Processus de traduction, d'adaptation et de validation de l'instrument DINA

Par Gemma Aucoin-Gallant

Abrégé

L'article présente la version adaptée et validée de l'échelle "Derdiarian Informational Needs Assessment" (DINA). L'adaptation française de l'échelle DINA permet de découvrir les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. La conception de la version originale DINA est expliquée. La traduction des énoncés constitutifs de l'échelle est assurée par l'obtention d'accord de deux experts dans le domaine des langues concernant chaque question posée. À l'aide d'une analyse conceptuelle de l'expression "besoin d'apprentissage" et d'une approche perceptuelle, des modifications ont été apportées à l'échelle DINA. Le but de l'instrument est conservé soit l'identification des besoins d'apprentissage. Les propriétés de mesure appropriées à cette échelle sont mentionnées. L'article fait état des résultats de validité et de fidélité de la version française adaptée de l'échelle DINA. Il se termine en précisant l'utilité de l'instrument sur le plan de la pratique infirmière.

L'article présente la version adaptée et validée de l'échelle "Derdiarian Informational Needs Assessment" (DINA) destinée à identifier les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer. La version française adaptée de l'échelle DINA est applicable en clinique et en recherche. En pratique, l'infirmière se doit de connaître les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles afin de planifier et dispenser un soin de qualité. Elle assiste alors la personne dans son cheminement en reconnaissant ses besoins réels d'apprentissage et en l'aidant à apprendre dans un environnement de "caring". Dans le contexte de la recherche, l'identification des besoins d'apprentissage permet de mettre en oeuvre un programme d'interventions éducatives destinées aux soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer.

L'article présente d'abord la conception de la version originale de l'échelle DINA. Basé sur une analyse conceptuelle de l'expression "besoin d'apprentissage" et sur une approche perceptuelle, des modifications ont été apportées à l'échelle DINA. Le but de l'instrument est conservé, soit l'identification des besoins d'apprentissage. Les propriétés de mesure rattachées à cette échelle sont mentionnées. Ensuite, l'utilité de l'instrument sur le plan de la pratique infirmière est soulignée.

Conception de l'échelle DINA

L'échelle DINA a été développée en anglais par Anayis Derdiarian en 1983. L'échelle permet à la personne atteinte de cancer d'exprimer ses besoins d'apprentissage. Cette échelle a été ensuite adaptée pour la famille dont l'un des membres est atteint de cancer. En s'appuyant sur un cadre de référence construit à partir des concepts de "coping", de l'évaluation cognitive, de la recherche d'information et des besoins de la personne, Derdiarian a développé son instrument de mesure. Dans ses écrits, Derdiarian (1987) mentionne que l'évaluation cognitive d'un événement permet à la personne de déterminer d'abord la pertinence de la situation. La personne évalue ensuite l'importance d'obtenir ou non de l'information. Elle peut alors ressentir un manque d'information et éprouver un besoin d'apprendre. Lors de la sélection des stratégies de "coping", la personne a tendance à rechercher de

Figure 1 : Synthèse des étapes de l'analyse du concept: besoin d'apprentissage

Gemma Aucoin-Gallant, MEd, M.Sc.Inf., Ph.D., est professeure agrégée au Centre universitaire de Moncton.

l'information afin de combler ses besoins d'apprentissage. Ensuite, elle fait une réévaluation de sa situation. Derdarian (1987) constate que l'information reçue par la personne aide celle-ci à mieux faire face à un problème existentiel et à contrôler ses émotions.

À l'aide d'un processus analytique tel que défini par Walker et Avant (1995), il est possible de spécifier les antécédents à un concept. Les antécédents sont des éléments qui précèdent normalement l'existence du concept. Le besoin d'apprentissage a deux préalables: le désir d'apprendre et la recherche d'information. En possédant un des deux préalables, la soignante naturelle est capable d'indiquer à l'infirmière si elle a été informée et si elle désire de l'information relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être. Knowles (1990) précise que les besoins d'apprentissage correspondent à des écarts à combler au niveau des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Les besoins d'apprentissage incluent nécessairement la notion d'apprendre (voir la figure 1).

