

Travail de Bachelor of Sciences en Soins Infirmiers

**« L'impact du caring dans la gestion du syndrome douloureux
en chirurgie postopératoire viscérale chez les adultes »**

Sous la direction de Mme Guye Anne-Lise

Par

Céliane Niklaus, Ophélie Perrin & Marine Trummer

Neuchâtel, le 7 juillet 2017

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement notre directrice de travail, Mme Anne-Lise Guye, qui nous a conseillées, soutenues et encouragées tout au long de la création de ce projet. Sa supervision et ses recommandations nous ont guidées et nous ont permis d'élaborer ce travail de manière consciencieuse tout en incluant notre intérêt collectif.

Merci à Tania Besancet, Maxime Peltier et Marc Stanek, infirmiers et professeur chargé d'enseignement, qui ont su, par leurs témoignages, nous orienter dans la matière et nous partager un extrait de leurs expériences au sein de la pratique professionnelle. Nous remercions également Anne Smit, infirmière du service d'antalgie de l'hôpital de Morges, de nous avoir accordé son temps et son énergie afin de répondre à nos questions et nous donner de précieux conseils.

Un grand merci à Maïté Flatt qui a mis à disposition ses compétences informatiques pour la mise en page de notre travail.

Pour terminer, merci à Isabelle Perriard et Magali Niklaus pour leur relecture attentive et leurs corrections adaptées.

Résumé

Actuellement, la gestion de la douleur fait l'objet d'une problématique courante au sein des services de soins aigus. D'après nos nombreuses recherches dans la littérature, nous avons pu constater un réel besoin d'amélioration dans le contexte spécifique de la chirurgie, particulièrement en postopératoire. En effet, beaucoup d'auteurs ont relevé une gestion de la douleur encore inadéquate et ce, malgré les multiples outils et moyens médicamenteux présents dans la pratique. De ce fait, nous avons décidé d'élaborer notre recherche en prenant la direction de l'aspect relationnel de notre profession. Notre but est d'amener et de promouvoir des interventions novatrices au sein de la discipline. Pour donner du corps à ce travail, nous avons mis en évidence quatre concepts principaux qui sont la douleur, le caring, la qualité des soins et la qualité de vie. Afin d'obtenir des résultats probants et des fondements solides pour notre travail, nous avons effectué une recherche d'articles scientifiques à l'aide de plusieurs bases de données. Nous avons retenu et analysé quinze articles valides afin de pouvoir éclairer notre questionnement et y apporter des réponses.

Les résultats démontrent que les techniques alternatives utilisées et testées ont fait leurs preuves, et qu'il existe un manque réel d'informations concrètes données en amont de l'intervention. De plus, ils soulignent la pertinence de mettre en place des formations d'approfondissement en matière de gestion de la douleur pour le personnel soignant. Ceci afin de leur offrir une vision plus élargie et de les sensibiliser davantage au syndrome douloureux postopératoire.

En conclusion, les résultats de nos recherches démontrent un besoin important d'innovations concernant les méthodes de gestion de la douleur. Un certain nombre d'approches a été expérimenté sur le terrain. Il en découle un constat plutôt positif et encourageant pour la pratique infirmière et dans le soulagement de la douleur.

Mots-clés : pain, nursing care, surgery, pain management

La table des matières

1	Introduction	1
2	Problématique	3
2.1	Notre témoignage sur notre séjour en Inde - Ophélie et Céliane.....	5
2.2	Ma période de formation pratique effectué au CHUV - Marine	7
2.3	Les métaparadigmes infirmiers.....	9
2.3.1	Le métaparadigme de la personne	10
2.3.2	Le métaparadigme de la santé.....	10
2.3.3	Le métaparadigme des soins	11
2.3.4	Le métaparadigme de l'environnement.....	12
2.4	Les quatre modes de savoirs infirmiers	13
2.4.1	Le savoir éthique.....	13
2.4.2	Le savoir personnel.....	15
2.4.3	Le savoir esthétique.....	16
2.4.4	Le savoir empirique	16
2.5	Notre revue exploratoire de littérature	17
2.6	Nos concepts retenus	26
2.7	Les perspectives et propositions pour l'avenir de la profession	28
3	Concepts et champs disciplinaires infirmiers.....	30
3.1	Le concept de la douleur.....	31
3.2	Le concept du caring	33

3.3	Le concept de la qualité de soins	37
3.4	Le concept de la qualité de vie	39
3.5	Champs disciplinaires infirmiers	41
4	Méthodologie	49
5	Synthèse des résultats et conclusion	55
5.1	Les diverses méthodes et techniques alternatives	63
5.2	L'éducation thérapeutique au patient	65
5.3	La formation au personnel soignant	67
5.4	Perspectives et propositions pour la pratique	68
6	Conclusion	71
7	Références	76
8	Annexes	82

1 Introduction

Dans le cadre de notre formation de Bachelor en Soins Infirmiers, nous avons pour mission de réaliser un travail de recherche qui marque la fin de notre cursus. Ce travail apparaît sous la forme d'une revue de littérature en lien avec une problématique de départ choisie par les étudiants. Le but est d'éclairer un questionnement clinique relié à notre discipline et de pouvoir y apporter des réponses. Notre thématique de départ est la suivante : « Comment gérer efficacement la douleur en soins aigus ». Avant de commencer cette recherche, nous avons procédé à une mise en commun de nos envies et nos intérêts personnels. En effet, la douleur est un processus physique et psychique très complexe, de par sa subjectivité et sa notion très personnelle. C'est également une donnée que nous sommes et serons amenées à rencontrer dans n'importe quel contexte de soin. Qu'elle soit aigue, chronique, psychique ou somatique, la douleur peut se ressentir de multiples façons.

Afin de mener à bien ce projet, nous avons effectué de nombreuses investigations dans la littérature et les articles scientifiques, dans le but de faire un état des lieux de la recherche actuelle. L'objectif est de pouvoir développer et approfondir notre regard critique sur ces études afin de prendre conscience de ce qui est déjà existant dans la pratique et de relever les manques et les besoins que nous pourrions combler. Nos expériences personnelles et professionnelles vont nous guider tout au long de la création

de ce travail car elles influenceront de manière considérable la direction que prendra notre recherche. Pour nous orienter dans la matière, nous avons également rencontré plusieurs professionnels de la santé qui ont accepté de nous faire partager leurs expériences. Recueillir leurs témoignages nous a été très précieux car cela nous a permis d'obtenir des informations concrètes et précises vécues dans leur pratique professionnelle.

A partir de là, notre idée du sujet sur lequel nous voulions travailler était un peu plus construite. En effet, en synthétisant les nombreuses recherches et en résumant nos découvertes, nous avons précisé petit à petit notre question de départ. Celle-ci s'est présentée de façon très vaste et abstraite au début, puis elle a pris des formes plus explicites. Nous avons donc décidé de diriger notre travail dans le contexte de la chirurgie, plus particulièrement en postopératoire.

A travers ce Travail de Bachelor, notre but est de trouver des interventions innovantes se référant au rôle propre de l'infirmière ayant pour objectif d'améliorer la pratique clinique et la qualité des soins afin de gérer au mieux la douleur en post-opératoire chez les adultes.

2 Problématique

Notre choix s'est porté sur le thème « comment gérer efficacement la douleur en soins aigus ». En effet, la douleur est un élément qui se retrouve de manière universelle dans le monde des soins. Nous serons donc forcément amenées à travailler dans un contexte qui nous y confrontera, d'où l'importance pour nous, d'approfondir ce phénomène complexe. Pour commencer, c'est une notion complètement subjective et très personnelle. Chaque individu vit sa douleur à sa manière, on peut donc considérer qu'il y a autant de façons de ressentir la douleur que d'individus. Il est aussi important de relever les différentes sortes de douleurs, qui ne seront pas prises en charge de la même manière. Aigu, chronique, psychique ou somatique, chaque type de douleur possède sa spécificité et ses particularités qui sont très intéressantes. On peut également retrouver de nombreuses corrélations ainsi que des interdépendances. De par notre propre expérience personnelle et professionnelle, nous avons pu constater à quel point l'évènement douloureux à court, moyen ou long terme peut avoir un impact néfaste sur la qualité de vie d'une personne et sur ses aspects biologiques, psychologiques, socioculturels et spirituels. Actuellement, et ce malgré la forte avancée de la médecine dans ce domaine, il existe encore des lacunes présentes et des problèmes irrésolus sur la douleur. Certaines douleurs sont par exemple encore

très complexes de par leurs origines idiopathiques, il est donc difficile de pouvoir procurer un confort absolu au patient.

La douleur est également un signal d'alarme donné par le corps pour mettre en évidence un dysfonctionnement de l'organisme. Malgré tous ses côtés négatifs, elle peut être très utile pour orienter le personnel soignant sur les causes, les diagnostics et leur résolution. Parfois, dans certaines pathologies, cette alarme ne fonctionne plus correctement et cela peut entraîner une péjoration de l'état de santé du bénéficiaire. Cependant, il est parfois difficile pour le corps médical et infirmier de percevoir la douleur chez le patient, tant la notion de subjectivité est présente et entrave parfois la prise en charge. Nous pensons que gérer la douleur est devenu un véritable défi à relever, et qu'il est important d'avoir un regard beaucoup plus global et visionnaire qui inclut différentes méthodes ainsi qu'une équipe hautement pluridisciplinaire.

