeting the educational needs of hospitalized acute and short-stay patients. *Nursing Clinics of North America*, 24(3), 629-637.
- Shimko, C. (1981). The effect of preoperative instruction on state anxiety. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 13(6), 318-322.
- Spielberger, C.D. (1983). **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Wainstock, J.M. (1991). Breast cancer: Psychosocial consequences for the patient. *Seminars in Oncology Nursing*, 7(3), 207-214.
- Young, R., De Guzman, C.P., Matis, M.S., & McClure, K. (1994). Effect of preadmission brochures on surgical patients' behavioral outcomes. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 60(2), 232-241.