Lors de l'élaboration de son instrument de mesure, Derdarian a catégorisé les besoins d'apprentissage de la conjointe concernant l'expérience de vivre avec son époux récemment atteint de cancer. Derdarian (1987) présente quatre catégories de besoins d'apprentissage. Il s'agit des besoins d'apprentissage liés au problème de santé, aux préoccupations personnelles et aux préoccupations familiales ainsi que sociales. La première catégorie de besoins précise que la soignante naturelle doit être informée au sujet de la nature du problème de santé du conjoint, des examens cliniques, du traitement et du pronostic. La deuxième catégorie énonce le besoin d'apprentissage que ressent la soignante naturelle au sujet de ses préoccupations par rapport à sa vie personnelle et face au travail rémunéré de son conjoint. La troisième catégorie de besoins fait allusion à l'enseignement désiré en ce qui concerne les préoccupations vécues au sein de la famille. Finalement, la quatrième catégorie de besoins spécifie que la soignante naturelle désire être informée au sujet des préoccupations vécues quant à leur vie sociale. À chaque besoin d'apprentissage, l'échelle de Derdarian (1987) permet de connaître:

1. Si la personne a reçu de l'information.
2. Si l'information reçue était adéquate.
3. Si la personne a une préoccupation particulière relative à l'information reçue ou désirée.
4. La préoccupation vécue par la personne.
5. Si la personne désire recevoir de l'information.
6. L'information désirée par la personne.
7. Les sources d'information perçues par la personne.

Derdarian (1987; 1989) précise les besoins d'apprentissage de la personne en se souciant du problème de santé vécu et de son retentissement sur les plans personnel, familial et social.

Traduction de l'instrument

Avant de procéder à la modification de l'échelle DINA, l'instrument a été traduit en français. La méthode sélectionnée afin d'assurer une validité concernant la traduction est la suivante:

1. Traduire l'instrument original de l'anglais au français par l'auteure.
2. Vérifier la traduction française par deux experts qualifiés dans le domaine des langues en matière de santé.
3. Obtenir un accord des deux experts à propos de la traduction de chaque question de l'instrument.

Cette méthode permet d'assurer le plus possible l'exactitude de la traduction évitant ainsi de perdre des nuances dans le passage d'une langue à l'autre.

Modifications apportées à l'échelle DINA

Bien que multidimensionnel, l'instrument DINA comprend un nombre imposant de questions, soit 135 et il est assez long. De plus, l'échelle DINA ne se limite pas à identifier les besoins d'apprentissage mais elle permet aussi aux infirmières d'obtenir d'autres informations. Il s'agit de la préoccupation vécue par la soignante naturelle, la présence ou l'absence du désir d'information, les sources

d'information désirée et l'importance accordée à chaque besoin d'apprentissage. Il est possible de réduire le nombre de questions tout en conservant l'essence de cette échelle, soit l'identification des besoins d'apprentissage. La réduction du nombre de questions de l'échelle DINA a été effectuée pour les raisons suivantes:

1. La diminution du nombre des questions est possible étant donné que plusieurs d'entre elles, formulées dans l'échelle DINA, se rapportent à des concepts autres que celui de besoin d'apprentissage. Il s'agit de la préoccupation vécue, du désir d'information et des sources d'information.
2. En pratique, le nombre impressionnant de questions pose des difficultés en terme de temps à l'infirmière. Le nombre considérable de questions contenues dans cette échelle s'avère aussi trop élevé pour réaliser des recherches de type descriptif corrélationnel.
3. Pour prendre en considération le temps que peut allouer une soignante naturelle qui prend soin de son conjoint atteint de cancer à son domicile.