Un autre point que nous pensons essentiel dans la prise en charge de la douleur est l'enseignement et la transmission du savoir infirmier et médical au patient. Nous avons souvent pu constater dans nos expériences que les bénéficiaires de soins ne sont pas toujours très au courant du fonctionnement de leurs différents antalgiques et du processus douloureux en lui-même. Des lacunes sont souvent rencontrées ainsi que des fausses croyances sur la médication et l'utilisation de certains analgésiques. Pourtant, ne pas traiter correctement la douleur contribue à ralentir le processus de guérison. Concrètement, le patient est le seul à savoir ce qu'il ressent et l'intensité, et

même avec toutes les échelles existantes pour quantifier la douleur, une sensation vécue par une personne n'est pas transmissible chez une autre. Nous pensons qu'il est primordial de leur accorder plus de place et de responsabilités dans cette prise en charge qui pourrait être d'avantage vécue comme un partage et un échange de savoirs et d'informations.

2.1 Notre témoignage sur notre séjour en Inde - Ophélie et Céliane

Dans le cadre du cursus de notre formation en Soins Infirmiers, nous avons eu l'envie de partir explorer notre futur métier au sein d'une culture différente de la nôtre, au cours d'une période de formation pratique. Nous avons donc entrepris des recherches sur diverses associations qui pouvaient correspondre à nos attentes et à celle de l'école. L'association française Hopigo (association « fille » de Mission Humanitaire) se présentait comme la plus adéquate pour notre voyage. Elle proposait d'effectuer un stage infirmier dans les contextes hospitaliers du sud de l'Inde, plus précisément à Pondichéry. Nous nous sommes donc lancées à quatre dans cette aventure. En effet, une fois sur place, nous avons pu constater à quel point la culture indienne est diamétralement opposée à la nôtre. Il nous a fallu un certain temps d'adaptation pour nous acclimater à cette si grande différence culturelle. Nous avons effectué les trois premières semaines de notre stage dans un hôpital public, ce qui implique que les coûts des soins sont entièrement à la charge du gouvernement. Ce point-là est important car il signifie que la population qui fréquente cet hôpital se situe dans les rangs les plus pauvres du pays. Les trois

dernières semaines se sont déroulées au sein d'un orphelinat pour enfants, les âges variaient de nouveau-nés aux enfants de huit ans.

Par rapport à la douleur, nous avons pu observer des similitudes et des différences avec ce que nous connaissions. En effet, beaucoup de médicaments antalgiques étaient connus et utilisés en Suisse. Cependant, le rapport à la douleur était très différent de ce à quoi nous étions habituées. Tout d'abord, nous avons constaté qu'il n'y a pas d'autres moyens analgésiques exploités que les traitements médicamenteux. L'usage du chaud, du froid ou d'une position antalgique ne s'utilise pas. Il n'y a pas de médecines alternatives impliquées. Ensuite, le personnel infirmier ne s'attarde pas sur l'observation de la clinique, ils travaillent encore énormément avec une approche exécutive de l'acte infirmier ou médico-délégué, nous n'avons pas senti une réflexivité très développée de leur part. Nous avons observé deux éléments particuliers qui étaient intéressants à mettre en lien. D'une part, la douleur du patient semblait être banalisée par le personnel infirmier, comme s'ils estimaient que le patient exagérait ou jouait la comédie. Ce à quoi le comportement des patients semblait s'adapter en une expression intense du ressenti douloureux ; au niveau des mimiques du faciès, des gémissements et parfois même des cris très sonores. Nous nous sommes demandées si ce n'était pas un moyen pour eux de capter l'attention du corps médical afin d'augmenter la prise en charge de leur douleur.

Un dernier point qui nous a interpellées est le manque d'anticipation avant l'acte ou l'évènement douloureux programmé. Cela se traduit par exemple par l'ablation d'un drain thoracique à laquelle nous avons pu assister. Ni les médecins, ni les infirmiers ne semblaient préoccupés par la douleur qui pouvait être occasionnée lors de ce soin, qui a d'ailleurs été vécu visiblement de manière très douloureuse par le patient.

Pour conclure sur notre expérience de la douleur vécue en Inde, nous avons pu constater que l'évolution de sa prise en charge est encore très lente par rapport à ce qui se passe dans nos institutions de soins. Ce qui s'avère compréhensible car c'est un pays qui se trouve encore en voie de développement. Il était parfois difficile et frustrant pour nous de s'occuper au quotidien de patients algiques sans pouvoir leur apporter un confort stable par fautes de moyens et d'accessibilité.

2.2 Ma période de formation pratique effectué au CHUV - Marine

Pour ma part, j'ai réalisé une période de formation pratique au CHUV à Lausanne, en médecine interne. Au contraire de mes camarades, j'ai été plongée au cœur du fonctionnement d'un hôpital universitaire. Il est évident que dans ces institutions et d'ailleurs dans notre pays en général, la douleur est une notion importante à prendre en considération dès la première minute où nous entrons en chambre jusqu'à ce que l'on en soit sorti. Dans le but d'obtenir une évaluation efficace de la douleur et de pouvoir adapter les traitements médicamenteux de la personne que nous avons en face de nous,

il est fréquent d'utiliser les échelles de la douleur. Ces dispositifs ont comme objectif de permettre au patient de quantifier sa douleur, en général entre zéro et dix, pour exprimer au mieux aux soignants ce qu'il ressent. Cela les oriente dans la prise en charge de cette douleur. Il peut arriver que pour plusieurs raisons, la personne ne soit pas capable de répondre correctement. Soit parce que son état de conscience est altéré, ou parce qu'elle peut avoir perdu sa capacité de discernement. A ce moment-là, les infirmières évaluent la douleur en se basant sur les mimiques, le comportement non-verbal et le faciès de la personne soignée. Il existe également d'autres échelles qui ne se basent pas sur la verbalisation simple du patient, et qui a été créée justement pour ces cas particuliers. Pour prendre en charge la douleur de manière optimale, les infirmiers du service peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé comme des physiothérapeutes, l'équipe des soins palliatifs ambulatoire ou encore des médecins spécialistes. Ces intervenants ont d'autres compétences développées différemment pour gérer la douleur. Une autre option est de faire appel à des médecines et des pratiques alternatives telles que l'hypnose par exemple. Ce registre-là doit s'opérer selon les souhaits et les croyances du patient.

Avec le recueil de ces différents témoignages, il est intéressant de faire un parallèle sur nos expériences vécues dans deux milieux totalement opposés. Par rapport à ce que mes collègues ont vécu en Inde, nous constatons facilement que la préoccupation de la douleur en Suisse est très développée,

que ce soit dans les différents traitements ou dans l'accompagnement du patient. Cela passe beaucoup par la communication avec le patient, le fait qu'il puisse s'exprimer sur ce qu'il ressent et que le personnel soignant soit entièrement à son écoute. Le point négatif que je ressors est le manque de temps qui est parfois présent dans nos services, ce qui diminue les moments d'interaction et de communication entre les soignants et les patients.

2.3 Les métaparadigmes infirmiers

Dans le paragraphe qui va suivre, nous avons entrepris de décrire en quoi consistent les quatre principaux concepts du métaparadigme infirmier et de les relier de façon pertinente à la thématique de notre travail. Florence Nightingale, infirmière anglaise et pionnière de la profession, présente déjà ces concepts dans ses écrits du 19^{ème} siècle. Cependant, ils seront retouchés plus tard en 1984 par Fawcett, qui les transformera en métaparadigme infirmier (Formarier & Jovic, 2012).

Avant toute chose, il est important d'avoir une bonne compréhension de la signification du métaparadigme. Ce terme désigne l'ensemble des centres d'intérêts qui sous-tend la science et la profession infirmière. C'est un cadre qui permet de délimiter les contours de la discipline, de relever les champs d'activité des soignants infirmiers. Ces métaparadigmes sont présents pour souligner la singularité de cette profession. Ils renvoient à la structure et l'organisation des phénomènes et processus qui constituent les soins.

Comme expliqué ci-dessus, le métaparadigme infirmier se compose de quatre principaux concepts. Il s'agit de l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers.

2.3.1 Le métaparadigme de la personne

Ce métaparadigme désigne tout bénéficiaire de soins infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté toute entière (Goulet & Dallaire, 2002).

La corrélation entre le métaparadigme de la personne et notre thématique de départ centré sur la douleur nous semble très importante. En effet, la douleur touche profondément le bénéficiaire de soins, c'est une caractéristique très présente que l'on peut rencontrer pour ainsi dire dans tous les domaines de soins. Cela peut provoquer une entrave de l'entité et l'intégrité humaine et perturber un équilibre de santé. Dans les soins infirmiers, l'être humain est au centre des inquiétudes et préoccupations, ce qui engage la discipline à se préoccuper consciencieusement de cette notion qui a une place primordiale au sein de la prise en charge. La douleur a le pouvoir de régir et influencer de nombreuses aptitudes et compétences de la personne soignée, ce qui peut aisément péjorer son état de santé et son aspiration vers un rétablissement ou une meilleure qualité de vie.

2.3.2 Le métaparadigme de la santé

Si l'on se réfère à la définition de l'OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en

une absence de maladie ou d'infirmité ». En lien avec notre thématique, la personne qui ressent une douleur ne peut donc pas acquérir un état de bonne santé car il n'est pas en état de bien-être total. Ceci car la douleur a la grande capacité de perturber le patient autant sur son état physique, mental que social.

Le lien avec notre question de départ peut être compliqué à réaliser puisque lorsqu'on parle de douleur, c'est un concept très vaste. La douleur est une expérience autant psychique que physique, qui peut durer ou être une sensation succincte. C'est une notion difficile à cerner et étudier tant elle est diversifiée et propre à chaque individu.