Nous allons maintenant expliquer de quelle façon s'est effectuée la réduction du nombre de questions de l'échelle DINA. Les catégories de besoins d'apprentissage énoncées par Derdarian (1983) ont été maintenues. Les besoins d'apprentissage ont été révisés de manière à les adapter davantage à une population de soignantes naturelles. Il s'est avéré nécessaire de regrouper autour d'un même besoin la manière de renseigner les parents et celle d'informer les personnes significatives. Un seul besoin d'apprentissage a été retenu en ce qui a trait au besoin d'affiliation, aux relations du conjoint avec ses amis, ses collègues de travail ou autres relations. Il s'agit du besoin d'apprentissage en ce qui concerne les relations du conjoint en société. Quatre nouveaux besoins d'apprentissage ont été ajoutés pour adapter le questionnaire aux soignantes naturelles. Il s'agit du besoin d'apprentissage concernant la manière d'aider physiquement son conjoint, celui de la manière de soutenir psychologiquement son conjoint, le besoin d'apprentissage concernant la manière de faire face à la nouvelle situation et celui concernant les ressources disponibles dans la communauté. Ces quatre besoins d'apprentissage ont donc été ajoutés aux onze besoins d'apprentissage déjà retenus afin de composer la nouvelle version de l'échelle DINA. Le tableau 1 précise les quinze besoins d'apprentissage qui forment la version française adaptée de l'échelle DINA. Les auteurs qui appuient les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer sont spécifiés.

Dans un deuxième temps, deux questions sont suffisantes pour découvrir un besoin d'apprentissage. 1. Avez-vous été informé de ... 2. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de ... La première question permet de déterminer si la personne perçoit qu'elle a été informée. De l'avis de Reboul (1980), la personne qui n'a pas la compétence voulue pour recevoir l'information perçoit à ce moment-là, qu'elle n'a pas été informée. Par contre, l'adulte qui a su intégrer l'information perçoit à ce moment-là qu'il y a eu apprentissage. La deuxième question recueille les informations désirées par la soignante naturelle et obtient les données préférentielles. De l'avis de Nadeau (1988) cette procédure est la plus usuelle pour identifier les besoins d'apprentissage d'une population. Pratt (1995) précise que la meilleure façon de déterminer ce dont la personne a besoin en matière d'apprentissage est de lui demander les informations désirées. Cette question offre l'opportunité à la personne d'exprimer ce qu'elle veut relativement aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être et ce qu'elle pense qu'elle devrait apprendre. Bien qu'intéressantes, les autres questions indiquées dans chacun des besoins d'apprentissage contenus dans l'échelle DINA ont été supprimées. Avec les révisions apportées, la version française modifiée de l'instrument DINA (appendice A) contient 30 questions, il est relativement court et il se limite au concept besoin d'apprentissage.

Validité et fidélité

Dans le domaine de la science infirmière, un instrument ne peut pas être utilisé sans faire preuve de validité et de fidélité. La validité

signifie que “l’instrument mesure ce qu’il devrait mesurer” (Fortin, 1996 p. 227). La fidélité renseigne sur la capacité de l’instrument de “donner des résultats comparables dans des situations comparables” (Fortin, 1996 p. 224). La fidélité représente la précision et la constance des résultats que donne l’instrument. La fidélité se rapporte aux instruments de mesure exactement comme la fiabilité s’applique aux instruments techniques utilisés lors du soin (Fortin, 1996). En somme, la validité et la fidélité informent les infirmières sur la qualité des instruments de mesure utilisés en pratique et en recherche. Discutons maintenant de la validité et fidélité de l’échelle DINA et de celle entourant la version adaptée de ce même instrument.

Validité et fidélité de l’échelle DINA

Les analyses de validité de l’échelle DINA ont été faites auprès de deux professeures et d’une étudiante de 3^e cycle en sciences infirmières d’une université américaine. L’accord des experts a été de 100% pour chaque catégorie de l’instrument en ce qui concerne la compréhension des termes et la validité de contenu basée sur la littérature récente et les définitions opérationnelles (Derdiarian, 1983). La fidélité de stabilité de l’échelle DINA a été démontrée par des corrélations variant de .88 à 1.00 incluant l’ensemble des items de l’instrument. Les résultats ont été obtenus par la méthode test-retest auprès d’une population atteinte de cancer. La constance interne de l’échelle DINA a été estimée par l’évaluation des corrélations de tous les items de l’instrument et pour les énoncés contenus dans les quatre catégories de l’instrument. Derdiarian (1987) précise que l’échelle DINA présente un alpha de Cronbach de .91 ($p < .05$) pour les items contenus dans chaque catégorie de l’instrument et un alpha de Cronbach de .90 ($p < .05$) pour l’ensemble des items de l’instrument.