Si on prend la définition de la santé de Nancy Roper (1980), qui dit que « la santé est l'optimisation de l'indépendance de l'individu dans chacune des activités de la vie lui permettant de fonctionner au maximum de ses capacités ». Lorsqu'une personne souffre, quel que soit le type de douleur, l'individu ne peut donc pas fonctionner avec toutes ses capacités. C'est pour cette raison que notre but vise à améliorer cette situation afin de rétablir le bien-être de la personne.

2.3.3 Le métaparadigme des soins

Le concept des soins ne signifie pas forcément guérir les personnes malades mais il réside également dans l'accompagnement des patients. Pour ce faire, il sera donc nécessaire de créer une relation d'aide entre le soignant et le patient. Cette relation se développera tout au long de la prise en charge de la

personne et des soins donnés, c'est pourquoi il est important qu'elle soit solide et basée sur la confiance. Les soins font références à tout ce qui peut être fait par les infirmières pour ou avec le patient (Fawcett, 2004). En lien avec notre thématique de départ, ce métaparadigme est intéressant parce que l'expérience douloureuse peut être parfois très compliquée à diminuer ou stabiliser, il sera donc pertinent d'optimiser le confort du patient par plusieurs moyens possibles. Les interactions et la communication en font partie.

2.3.4 Le métaparadigme de l'environnement

C'est un concept qui s'intéresse à tout ce qui gravite autour de l'individu, son entourage, son lieu de vie, son lieu de travail ou encore l'endroit dans lequel il se trouve momentanément ainsi que ses conditions de vie. Un des concepts principaux dans notre Travail de Bachelor est la notion de la douleur et nous savons que celle-ci dépend d'une multitude de facteurs, incluant l'environnement. Nous ne sommes pas tous égaux face au ressenti de la douleur de par notre environnement, notre éducation, nos habitudes, nos valeurs, notre culture ou encore notre spiritualité. La façon par laquelle le patient est pris en charge en milieu hospitalier a un grand impact sur la notion de douleur. Nous pouvons témoigner, de par nos nombreux stages, qu'un patient qui n'est pas confortable dans son lieu de vie ou dans le milieu hospitalier dans lequel il doit vivre momentanément aura une perception beaucoup plus intense de la douleur que quelqu'un qui est serein, confortable et à l'aise dans son environnement. Cependant, quoi qu'il en soit, la douleur

reste un signal d'alarme qu'il faut traiter de la meilleure manière possible afin d'éviter toute complication. Pour cela, nous pouvons déjà, en tant que soignant, agir sur le concept de l'environnement du patient qui influencera le traitement de la douleur. Par exemple, dans un service de soins aigus, nous devons nous assurer en tant que professionnel que le patient soit le plus confortable possible dans sa chambre, répondre au plus proche de ses attentes, veiller à ne pas trop perturber ses habitudes quotidiennes dans la mesure du possible de manière à ce que le patient soit serein.

2.4 Les quatre modes de savoirs infirmiers

En 1978, Barbara Carper identifie quatre modes de savoirs infirmiers, qui servent à déterminer les connaissances spécifiques reliées à la discipline infirmière. Nous pouvons aussi comparer ces quatre modes de savoirs à des outils de travail utilisés par les professionnels du domaine de la santé. Voici une description plus détaillée ainsi que les liens faits entre ces modes et notre thématique de départ.

2.4.1 Le savoir éthique

Le savoir éthique a une place primordiale au sein de la discipline infirmière. Cela concerne la différenciation entre le bien et le mal, la morale et les valeurs qui guident l'action des êtres humains. Le professionnel infirmier a le devoir de se questionner constamment sur le bien-fondé de ses actes, si le savoir éthique y est respecté. Beaucoup de situations de soins font appel à ce savoir. Par exemple, de quelle manière avons-nous le droit d'agir pour soigner le

mieux possible une personne qui a perdu sa capacité de discernement ? Que peut-on infliger à une personne qui n'est pas en accord avec son traitement ? Avons-nous le droit de placer une personne âgée en institution contre son gré ? Toutes ces différentes questions et les décisions qui en découlent doivent être discutées en prenant grand soin de mettre l'éthique au centre de la problématique, car c'est une responsabilité qui concerne tous les soignants.

Pour effectuer un lien entre l'éthique théorique et la pratique, ainsi que le thème de la douleur, nous donnons un exemple que nous avons toutes vécu quelques fois. Dans nos expériences personnelles et professionnelles, il nous est déjà arrivé de soigner maintes et maintes fois des patients très algiques. Il arrive parfois que leurs plaintes concernant la douleur ne soient pas tout à fait en adéquation avec leurs mimiques, leur faciès, leur posture. Certains patients semblent détendus alors qu'ils signalent un seuil de douleur élevé. Ils nous demandent alors un autre comprimé antalgique de réserve alors que le dernier a été distribué récemment. Il est naturel pour le soignant de se questionner et douter de la réelle volonté du patient. Est-ce que la personne en face de nous est sincère, est-ce qu'elle exagère, est-ce c'est un moyen pour elle d'attirer notre attention pour une raison ou pour une autre ? Nous avons pu observer que beaucoup de soignants confrontés à cette situation ne tiennent pas compte de la plainte du patient. Soit ils pensent que le dernier comprimé n'a pas encore fait totalement effet, ou doutent de l'honnêteté de la personne. Dans ce cas-là, qu'en est-il de l'éthique par rapport au fait de ne

pas répondre à la demande d'un patient qui verbalise sa douleur ? Est-il correct de se baser sur son propre ressenti et son intuition personnelle ?

2.4.2 Le savoir personnel

Dans le savoir personnel, on retrouve une notion de savoir intra personnel qui se réfère aux connaissances de soi, ainsi qu'une notion interpersonnelle qui se réfère aux connaissances des autres, ce qui permet de pouvoir établir une relation d'aide (Formarier & Jovic, 2012). Le savoir personnel signifie être authentique, et pour l'être il faut déjà se connaître soi-même, ce qui signifie prendre appui sur l'expérience personnelle de chaque personne. En se connaissant soi-même cela permet l'ouverture aux autres. Ce savoir se construit grâce aux expériences vécues, car de ce fait, le soignant peut comprendre les situations autant par l'intellect que par l'intuition. Cela consent une approche sensible à une situation de soins et implique de mettre en place l'attention, l'écoute et l'empathie de la personne que l'on soigne (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010).

Pour joindre ce savoir avec notre thématique, il est nécessaire d'avoir conscience de notre perception de la douleur, de quelle façon nous nous positionnons face à une expérience douloureuse. Il est important pour l'infirmière d'avoir sa propre compréhension personnelle de la douleur pour mieux aider et soutenir la personne qui souffre. Cependant, il ne faut pas oublier que chaque personne a sa propre réalité. Ces éléments expliqués ci-

dessus font partie de la notion intra personnelle de ce savoir. Ils concernent le soignant en lui-même.

En lien avec notre thématique qui est de gérer efficacement la douleur, le savoir interpersonnel semble très important puisque toutes les personnes peuvent vivre une même douleur de manière différente. C'est pourquoi, il semble important d'être vigilant quant à la connaissance de soi et des autres.

2.4.3 Le savoir esthétique

Phénix (1964) présente le savoir esthétique comme étant la compréhension d'une situation plutôt que sa connaissance. Carper (1978), pour sa part, présente le savoir esthétique comme étant une appréciation profonde du sens d'une situation. C'est donc par les différentes circonstances auxquelles l'infirmière est confrontée qu'elle s'imprègne des situations. Les habiletés liées à la pensée relationnelle, au jugement clinique et au savoir technique prennent nécessairement appui sur le savoir esthétique (Chinn & Kramer, 2011). Lorsqu'il s'agit de douleur, la notion d'anticipation est primordiale. La douleur est un aspect que nous pouvons maîtriser dans la mesure du possible et qui est d'autant plus facile à gérer lorsque celle-ci est anticipée et stoppée à temps selon la courbe de la douleur.

2.4.4 Le savoir empirique

Selon Barbara (1948), le savoir empirique fait référence à tout ce qui est en rapport avec la science et les théories. Nous allons chercher à obtenir des informations concrètes sur un soin ou un acte médico-technique basé sur des

données probantes. Dans le cadre de notre problématique, ce savoir permet à l'infirmière de fournir le meilleur soin possible en termes d'efficacité tout en mettant en place des actions adaptées pour une gestion de la douleur optimale chez les patients en post-opératoire. En lien avec ce savoir, l'infirmière va pouvoir utiliser des évaluations standardisées comme l'échelle de type EVA pour évaluer l'intensité de la douleur dans le but d'être précis dans les données transmises.

2.5 Notre revue exploratoire de littérature

« Comment gérer efficacement la douleur dans les soins aigus ? »

La revue exploratoire de notre travail de Bachelor a pour but d'affiner et orienter plus précisément notre question de départ. Pour cela, nous nous sommes référées d'une part à plusieurs articles qui cernaient notre problématique. D'autre part, nous avons pris contact avec différents professionnels de la santé qui travaillent ou qui ont travaillé directement en lien avec la thématique de la douleur dans les soins aigus. Récolter ces témoignages a été très enrichissant pour l'élaboration de cette revue exploratoire. Dans le but d'éclaircir nos recherches et nous aiguiller dans notre travail, nous commençons par aborder les concepts principaux qui ressortent de notre question de départ, ceux-ci étant la douleur, les soins aigus et la gestion efficace. Pour commencer, nous avons décortiqué l'élément de la douleur et visualisé ce qui s'y raccorde.

Selon l'IASP (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». De par notre savoir et nos connaissances infirmières, nous savons que la douleur comprend bien plus d'élément qu'une simple définition. Elle peut être aussi bien physique que psychique, aiguë que chronique. C'est un terrain de jeu très vaste dans lequel le corps soignant peut s'impliquer par de multiples façons. La notion de douleur est encore très répertoriée et classifiée sous l'aspect somatique, par exemple une douleur causée par un traumatisme physique. Cependant, il est important de ne pas négliger les côtés liés à l'émotionnel, comme l'angoisse et la peur qui peut y être apparentées.

D'un point de vue physiologique, la douleur dite « physique » est appelée douleur « nociceptive » dans le jargon médical. Ce terme vient de « nocere » qui signifie « faire mal ». Voici une explication un peu plus concrète de ce qu'il se passe au niveau des mécanismes du corps. Tout d'abord, une lésion des tissus est produite par plusieurs causes possibles ; par exemple une fracture, une crise cardiaque, des maux de ventre. A partir de là, cette lésion a provoqué l'activation des récepteurs de la douleur, qui sont eux-mêmes appelés les « nocicepteurs ». Ces nocicepteurs vont pouvoir transmettre l'information douloureuse jusqu'au cerveau qui se charge de la traiter. Différentes fibres nerveuses sont utilisées pour véhiculer cette information.

Concernant la durée de la douleur, la différenciation ne se situe pas seulement au niveau du temps à proprement parlé. Une douleur dite « aiguë » dure moins de trois mois et est classée dans un modèle biomédical. Cela signifie qu'elle découle d'une lésion somatique, et qu'elle ne provoquera pas de modifications durables au niveau des sphères sociales, psychologiques et spirituelles du patient. En revanche, une douleur dite « chronique » dépasse les trois mois, ce qui la classe dans un modèle biologique, psychologique et social. Hormis cet élément, elle devient une maladie en elle-même. Elle implique beaucoup de changements importants dans la vie du patient au niveau des trois sphères citées ci-dessus. Il y a également une notion de bénéfice secondaire dans la douleur chronique, qui fait référence à ce qu'elle octroie comme bénéfice à la personne. Par exemple ne plus devoir travailler ou recevoir des rentes. Il est important que ces soutiens existent, cependant cela change complètement le rôle et le statut social du patient.

La prise en charge de ces deux types de douleur est complètement différente, de par leurs complexités respectives.

Une autre affirmation qui concerne la douleur établie par McCaffery (1968) souligne que « la douleur est toute manifestation que la personne concernée affirme ressentir. Cette douleur existe chaque fois que cette personne dit qu'elle existe ». Cette affirmation soulève un autre point important de ce problème ; celui de la subjectivité de la douleur. En effet, il est extrêmement difficile de se mettre à la place de la personne qui ressent le désagrément. La

douleur n'est pas transmissible, ne peut pas être partagée au sens propre du terme. La communication est le seul moyen pour le patient de faire comprendre à son interlocuteur ce qu'il ressent. Nous nous sommes beaucoup interrogées sur l'aspect subjectif de la douleur qui rend sa prise en charge souvent très difficile. Les côtés émotionnels et psychiques de la douleur sont également importants, car nous pensons que nous pouvons réellement agir dessus de par notre rôle propre infirmier en accompagnant le patient dans son processus douloureux.

Nous continuons cette revue exploratoire en nous questionnant sur le contexte des soins aigus. En effet, c'est un terme très vaste et large qui peut désigner énormément de domaines dans les soins. L'interrogation s'est vite imposée à nous ; que signifie concrètement « les soins aigus » ? Pour tenter d'y répondre, nous avons commencé par partager entre nous nos propres expériences personnelles et professionnelles quant à l'aigu des soins. La constatation s'est faite de manière rapide ; c'est un terrain passablement mal défini. En nous tournant vers la littérature, nous nous sommes rendues compte qu'il serait difficile de trouver une définition claire et précise qui cernerait au mieux cette discipline. Nous avons donc décidé de le décortiquer de la manière la plus simple possible. En consultant le dictionnaire, il en ressort que le terme « aigu » peut désigner un phénomène qui survient brusquement et évolue de manière rapide. Ces quelques mots ont déjà contribué à cerner un peu mieux ce terrain vague. Nous avons alors décidé d'effectuer des recherches en liant

le concept de la douleur avec celui des soins aigus. Les résultats nous ont permis de mieux nous orienter dans ce contexte. Quelques littératures ont attiré notre attention, car un élément revenait de manière systématique dans leurs écrits ; il s'agissait de la douleur en post-opératoire.

En effet, de nombreuses méthodes dans la gestion de la douleur sont maintenant disponibles. Pourtant, la douleur en postopératoire reste sous-traitée pour de nombreux patients. Il s'agit d'une préoccupation importante qui concerne tous les patients opérés. Une douleur non maîtrisée peut entraîner des complications postopératoires et une insatisfaction du patient. Le rôle des infirmières dans la gestion de la douleur postopératoire est essentiel pour améliorer les résultats des patients (Ward, 2014).

Selon Emmanuel & Lee (2014), la douleur rencontrée en période post-opératoire continue à être sous gérée, tandis que sa prise en charge s'améliore de jour en jour dans les autres contextes de soins. Ceci s'expliquerait par trois facteurs ; une indifférence et un manque d'émotion de la part des professionnels de la santé, la peur de la détresse respiratoire et l'attitude du patient envers le vécu de l'événement douloureux. Ces éléments ont un rôle important dans l'orientation de nos choix, car en approfondissant cette douleur retrouvée en chirurgie post-opératoire, nous avons fait d'autres découvertes. La douleur post-opératoire peut avoir un grand nombre de conséquences. Au point de vue biologique, cela augmente la production des catécholamines, qui sont des hormones et des neurotransmetteurs présents lors d'états de stress.

Au niveau clinique, on peut observer une accélération du rythme cardiaque, de l'hypertension artérielle et l'augmentation du travail du cœur, ce qui augmente par la même occasion son besoin en consommation d'oxygène. Les opérations chirurgicales qui concernent le thorax et l'abdomen sont très douloureuses, et conduisent également à une restriction de la place des poumons au sein de la poitrine. De façon autonome, le corps répond à la douleur en instaurant une baisse de l'activité gastro-intestinale, ce qui entraîne des nausées, des vomissements et des paralysies du transit (Emmanuel & Lee, 2014). Ces différents éléments entravent le bien-être et le confort du patient, ce qui ne peut en aucun cas optimiser sa réhabilitation.

Lors de nos recherches, nous avons eu la chance de pouvoir nous entretenir avec un professionnel de la santé qui a exercé la fonction d'infirmier anesthésiste. De ce fait, il a été au cœur de la problématique de la douleur qui concerne le contexte postopératoire. Cet entretien a été très intéressant pour nous du point de vue de l'expérience directe sur le terrain. Nous avons retenu plusieurs éléments qui nous ont semblé très important dans le cadre de notre thématique. Tout d'abord, ce professionnel nous a expliqué en quoi consistait son rôle d'infirmier anesthésiste et comment il l'exerçait. Hormis tout ce qui concerne la partie peropératoire, autrement dit ce qui se passe durant l'intervention chirurgicale, il se chargeait également de consulter les patients concernés par une problématique importante de douleur post-opératoire. Il a pu témoigner d'un constat très révélateur pour nous. En effet, le fait de

prendre du temps auprès du patient pour l'écouter, le laisser parler de sa douleur, le renseigner sur ce processus, valider ses ressentis en utilisant diverses techniques de communication a permis d'obtenir une diminution notable de l'aspect quantitatif de la douleur. Les patients étaient plus détendus après ces petits entretiens, ce qui ne pouvait que favoriser leur réhabilitation et guérison.

Un second aspect relevé qui a retenu notre attention est celui de la dimension anxiogène de la douleur et du contexte opératoire. En effet, subir une intervention chirurgicale, quel que soit le motif ou la cause, peut être une source d'angoisse. Il est important de ne pas négliger cet élément car ces deux concepts peuvent être étroitement liés. D'un point de vue physiologique, l'angoisse diminue l'état de bien-être du corps et peut contribuer à accentuer le phénomène douloureux. S'ensuit alors une sorte de cercle vicieux ; l'angoisse et la douleur présentes naturellement par le contexte postopératoire se décuplent mutuellement. Lors de notre entretien, l'infirmier anesthésiste nous a expliqué qu'un traitement à courte durée contre l'anxiété pouvait tout à fait être mis en place, dans le but d'apaiser ces phénomènes et favoriser un état de bien-être chez le patient.

Pour continuer de préciser le domaine dans lequel nous voulons cibler notre Travail de Bachelor, nous nous sommes posé un certain nombre de questions. Qu'entendons-nous par chirurgie post-opératoire ? Beaucoup de choix s'offrent à nous ; la chirurgie orthopédique, thoracique, viscérale, esthétique,

la sphère ORL et bien d'autres encore. Nos différentes rencontres avec des professionnels de la santé et nos recherches littéraires nous ont permis d'éclaircir ce que sous-tendent les différents types de chirurgies. Nous nous sommes rapidement dirigées vers la chirurgie viscérale parfois désignée sous le terme de chirurgie digestive. Cela concerne les interventions d'une grande variété d'organes. Les chirurgiens viscéraux traitent les affections de l'appareil digestif comme l'œsophage, l'estomac, le pancréas, le foie, la vésicule biliaire, le petit intestin, le côlon, le rectum et l'anus. Ils s'occupent également des troubles et pathologies de la paroi abdominale comme les hernies. Nous avons pu rencontrer un expert de la pratique professionnelle infirmière qui nous a fait partager son expérience. Il a pu témoigner que la chirurgie viscérale provoque beaucoup de douleurs et d'inconfort chez les patients en général. En effet, lorsque nous parlons de chirurgie viscérale, nous parlons du centre du corps, ce qui implique un certain nombre d'organes et de muscles contractés lors de nombreux gestes de la vie quotidienne comme rigoler, parler, pleurer ou simplement se mouvoir. Cependant, la chirurgie viscérale comprend un grand nombre d'interventions. Notre choix s'est porté sur les interventions qui concernent l'ablation d'une partie de l'intestin, appelé « hémicolectomie » dans le langage médical. Ce sont des opérations complexes qui peuvent engendrer de multiples complications, dont certaines liées à la douleur.