Validité et fidélité de la version adaptée de l’échelle DINA

La validité de contenu de la version adaptée de l’échelle DINA est assurée puisque les trente questions de l’instrument se retrouvent dans la version originale de l’échelle DINA ou dans la littérature. De plus, quatre experts, tous professeurs universitaires, ont qualifié de très pertinente ou de pertinente chaque question contenue dans l’instrument, par rapport au concept à mesurer, le besoin d’apprentissage. Les commentaires émis par les juges ont été soigneusement considérés pour l’amélioration de l’énonciation de quelques questions qui composent l’instrument. Les étapes franchies pour établir la validité de contenu avaient été proposées par Green et Lewis (1986) à savoir l’utilisation des écrits pertinents sur le concept à mesurer et l’apport des experts pour juger le choix des énoncés. Dans le but de vérifier la compréhension de chaque question posée, l’échelle DINA a été administrée auprès de cinq soignantes naturelles dont le conjoint est atteint de cancer. Dans l’ensemble, les soignantes naturelles n’ont éprouvé aucune difficulté de compréhension des termes spécifiés dans l’instrument de mesure.

Bien que la fidélité de l’échelle DINA a été démontrée, il est souhaitable d’établir la fidélité d’homogénéité et celle de stabilité de la version adaptée de l’instrument. La version adaptée de l’échelle DINA est de niveau nominal. De l’avis de Fortin (1996), la technique de Kuder-Richardson est excellente pour évaluer la fidélité d’homogénéité d’une échelle de mesure nominale. En ce qui concerne la fidélité de stabilité, la corrélation Cramer V est indiquée pour des données nominales entre plusieurs ensembles de scores

Tableau 1 : Identification des quinze besoins d’apprentissage reconnus dans la littérature

Catégories et types de besoins d’apprentissage	Auteurs
<p>A. Première catégorie de besoins: le problème de santé du conjoint</p> <p>a. Besoins d’apprentissage à propos</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la maladie du conjoint - des examens cliniques - du traitement du conjoint - des possibilités de rémission du conjoint 	<p>A. Adams (1991), Bank, Clark et Longman (1989); Chaitchik, Shulamith, Rapoport et Algor (1992); Derdiarian (1983; 1987); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989); Volker (1991).</p>
<p>B. Deuxième catégorie de besoins: les préoccupations personnelles</p> <p>b. Besoins d’apprentissage à propos</p> <ul style="list-style-type: none"> - des effets secondaires sur le plan physique liés au cancer - des effets secondaires sur le plan psychologique liés au cancer - des moyens d’aider physiquement le conjoint - de la manière de soutenir psychologiquement le conjoint - du travail rémunéré du conjoint - des moyens de faire face à la situation 	<p>B. Carey, Oberst, McCubbin et Hughes (1991); Chaitchik, Shulamith, Rapoport et Algor (1992); Derdiarian (1987; 1989); Grahn & Johnson (1990); Jassak (1992); Longman, Atwood, Sherman, Benedict et Shang (1992); Tringali (1986).</p>
<p>C. Troisième catégorie de besoins: les préoccupations familiales</p> <p>c. Besoins d’apprentissage à propos</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la manière de renseigner les enfants - de la manière de renseigner les parents et les amis - des rôles du conjoint 	<p>C. Derdiarian (1987; 1989)</p>
<p>D. Quatrième catégorie de besoins: les préoccupations sociales</p> <p>d. Besoins d’apprentissage à propos</p> <ul style="list-style-type: none"> - des relations du conjoint en société - des ressources communautaires disponibles 	<p>D. Adams (1991), Derdiarian (1987); Grahn et Johnson (1990); Hileman, Lackey et Hassanein (1992); Perry et de Meneses (1989).</p>

(Bertrand, 1986). À l'aide du Cramer V, des comparaisons sont établies entre les résultats obtenus aux deux tests. Rappelons que la procédure habituelle pour déterminer la stabilité d'un instrument est l'approche test-retest.

Résultats des analyses de la fidélité de l'instrument

Les données utilisées pour les analyses de fidélité de la version adaptée de l'échelle DINA ont été recueillies auprès de 30 soignantes naturelles. Les sujets de l'étude sont toutes des femmes qui prennent soin de leur conjoint atteint d'un cancer en phase de stabilisation et suivant un traitement anticancéreux. Les soignantes naturelles habitent plus particulièrement dans les régions francophones du Nouveau-Brunswick. La moyenne d'âge des sujets est de 52,10 ans ($\pm 10,11$). Les répondantes ont un niveau de scolarité qui se situe entre l'élémentaire et le collégial. Plus des trois quarts des soignantes naturelles (80%) se perçoivent en bonne ou excellente santé. Elles procurent surtout des soins psychologiques, des soins instrumentaux et des soins de confort à leur conjoint atteint de cancer. L'échantillon choisi est accidentel.

La collecte des données a eu lieu au domicile de la soignante naturelle et au moment qui lui convenait le mieux. Lors de cette rencontre, le but de la recherche et la nature de sa participation sont mentionnés. La soignante naturelle décide alors de signer ou non le formulaire de consentement. Si elle accepte, elle est invitée à répondre aux questions contenues dans la version adaptée de l'échelle DINA. Les données de l'entrevue sont enregistrées au moment de la collecte des données. Approximativement deux semaines après avoir complété la version française adaptée de l'échelle DINA, 15 sujets choisis de façon aléatoire ont été sollicités à répondre pour une seconde fois, à dix questions de l'instrument. Cette étape est nécessaire pour estimer la stabilité d'un instrument de mesure à l'aide de la technique test-retest.

Selon les données de l'étude, la fidélité d'homogénéité et celle de stabilité de la version française de l'échelle DINA ont donné une corrélation de 0,78 et de 0,94. En évaluant la consistance interne d'une échelle de mesure, on considère comme élevé une corrélation à la limite de 0,80 (Nunnally, 1978). Polit et Hungler (1997) soutiennent qu'un coefficient de corrélation de 0,70 est acceptable pour la consistance interne d'un instrument de mesure. Il ressort que la

Appendice A: Version française adaptée de l'échelle DINA

La version française adaptée de l'échelle DINA comprend une liste de quinze besoins d'apprentissage. Deux questions sont posées à propos de chaque besoin d'apprentissage. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse aux questions posées. La bonne réponse est celle qui décrit mieux ce que vous pensez présentement en ce qui a trait aux apprentissages réalisés ou désirés.

1. Avez-vous été informée de la maladie de votre conjoint? (1) oui (2) non
2. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de la maladie de votre conjoint?
3. Avez-vous été informée des tests que peut subir votre conjoint? (1) oui (2) non
4. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des tests que peut subir votre conjoint?
5. Avez-vous été informée du traitement que suit votre conjoint? (1) oui (2) non
6. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant le traitement que suit votre conjoint?
7. Avez-vous été informée de l'évolution de sa maladie et des plans futurs du couple? (1) oui (2) non
8. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos de l'évolution de sa maladie et des plans futurs du couple?
9. Avez-vous été informée de la manière dont la maladie peut affecter le travail rémunéré de votre conjoint? (1) oui (2) non
10. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière dont la maladie peut affecter le travail rémunéré de votre conjoint?
11. Avez-vous été informée des effets secondaires possibles sur le plan physique découlant de sa maladie ou du traitement? (1) oui (2) non
12. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des effets secondaires possibles sur le plan physique découlant de sa maladie ou du traitement?
13. Avez-vous été informée des effets secondaires possibles sur le plan psychologique découlant de sa maladie ou du traitement? (1) oui (2) non
14. Quelle information aimeriez-vous recevoir à propos des effets secondaires sur le plan psychologique découlant de sa maladie ou du traitement?
15. Avez-vous été informée de la manière d'aider physiquement votre conjoint? (1) oui (2) non
16. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière d'aider physiquement votre conjoint?
17. Avez-vous été informée de la manière d'aider psychologiquement votre conjoint? (1) oui (2) non
18. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière d'aider psychologiquement votre conjoint?
19. Avez-vous été informée de la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses rôles en tant qu'époux, citoyen et travailleur? (1) oui (2) non
20. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses rôles en tant qu'époux, citoyen et travailleur?
21. Avez-vous été informée sur la manière de renseigner vos enfants à propos de la maladie de leur père? (1) oui (2) non
22. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière de renseigner les enfants à propos de la maladie de leur père?
23. Avez-vous été informée sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie de votre conjoint? (1) oui (2) non
24. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière de renseigner les parents et les amis à propos de la maladie de votre conjoint?
25. Avez-vous été informée sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations avec ses amis? (1) oui (2) non
26. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur la manière dont la maladie de votre conjoint peut affecter ses relations avec ses amis?
27. Avez-vous été informée de la manière de faire face à votre nouvelle situation? (1) oui (2) non
28. Quelle information aimeriez-vous recevoir concernant la manière de faire face à votre nouvelle situation?
29. Avez-vous été informée des ressources disponibles dans la communauté pour vous aider? (1) oui (2) non
30. Quelle information aimeriez-vous recevoir sur les ressources disponibles dans la communauté?
31. Y a-t-il autre chose pour laquelle vous aimeriez recevoir de l'information?