Afin d'élaborer notre question de recherche, nous nous sommes rendues compte que nous voulions développer la relation d'aide pour gérer

efficacement la douleur. En pensant à la relation d'aide, nous avons réfléchi sur quels éléments nous voulions nous concentrer. Pour ce faire, nous nous sommes référées aux cours suivis tout au long de notre formation mais aussi en discutant avec les professionnels de la santé, et notre directrice de travail. De ce fait, nous avons décidé de nous baser sur la relation d'aide et le caring. En effet, ceci est un concept très important dans la discipline infirmière qui signifie « s'occuper de ». Il a été défini par plusieurs auteurs dont Jean Watson. Dans le caring, le but est de favoriser le développement de l'autre, de s'en préoccuper et de ce fait, de prendre soin de lui. C'est une notion très importante dans les soins et notre futur métier. En ayant pu discuter avec plusieurs personnes de la pratique, nous nous rendons compte que la notion de prendre soin de l'autre est très importante notamment dans les milieux aigus. Il se peut que parfois cette notion soit moins prise en compte ou moins appliquée en raison du manque de temps. Pourtant, il s'avère que le fait d'écouter le patient sur son expérience douloureuse, de valider ce qu'il ressent pourrait l'apaiser momentanément.

Afin de clarifier la notion du caring, il est important de l'expliquer sous plusieurs angles. Il s'agit d'un concept humain, que nous avons chacun en nous. Nous l'utilisons sans nous en apercevoir, de manière spontanée. Ce concept est un impératif moral, qui, dans notre perspective professionnelle, est même un devoir. Nous pouvons le relier à notre sens éthique. Pour construire ce sens, il

faut commencer par se connaître soi-même et ses valeurs, afin de respecter l'autre. C'est pour cela que le caring est une philosophie.

2.6 Nos concepts retenus

L'élaboration de la problématique nous a permis de préciser quatre concepts qui nous paraissent très pertinents et que nous avons choisi de développer pour ce Travail de Bachelor. Tout d'abord, le concept principal faisant l'objet de ce travail est celui de la douleur. En effet, il est au centre de notre perspective de recherche et guide nos explorations. Dans ce même concept, nous avons décidé d'inclure la gestion de la douleur, qui fait partie intégrante de notre travail et qui est un élément prépondérant.

Comme nous l'avons expliqué dans notre problématique, notre intérêt s'est porté sur le contexte postopératoire de chirurgie viscérale, spécifiquement sur l'hémi-colectomie. Nous avons pu remarquer au travers de nos nombreuses recherches que la douleur est très souvent au centre des préoccupations des patients et des soignants dans ce type d'interventions. Au départ, nous avons voulu conceptualiser cette intervention mais nous avons très vite constaté que cela réduisait les résultats de nos recherches de manière considérable. De plus, après réflexion, nous avons remarqué que notre intérêt ne portait pas essentiellement sur une opération en particulier mais sur une meilleure gestion de la douleur dans le contexte spécifique du postopératoire viscéral. Notre but est d'apporter une meilleure gestion dans ce domaine de soins. En y réfléchissant, l'objectif que nous visons à travers nos recherches est

d'améliorer le confort et le bien-être du patient qui subit une intervention chirurgicale abdominale. En effet, la littérature que nous avons explorée nous a démontré l'impact néfaste que peut produire une douleur vécue et mal gérée en période postopératoire. Au niveau somatique, la douleur peut empêcher la mobilisation du patient, ce qui engendre des complications non négligeables qui se répercutent sur plusieurs systèmes de l'organisme. Thromboses, détresses respiratoires, troubles du transit en sont quelques exemples. Du côté psychologique, l'évènement douloureux peut être vécu comme un traumatisme marquant chez le patient et une source d'angoisse et d'inquiétude. En menant à bien notre réflexion relative à ces éléments, il nous a semblé pertinent d'approfondir le concept de la qualité de vie qui englobe ces différentes notions.

Notre troisième concept est la qualité de soins. En effet, il découle naturellement de la qualité de vie, et est nécessaire afin d'améliorer celle-ci. L'un peut difficilement fonctionner de façon autonome sans l'implication de l'autre. Nous avons choisi ce concept car il représente pour nous un point de vue dit « objectif » de notre pratique. Se servir de cette notion dans notre profession nous permet d'accéder à plusieurs outils dont leur rôle est de récolter des données concrètes, ceci afin d'exercer une constante remise en question. Ces différents outils peuvent être, par exemple, des échelles de la douleur, des questionnaires de satisfaction, des feedbacks des patients. Ce concept de qualité de soins se lie adéquatement avec notre dernier concept

qui est le caring. Nous pensons que le fait de faire intervenir le caring dans notre pratique peut contribuer à améliorer la qualité de soins, et donc la qualité de vie.

Nous voici maintenant avec notre quatrième concept, le caring. Selon nous, les traitements médicamenteux sont assez nombreux et efficaces à ce jour. Nous sommes donc curieuses d'approfondir une méthode non-médicamenteuse et à la portée de chaque soignant pour pallier à une douleur complètement inconfortable pour le patient. L'objectif final de ce Travail de Bachelor est pour nous de savoir si le « caring » a un impact significatif sur la douleur en post opératoire chez les adultes.

En regard du travail effectué jusqu'à présent, nous pouvons formuler notre question de recherche qui est la suivante : « Quelle est l'influence du caring dans la gestion du syndrome douloureux en chirurgie viscérale post-opératoire chez l'adulte ? ».

2.7 Les perspectives et propositions pour l'avenir de la profession

En ce qui concerne ce chapitre, nous pensons que l'apport de notre Travail de Bachelor pourrait être bénéfique pour la gestion de la douleur dans notre future pratique infirmière. D'une part, obtenir une meilleure gestion de la douleur en post-opératoire a une influence considérable sur l'amélioration de la réhabilitation du patient opéré. Comme expliqué dans notre problématique, la douleur mal gérée provoque une cascade de conséquences physiologiques sur l'organisme. D'autre part, elle entrave la capacité du patient à se mobiliser

en post-opératoire immédiat. Des complications cardiaques, des infections pulmonaires, des thromboses veineuses profondes, des iléus paralytiques, voici seulement un petit nombre de pathologiques qu'il est possible de rencontrer dans le cas d'un alitement prolongé. En plus de l'aspect des complications somatiques sur le corps, ces éléments contribuent à rallonger l'hospitalisation du patient et par la même occasion, les coûts de la santé. Il y a un réel enjeu économique à ne pas sous-estimer.

Nous avons également pris en compte l'aspect psychologique de la douleur. Nous savons que vivre une douleur qui ne peut être diminuée ou apaisée a un véritable impact psychologique chez la personne. Cela peut être vécu comme un traumatisme, et laisser des traces à la personne qui subit ce processus. Il ne faut pas négliger cet aspect, car il est important pour le patient d'avoir toutes ses ressources psychologiques afin de se réhabiliter de la meilleure manière qu'il soit.

3 Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Les patients souffrent encore trop souvent d'un traitement inadéquat de la douleur postopératoire (Niemi-Murola et al., 2007) et ce malgré les avancées spectaculaires de la médecine. La science et les multiples recherches et analyses effectuées nous ont permis de saisir l'importance des conséquences néfastes sur la santé du patient et sa réhabilitation. De par sa présence constante auprès du patient, le rôle de l'infirmière dans la gestion de cette douleur est primordial, mais pas seulement en ce qui concerne les actes médico-délégués. En effet, plusieurs écrits de la littérature nous ont démontré l'importance des méthodes dites « alternatives » qui prouvent leur efficacité en tant qu'adjuvant aux médicaments antalgiques habituels. En étudiant attentivement le caring, nous avons émis l'hypothèse que son application dans notre future pratique infirmière pourrait apporter un impact positif sur l'amélioration d'une qualité de vie chez ces patients pris en charge dans un contexte postopératoire. Afin de respecter au mieux les critères qui ciblent cette qualité de vie adéquate, nous visons également une qualité de soins optimale qui nous permet d'améliorer le quotidien de notre pratique.

3.1 Le concept de la douleur

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion (Merskey, 1979). McCaffery donne une définition plus pragmatique : « la douleur est définie comme telle par une personne qui l'éprouve et est présente lorsque cette personne déclare qu'elle l'est ». Plusieurs différentes catégorisations peuvent être émises à propos de la douleur, et ceci en fonction des contextes dans lesquels on les trouve. La douleur aiguë et la douleur chronique sont souvent les deux premiers répertoires dans lesquels elle peut être classée. Bien que notre travail de recherche cible une douleur de type plutôt « aiguë », nous souhaitons également définir la douleur chronique qui a son importance. En effet, si la douleur aiguë n'est pas résolue sur un court terme, elle est à risque de devenir chronique et d'entraver la qualité de vie des patients. Voici une conceptualisation de la douleur expliquée sous plusieurs angles de vue.

La douleur chronique a comme caractéristique de perdurer dans le temps, et en déterminer le début peut être difficile. L'impact sur la qualité de vie du patient est nettement plus néfaste que la douleur aiguë. Cette dernière est souvent caractérisée par son arrivée brutale, intense, et son commencement est facilement datable (Formarier & Jovic, 2012). Chaque individu aura l'occasion, au cours de sa vie, d'être confronté à ce type de douleur car ce

n'est pas nécessairement en lien avec une quelconque pathologie, cela peut être déclenché par une blessure occasionnelle du quotidien.