• Adaptée par Gemma Aucoin-Gallant, janvier 1995

version française modifiée de l'échelle DINA présente des coefficients de fidélité élevés.

Même si notre échantillon n'a pas fait l'objet d'un choix aléatoire et qu'il est limité à 30 sujets, il reste que l'instrument a été jugé valide et fidèle. D'autres études pourraient utiliser la version adaptée de l'échelle DINA pour venir renforcer le processus de validation et de fidélité de l'instrument de mesure. On peut penser que cette échelle de mesure pourrait être utilisée dans une étude longitudinale afin de mettre en évidence des variations dans les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Une autre recherche pourrait étudier de façon comparative les besoins d'apprentissage des soignantes naturelles de même que ceux des personnes atteintes de cancer.

Utilité de l'instrument sur le plan de la pratique infirmière

Dans le domaine du soin, l'infirmière a un rôle d'éducatrice à assumer auprès de la soignante naturelle dont le conjoint est atteint de cancer. Pour s'acquitter de son rôle, l'infirmière en soin oncologique aide la soignante naturelle à prendre conscience de son besoin d'apprendre dans un climat chaleureux, sécurisant et non possessif. Elle s'intéresse particulièrement à la perception qu'a la soignante naturelle de sa situation d'apprentissage. L'infirmière l'invite à exprimer l'information désirée en matière d'apprentissage. La version adaptée de l'échelle DINA est un outil utile pour découvrir les besoins d'apprentissage de la soignante naturelle (voir appendice A). Appliquée avec souplesse, l'infirmière utilise une démarche éducative centrée sur la soignante naturelle en vue de satisfaire ses besoins

d'apprentissage. Elle organise des activités éducatives conçues expressément dans le but de permettre à la soignante naturelle d'acquérir des savoirs, des savoir-faire et d'avoir l'opportunité d'apprendre à être. Les besoins d'apprentissage satisfaits amènent la soignante naturelle à comprendre davantage la maladie de son conjoint et les actions à entreprendre pour mieux vivre et soigner une personne atteinte de cancer. La satisfaction exprimée par la soignante naturelle en ce qui concerne les apprentissages réalisés est un indicateur significatif de la qualité de soin dispensée à cette population.

Conclusion

Il est permis de conclure que la version adaptée de l'échelle DINA est une mesure qui répond aux critères de validité et de fidélité. L'auteur a eu recours au jugement des experts dans le domaine de l'apprentissage et des soins infirmiers afin de s'assurer que l'instrument mesure réellement les besoins d'apprentissage destinés à une population de soignantes naturelles. Selon les données de l'étude, la fidélité de l'instrument est élevée. Il ressort que les questions contenues dans l'échelle sont liées entre elles et qu'il existe une stabilité du phénomène observé. D'autres recherches sont toutefois nécessaires pour renforcer le processus de validité et de fidélité entourant l'instrument de mesure. La version adaptée de l'échelle DINA permet de découvrir les besoins d'apprentissage à partir de la perspective de la soignante naturelle. L'infirmière invite donc la personne à partager sa perception de ce qu'elle désire apprendre. Dans un environnement de "caring", l'infirmière fait preuve de compréhension cognitive et affective afin de bien percevoir la réalité de la soignante naturelle en tant qu'apprenante.

Références

- Adams, M. (1991). Information and education across the phases of cancer care. **Seminars in Oncology Nursing**, 7 (2), 105-111.
- Bank, J.J., Clark, L. & Longman, A.J. (1989). Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. **Cancer Nursing**, 12 (2), 78-84.
- Bertrand, R. (1986). **Pratique de l'analyse statistique des données**. Québec: Presses de l'Université de Québec.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A. & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum**, 18 (8), 1341-1348.
- Chaitchik, S., Shulamith, K., Rapoport, Y. & Algor, R. (1992). What do cancer patients' spouses know about the patients? **Cancer Nursing**, 15 (5), 353-362.
- Derdiarian, A.K. (1983). **Informational Needs of Recently Diagnosed Cancer Patients**. Ph. D. Dissertation. San Francisco: University of California.
- Derdiarian, A.K. (1987). Informational needs of recently diagnosed cancer patients. **Cancer Nursing**, 10 (3), 156-163.
- Derdiarian, A.K. (1989). Effects of information on recently diagnosed cancer patients' and spouses' satisfaction with care. **Cancer Nursing**, 12 (5), 285-292.
- Fortin, M.F. (1996). **Le processus de la recherche: de la conceptualisation à la réalisation**. Mont-Royal: Décarie.
- Grahn, G. & Johnson, J. (1990). Learning to cope and living with cancer. **Scandinavia Journal of Caring Sciences**, 4 (4), 173-181.
- Green, L. & Lewis, F. (1986). **Measurement and evaluation in health education and health promotion**. Mayfield: Palo Alto.
- Hardwick, C. & Lawson, N. (1996). The information learning needs of the caregiving family of the adult patient with cancer. **European Journal of Cancer Care**, 4, 118-121.
- Hileman, J.W. & Lackey, N.R. (1990). Self-identified needs of patients with cancer at home and their home caregivers: A descriptive study. **Oncology Nursing Forum**, 17 (6), 907-913.
- Hileman, J.W., Lackey, N.R. & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patient with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 19 (5), 771-777.
- Jassak, P.F. (1992). Families: An essential element in the care of the patient with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 19 (6), 871-876.
- Knowles, M.S. (1990). **L'apprenant adulte: vers un nouvel art de la formation**. Paris: les éditions d'organisation
- Longman, A.J., Atwood, J.R., Sherman, J.B., Benedict, J. & Shang, T.C. (1992). Care needs of home-based cancer patients and their caregivers. **Cancer Nursing**, 15 (3), 182-190.
- Nadeau, M.A. (1988). **L'évaluation de programme: théorie et pratique**. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Nunnally, J.C. (1978). **Psychometric testing**. New York: McGraw-Hill.
- Perry, G.R. & de Meneses, M.R. (1989). Cancer patients at home: Needs and coping styles of primary caregivers. **Home Healthcare Nurse**, 7 (6), 27-30.
- Polit, D.F. & Hungler, B.F. (1997). **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilisation**. Philadelphia: Lippincott.
- Pratt, R.J. (1995). **Sida et soins infirmiers**. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Reboul, O. (1980). **Qu'est-ce qu'apprendre?** Paris: Presses universitaires de France.
- Tringali, C.A. (1986). The needs of family members of cancer patients. **Oncology Nursing Forum**, 13 (4), 65-70.
- Volker, D.L. (1991). Needs Assessment and resource identification. **Oncology Nursing Forum**, 18 (1), 119-125.
- Walker, L.O. & Avant, K.C. (1995). **Strategies for theory construction in nursing**. Norwalk: Appelton & Range.