Ce phénomène peut également provenir d'une intervention chirurgicale, d'une ischémie ou d'une inflammation aiguë impliquant des structures superficielles ou cutanées. Subir une opération chirurgicale est l'une des causes qui peut provoquer des douleurs aiguës en contexte postopératoire (Emmanuel & Lee, 2014).

Une gestion efficace de la douleur est une inquiétude fréquente pour tous les individus qui peuvent être amenés à subir une intervention chirurgicale, ceci étant directement lié à leur bien-être et leur confort. Une mauvaise gestion de cette douleur peut influencer de manière considérable les complications postopératoires et la satisfaction des patients (Ward, 2014). Toujours en lien avec la gestion de la douleur, il a été démontré que la plupart des patients opérés subissent encore de fortes douleurs malgré l'utilisation de l'outil PCA (Patient Controlled Analgesia), qui consiste à laisser le patient gérer la distribution de ses antalgiques par le biais d'un bouton activateur de sa perfusion. Ceci relève le besoin du personnel infirmier d'introduire de nouvelles modalités efficaces en lien avec la conduite de la douleur (Good et al., 2010). Par exemple, l'emploi de la musique et la relaxation en adjuvant des antalgiques classiques a démontré une réduction de la douleur significative en comparaison d'une utilisation seule des médicaments (Good et al., 2010).

D'un point de vue psycho-social, la douleur peut être interprétée de manière très variée en fonction de différents facteurs. Les valeurs de chaque individu impactent sur la compréhension du vécu douloureux et influencent sa gestion. Les religions sont elles-mêmes sources de valeurs, ce qui permet de modifier à plus ou moins grande échelle leur interprétation (Formarier & Jovic, 2012). Par rapport aux douleurs psychologiques dont les causes sont psychiques, il est important de ne pas les associer aux douleurs aggravées ou entretenues par une situation psychique défaillante ou fragilisée (Formarier & Jovic, 2012). De ce fait, notre but à travers notre travail de recherche est d'éviter au maximum ces douleurs qui peuvent être causées par une mauvaise gestion de la douleur aiguë. Ceci vise également à promouvoir la qualité de vie des patients soignés. Selon Formarier et Jovic (2012), « la question de la variabilité culturelle, c'est-à-dire la façon dont les peuples appréhendent la douleur, a fait l'objet de nombreuses investigations anthropologiques et cliniques. Il ressort de ces études que les différences culturelles ont des effets sur l'expression extérieure de la douleur, non sur l'intensité réelle du symptôme ».

Ce paragraphe relève l'importance de prendre en compte chaque patient de façon très individuelle et globale, en tenant compte de tous les aspects biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels.

3.2 Le concept du caring

Afin de définir au mieux le concept du « caring », qui signifie littéralement « prendre soin », nous nous sommes basées sur l'ouvrage « Les concepts en

sciences infirmières, 2^{ème} édition » par Monique Formarier et Ljiljana Jovic. Cet ouvrage donne une définition de ce concept sur plusieurs plans et à travers plusieurs auteurs. Dans le domaine des soins infirmiers, le « caring » se veut être une action de soin et transparait dans une manière d'être par rapport à la relation à l'autre.

Le « caring » s'insère dans le domaine des sciences humaines, ce qui inclut la philosophie et la psychologie. Selon Carol Giligan, une psychologue féministe américaine qui a défini cette notion dans les années 1980, le « caring » est considéré comme « l'éthique du care ». D'après son ouvrage « Une voix différente. Pour une éthique du care », le care est un sentiment de responsabilité qui serait essentiellement féminin. Par contre, selon Joan Tronto (2009), une philosophe féministe américaine, le care n'est pas seulement une question de moralité féminine mais doit être intégré par chaque personne. Elle définit le « caring » comme étant « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer, et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ».

Nous avons constaté que définir le « caring » de manière précise est très complexe et plusieurs auteurs se sont penchés sur la question. Milton Mayeroff (1971), un philosophe américain, le détermine comme le fait de pouvoir aider la personne à grandir, à s'améliorer et à l'accompagner dans son développement. On peut également comprendre le « caring » comme une manière de soutenir le patient mais aussi de le guider dans sa guérison afin

qu'il puisse pratiquer l'auto-soin pour garder une certaine autonomie à la suite d'une hospitalisation.

Il est important pour nous de relever les attributs inclus dans le « caring » et que nous appliquons dans la pratique. Le fait d'apporter notre aide aux personnes que nous soignons implique de leur porter un certain intérêt. Ceci nécessite une vision globale de la situation en incluant son environnement au sein de notre prise en charge et de notre comportement. Le fait de prendre soin n'engage pas seulement la remédiation au problème par une voix physique et médicamenteuse, comme le développe Marie-Françoise Collière, (1996). Cela consiste également en une qualité d'écoute du patient qui va guider nos actions de soins afin de réparer ou palier à un manque. En se basant sur les « caritas process » élaborés par Jean Watson, la relation d'aide entretenue par les soignants doit être basée sur la confiance, l'échange des sentiments autant positifs que négatifs et l'écoute active de l'infirmière. Cette dernière se doit de donner sa pleine confiance à son patient dans l'expression de ses ressentis.

Lors de nos recherches, nous avons eu connaissance de plusieurs études qui démontrent le bien fait du caring dans la réhabilitation de la personne, ce qui crée un lien avec notre recherche. L'étude menée en 1999 par Halldorsdottir a établi que la non pratique du « caring » amenait un impact néfaste sur la qualité de vie des patients, relevant un manque de confiance, une insatisfaction et même une asthénie. Ceci crée un découragement sur l'état de

santé, un désespoir ce qui entraîne un stress important pouvant même parfois affaiblir leur système immunitaire. Ces éléments sont en corrélation avec les potentielles complications que la douleur peut induire si elle n'est pas correctement traitée en postopératoire particulièrement. D'où notre intérêt de faire intervenir le caring dans notre prise en soins.

Cette étude a démontré l'importance d'être dans une relation authentique avec l'autre et de le soutenir en reconnaissant son besoin. Nous pouvons donc affirmer que l'utilisation du « caring » dans les milieux de soins est très bénéfique dans la réadaptation des patients. En conclusion, le « caring » est une approche avant tout relationnelle mais aussi humaniste. Il fait appel à plusieurs valeurs comme la compassion, la préservation de la dignité humaine, l'engagement, la liberté de choix et le respect. Quand nous voulons appliquer le « caring », il est important de comprendre la personne mais également sa famille afin de prioriser les actes à mettre en place et d'avoir une vision globale de la situation. Cette intervention demande à ce que les infirmières adoptent un rôle de guide et de soutien auprès des patients. Ce positionnement donne lieu à une sorte d'alliance thérapeutique où le guide est la personne soignée, c'est grâce à lui que notre plan de soins se construit. Ce qui oblige le personnel soignant d'avoir suffisamment de connaissances, de savoir-faire mais surtout de se connaître soi-même de manière à être le plus authentique avec la personne.

3.3 Le concept de la qualité de soins

A travers notre question de recherche, notre but est d'améliorer une gestion de la douleur dans le milieu postopératoire. Pour ce faire, nous avons choisi d'impliquer l'intervention du caring, qui vise à optimiser notre prise en charge. Après réflexion, nous avons déterminé que ce concept du caring est un outil qui nous permet d'influencer positivement la qualité des soins. En effet, une amélioration de la qualité des soins découlera sur une amélioration de la qualité de vie, ce qui est notre but final.

« La qualité des soins est la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles. Elle inclut la sécurité des patients dans le sens de la gestion et de la prévention des événements indésirables liés à leur prise en charge » (Observatoire Valaisan de la Santé, 2010).

Selon Formarier & Jovic (2012), « la démarche qualité est une approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non qualités ».

L'Organisation Mondiale de la Santé stipule que la qualité des soins doit pouvoir garantir à tout bénéficiaire de soins un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui certifiera le meilleur résultat en terme de santé, selon l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de

résultats et de contacts humains au sein du système de soin (Formarier & Jovic, 2012).

Mordacq affirme que la qualité des soins forme l'ensemble des paramètres caractérisant des soins qui assouviennent aux besoins des patients (Formarier & Jovic, 2012). Cette définition indique trois opérations à accomplir :

- Délimiter de quoi il s'agit quand on parle de soins infirmiers ;
- Rechercher quels sont les besoins des patients ;
- Caractériser les paramètres de soins.

Le service infirmier est le point central de ce dispositif qui regroupe tous les domaines de soins : clinique, organisation, transmissions, bientraitance des patients et de leurs proches et les compétences du personnel soignant (Formarier & Jovic, 2012).

La qualité de soins est le résultat d'une collaboration adéquate entre plusieurs pôles disciplinaires. Médecins, infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeutes sont seulement quelques exemples d'intervenants potentiels qui contribuent à viser une qualité de soins optimale. Une amélioration de cette qualité passe inévitablement par une communication efficiente au sein de l'ensemble de l'équipe (American Medical Association, 2008).

Afin de mesurer et évaluer la qualité des soins, il est pertinent d'avoir recours à plusieurs outils. Ceci dans le but d'obtenir une vision objective de notre prise en charge et remettre notre pratique en question de façon constante. En ce qui concerne notre sujet de recherche qui traite de la douleur aiguë, il existe

de nombreux outils d'évaluation et de quantification de la douleur, qui s'adaptent efficacement aux différents contextes de soins. L'exemple le plus connu est sans doute l'échelle visuelle analogique, abrégée EVA, qui consiste à quantifier la douleur du patient par un chiffre situé entre zéro et dix. Zéro signifie aucune douleur et dix, la douleur la plus insupportable que le patient n'ait jamais vécue. Ces différentes échelles sont appliquées dans la pratique de manière courante et ce, afin d'évaluer le confort du patient. Cependant, il arrive malheureusement que malgré une couverture antalgique maximale, le patient puisse encore ressentir des douleurs. Le but de notre recherche est de promouvoir l'optimisation d'une qualité de soin remarquable afin d'apporter une meilleure gestion de la douleur.

3.4 Le concept de la qualité de vie

En 1948, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social. » Depuis ce jour, de nombreuses remises en question ont eu lieu pour la population. La psychologie s'est développée, la société a évolué et le rapport patient – médecin a changé. Il ne s'agit plus de définir à tout prix un diagnostic ni d'évaluer la santé en termes de mortalité ou morbidité mais d'inclure d'autres aspects qui concernent principalement la personne en question, comme la douleur, la fin de vie ou encore la qualité de vie (Formarier & Jovic, 2012). Pour de nombreux auteurs, la qualité de vie inclut à la fois des éléments objectifs (conditions de vie, diagnostic médical) et

subjectifs (besoins, ressentis) qui sont tous deux des indicateurs complémentaires et essentiels pour la définir.

Il n'existe pas aujourd'hui de définition consensuelle sur la qualité de vie, car il s'agit d'un concept abstrait, situationnel, complexe et multidimensionnel (Formarier & Jovic, 2012). En 1994, L'OMS déclare que la qualité de vie est « la perception d'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

De nombreux auteurs déclarent que seule la personne concernée ou le patient peut définir son niveau de qualité de vie selon des critères bien précis qui lui sont propres. Ces critères sont situés dans quatre grands domaines que décrit Leplège :

- L'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques)
- Ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs)
- Son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression)
- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel (Formarier & Jovic, 2012).

Selon Bruchon-Schweitzer « Le concept de qualité de vie s'est construit peu à peu par l'intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel et le bien-être subjectif d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé

mentale d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie satisfaisante » (Formarier & Jovic, 2012).

A travers notre question de recherche, nous visons une prise en charge de qualité en termes de bien-être, de confort et de réhabilitation optimale durant l'hospitalisation qui suit l'intervention chirurgicale viscérale. Or, il n'est pas seulement question de favoriser le confort du patient à travers une gestion de la douleur adéquate durant son séjour, mais aussi de promouvoir une qualité de vie sur le long terme. C'est donc par le biais de l'intervention du caring que nous souhaitons appliquer une bonne qualité de soins qui découlera sur une bonne qualité de vie.

3.5 Champs disciplinaires infirmiers

Maintenant que nos concepts pertinents sont développés, nous allons utiliser la théorie infirmière de Jean Watson afin de démontrer en quoi notre sujet peut être pertinent pour la pratique clinique.

En 1979, cette infirmière théoricienne américaine aborde la discipline infirmière comme la science du caring. Elle établit un concept qui définit le caring comme un ensemble de facteurs caratifs, appelés *caritas process* en anglais. Contrairement aux facteurs appelés curatifs qui ont pour but de guérir les maladies des individus (Watson, 1998), ces *caritas process* prônent une démarche soignante qui soit encourage le développement et le maintien de la santé, ou invite à aborder la mort le plus sereinement possible. Ces facteurs peuvent être intégrés par le personnel soignant dans les soins qu'ils prodiguent

aux patients. Une philosophie de type humaniste et des connaissances scientifiques consolident ces caritas process. Leur rôle est d'éclaircir la compréhension du processus thérapeutique entre le soignant et le soigné. Le concept du caring se situe dans l'accompagnement de la personne, afin de l'aider à comprendre ce qu'elle vit, à contrôler et s'auto-guérir (Formarier & Jovic, 2012).

Pour être capable de travailler avec ce concept, il est important de se connaître soi-même et d'être authentique et congruent. Selon Watson (1998), « une infirmière qui essaie de cacher son moi intérieur et ses sentiments est susceptible d'utiliser ces derniers de façon destructrice dans une relation avec autrui ». Cela signifie que même si ses actes ne sont pas volontaires et qu'ils sont destinés à protéger, ils peuvent se répercuter négativement sur la qualité des soins.

Voici un développement des dix facteurs qui sont à la clé de l'essor du caring. Cette liste n'est pas exhaustive, étant donné qu'il existe un grand nombre de façons de produire un résultat thérapeutique à travers les soins infirmiers (Watson, 1998).

1. Le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes.

Le soignant travaille dans la perspective qui met l'individu au centre de son intérêt, il valorise l'humain en permanence. Cette attitude permet d'accepter les différences des autres et les percevoir à travers leur propre système de valeurs et non pas uniquement celui du soignant (Watson, 1998). En lien avec

notre thématique, ce facteur requiert de valider la douleur de l'autre, étant donné qu'il est impossible de se mettre à sa place. Le rôle du soignant est de prendre en totale considération les propos du patient relatifs à sa douleur.

2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.

Pour appliquer ce caritas, l'infirmière doit être authentique et consolider le système de croyances et d'espoir des individus pris en charge. Par ce biais, il entre en relation avec eux. Le système de croyances n'est pas uniquement relié à la religion, il prend en compte également la spiritualité et les valeurs de la personne au moment où elle se trouve en face des soignants. Pour une meilleure gestion de la douleur, il est important de prendre en compte la globalité du patient, tant au niveau biologique et psychologique qu'au niveau socioculturel et spirituel, ceci dans l'individualité du patient.

3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.

Ce caritas nous demande, en tant que soignant, de réfléchir à nos propres valeurs et à notre propre spiritualité. Le soignant doit entrer dans une démarche de connaissance de soi et de sa sensibilité, envers le soigné et de ce fait atteindre une qualité des soins et une qualité de vie optimale. Cela requiert un travail sur sa propre personne dans le but d'entretenir une meilleure relation avec autrui.

4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.

Ce quatrième facteur requiert d'instaurer une relation de confiance entre le patient et le soignant. Selon Watson (1998), « un patient/client qui sent qu'une

infirmière voit ses besoins et ses problèmes individuels et qu'elle s'y intéresse vraiment, est susceptible d'avoir confiance, foi et espoir dans les soins infirmiers ». De ce fait, il sera mieux disposé à s'exprimer sur des sujets qui lui sont délicats. Sa confiance et sa spontanéité à formuler et manifester sa douleur seront plus fiables, ce qui permet à l'infirmière de s'investir au mieux dans la compréhension et la gestion. L'anxiété du patient s'en trouvera diminuée.

5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.

Les affects altèrent les pensées et les comportements, c'est pourquoi ils doivent être inclus et tolérés dans une relation de soins (Watson, 1998). Il est important d'avoir une certaine capacité de tolérance envers le patient et ses ressentis. Il est également important d'admettre son mal-être et son inconfort. En tant que soignants, nous devons accepter la souffrance du patient, afin de pouvoir y remédier de façon efficace.

6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.

Pour résoudre un problème, il est important d'inclure toutes les solutions possibles qui se trouvent à notre portée. Cela implique d'incorporer les diverses méthodes alternatives qui peuvent être utiles sur le terrain. Pour citer quelques exemples, le dessin, la musique, la relaxation, les massages sont des domaines qui ont leur utilité dans le processus du caring. En lien avec une

gestion de la douleur efficace, nous devons prendre en compte ces diverses techniques alternatives qui peuvent être additionnées aux traitements médicamenteux habituels et qui doivent être gérées de manière ciblée et pertinente.

7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.

Il s'agit d'effectuer de la prévention et de la promotion de la santé, mais d'une manière individuelle et adaptée à chaque individu soigné. Apporter un enseignement éducatif en lien avec la douleur et sa gestion est primordial pour que chaque patient soit conscient et averti de ce que cela représente. Il est important d'avoir la capacité d'adapter son programme éducatif en fonction des besoins personnels de chacun. Dans la pratique, les aspects interpersonnels et d'apprentissage de ce caritas process sont souvent omis par les infirmières au profit des aspects éducatifs (Watson, 1998).

8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction.

Promouvoir une réhabilitation optimale du patient demande d'instaurer une atmosphère aussi sereine et paisible que possible autour de lui. Nous nous devons de prendre en compte le patient dans sa globalité, dans le but de faciliter sa guérison à tous les niveaux. La douleur crée des réactions totalement individuelles et différentes chez chaque personne. De ce fait, chacun a des besoins et des attentes personnelles à propos de son

environnement. Créer un environnement personnel et propre à chacun favorise la qualité de vie du patient et sa guérison.

9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.

Ce facteur caratif rend attentif au fait que les besoins individuels divergent inévitablement d'une personne à l'autre. Pour citer un exemple, nous devons accepter que certains patients n'adhèrent pas aux diverses méthodes alternatives que nous pouvons leur proposer pour soulager la douleur. En tant que soignant, il ne nous est pas permis d'émettre un quelconque jugement sur la prise de décision ou les besoins d'un patient.

10. La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques.

Selon Watson (1998), « La singularité et l'identité de chaque personne doivent être reconnus. Le fondement de la connaissance repose sur l'expérience personnelle et subjective de la personne ». Il est important de prendre en compte les expériences antérieures vécues en lien avec le processus douloureux. Celles-ci peuvent avoir une grande influence sur la façon dont le patient vit la douleur au présent.

La base du concept du caring est l'union entre une approche humaniste et les connaissances scientifiques. Selon nous, cette complémentarité a le pouvoir d'améliorer la gestion de la douleur. En développant ces caritas process, nous avons pu constater qu'ils constituent tous une base solide à adopter dans notre pratique clinique. Si notre souhait est d'exercer le caring de façon efficiente, ces facteurs couvrent l'ensemble des attitudes et des comportements

indispensables à appliquer. Ils servent de guide à toutes les personnes soignantes qui désirent s'investir dans ce courant de pensée. Travailler avec le caring certifie également une pratique de qualité.

En lien avec notre question de recherche, l'approfondissement de la théorie du caring de Jean Watson nous a permis de concrétiser notre hypothèse concernant notre intervention de soins. Nous pensons que le fait d'appliquer le caring dans notre pratique clinique peut contribuer au confort du patient lors de son séjour hospitalier.

De façon plus détaillée, certains caritas process ciblent des approches et des actions qui peuvent influencer positivement la gestion de la douleur. Par exemple, favoriser un environnement propice au bien-être du patient est considéré comme une forme de caring. Aussi, il est important de prendre en compte toutes les solutions possibles pour pallier à un problème de soins. Cette théorie conseille d'ouvrir nos horizons et ne pas appliquer une seule méthode médicale ou infirmière.

En lien avec la gestion de la douleur, trois items ont particulièrement relevé notre attention. Le caritas process n°6 met en avant l'importance de l'utilisation de toutes méthodes alternatives contribuant au bien-être et à la satisfaction du patient. Le caritas process n°7 souligne la valeur de la promotion de l'apprentissage en adaptant la prise en charge individuelle chez chaque patient. Le caritas process n°8 démontre que l'environnement du patient a une influence considérable sur sa qualité de vie durant son

hospitalisation. Ce sont ces 3 caritas qui ont spécifiquement contribué à éclairer notre questionnement sur une gestion efficiente de la douleur. Nous pensons qu'une utilisation de ces éléments en complémentarité des traitements médicamenteux classiques potentialise le confort et le bien-être du patient.

4 Méthodologie

En regard des concepts retenus et développés dans le précédent chapitre, nous allons maintenant exposer la partie méthodologique de notre travail. Nous avons d'abord précisé notre question de recherche à l'aide de l'outil PICOT, qui est précisément utilisé pour cibler la formulation exacte et clarifier un sujet de recherche. En se concentrant sur chaque item de façon concise et en les articulant de manière cohérente, le résultat s'est présenté comme ceci : L'impact du caring (I) dans la gestion du syndrome douloureux (O) en postopératoire viscéral (C) chez les adultes (P). L'item T (temps) ne s'est pas avéré utile dans la formulation de notre question, nous ne l'avons donc pas utilisé.

Ensuite, nous avons déterminé de quel type de question il s'agit. Nous avons procédé de façon éliminatoire, afin de cibler de la manière la plus adéquate possible la bonne catégorie. Pour commencer, il nous semblait logique que les types diagnostic, cause et sens ne s'adaptassent pas de manière optimale à notre question de recherche. Nous avons élaboré celle-ci car nous nous intéressons sérieusement à une gestion différente de la douleur en postopératoire. Nous avons déterminé que notre question est de type intervention, car notre hypothèse est qu'une intervention par le caring peut avoir un impact positif sur le syndrome douloureux.

L'énoncé de notre question a abouti au développement de nos différents mots-clés, qui nous sont indispensables pour effectuer nos recherches. Nous avons commencé par les traduire en anglais, puis nous les avons convertis en descripteurs à l'aide des thésaurus spécifiques à chaque base de données utilisée. Certains de ces mots-clés nous ont mises en difficulté et nous avons dû faire preuve d'adaptabilité et d'ingéniosité pour obtenir un résultat.

En commençant par les mots-clés relativement simples, nous avons « adulte » qui se traduit en anglais par « adult », « gestion de la douleur » qui devient « pain management » et « chirurgie viscérale » qui devient « visceral surgery, abdominal surgery ou encore general surgery » selon les différentes bases de données. Le caring étant un mot anglophone, il n'y a pas eu besoin de traduction. Cependant, ces deux derniers items nous ont posé problème. Tout d'abord, le fait de préciser le type de chirurgie s'est avéré être un paramètre trop précis, menant à des résultats infructueux. C'est la raison pour laquelle, dans certaines bases de données, nous avons utilisé uniquement le mot « surgery » dans notre recherche, afin d'élargir quelque peu les probabilités de résultats. En ce qui concerne le caring, nous sommes arrivées au même constat, mais pour des raisons différentes. Comme expliqué dans notre précédent chapitre, le caring est un outil de travail pour les soins infirmiers issu directement de la théorie infirmière de Mme Jean Watson. De ce fait, utiliser ce terme comme mot-clé dans notre recherche s'est avéré inadéquat et sans succès. Après avoir consulté nos professeurs chargés de notre

encadrement sur ce projet, nous avons décidé de modifier l'intervention au profit d'une démarche qui rejoindrait de façon adéquate le fond de nos pensées et le but de notre travail. Suite à nos recherches sur les bases de données, une intervention nous est apparue comme étant adaptée à notre sujet. Il s'agit du terme « nursing care » en anglais, qui signifie soins infirmiers. Cette traduction peut prêter à confusion car nous pourrions penser qu'il s'agit de la discipline ou de la science ; dans ce cas-là elle désigne plutôt le regroupement des actes et des soins effectués par le personnel infirmier. Nous avons décidé de choisir cette formule qui est pourtant vaste, mais qui, dans notre perspective, englobe les actions et agissements du soignant effectués sous l'angle du caring.

Par la suite, nous avons questionné les bases de données PubMed, Medline (Proquest et Ovid), Psychinfo et Cihnal pour obtenir les articles dont nous avons besoin. Ces diverses bases sont évidemment toutes liées de manière différente au domaine médical, ce qui nous offre une recherche riche et diversifiée. Par exemple, certaines bases ciblent d'abord le domaine des traitements médicamenteux, tandis que d'autres se concentrent sur les soins infirmiers.

	P	I	C	O
Mots clés	Adultes	Soins, actes infirmiers	Chirurgie viscérale	Gestion de la douleur
Mots clés anglais	Adult	Nursing care	Visceral surgery, abdominal surgery, general surgery	Pain management
Descripteurs Mesh (Pubmed)	Adult	Nursing care	General surgery, Surgery	Pain management
Descripteurs Ovid (Medline et Psycinfo)	Adult	Nursing care	Visceral surgery, general surgery, surgery	Pain management
Descripteurs Cinhal	Adult	Nursing care	General surgery, abdominal surgery, surgery	Pain management

A la suite de ces recherches, les tableaux qui suivent récapitulent le résultat des articles obtenus.

Pubmed		
Descripteurs	Résultats	Impact Factor et dates
adult AND nursing care AND general surgery AND pain management	Résultat : 101, Présélection : 5 Retenus : 3	2015 & 3.56 2010 & 1.78 2007 & 1.71
adult AND nursing care AND surgery AND pain management + filtre «past 10 years»	Résultat : 464, Présélection : 12 Retenus : 3	2012 & 3.76 2008 & 1.71 2015 & 1.91

Cinahl		
Descripteurs	Résultats	Impact Factor et dates
adult AND nursing care AND abdominal surgery AND pain management	Résultat : 11 Retenu : 1	2007 & 1.49
adult AND nursing care AND surgery AND pain management	Résultat : 107 Retenu : 1	2011 & 1.74

adult AND nursing care AND general surgery AND pain management	Résultat : 1 Retenu : 1	2011 & 1.38
--	----------------------------	-------------

Psychinfo		
Descripteurs	Résultats	Impact Factor et dates
adult AND nursing care AND surgery AND pain management	Résultats : 143 Présélection : 4 Retenus : 2	2008 & 1.82 2008 & 1.82

Medline Proquest		
Descripteurs	Résultats	Impact Factor et dates
adult AND nursing care AND surgery AND pain management + filtre « past 10 years »	Résultat : 124 articles Présélection : 6 Retenus : 3	2007 & 1.71 2009 & 1.80 2015 & 1.74

Medline Ovid		
Descripteurs	Résultats	Impact Factor et dates
adult AND nursing care AND surgery AND pain management	Résultat : 18 Présélection : 2 Retenu : 1	2014 & 1.38

Après avoir entré nos mots-clés dans les différentes bases de données, nous avons présélectionné les articles en fonction de leur titre. Nous avons traduit ces titres, afin de déterminer si l'étude de l'article pouvait concorder avec notre thème de recherche. Si tel était le cas, l'étape suivante consistait à s'intéresser à l'abstract de ces textes pour se faire une idée plus précise du but et de l'objectif de l'article. Par ce biais, nous avons retenu 23 articles que nous avons étudié de manière approfondie, notamment en les traduisant. Ensuite, nous avons éliminé les articles dont les impact factor et les dates de publication ne correspondaient pas aux critères attendus, réduisant ainsi le nombre d'articles. Nous avons également discuté de la pertinence de certains articles qui n'étaient pas adéquats avec notre projet de recherche. Arrivées à ce stade, nous nous sommes rendues compte que certains articles avec un impact factor légèrement inférieur aux autres apportaient plus de pertinence à notre recherche que ceux qui avaient un bon niveau de preuve. De ce fait, nous avons privilégié leur sélection, afin de se baser sur des articles qui concordaient au plus proche de notre projet.

5 Synthèse des résultats et conclusion

Article 1 : Pain management : evaluating the effectiveness of an educational programm for surgical nursing staff.

Le but de cet article est d'améliorer la connaissance, l'attitude et l'application de la thérapie de relaxation par le personnel infirmier. Celui-ci a reçu une formation supplémentaire dans la gestion de la douleur et les patients ont dû répondre à un questionnaire. Une différence significative a été constaté dans le groupe ayant bénéficié de la thérapie de relaxation. La conclusion est que l'éducation permanente des infirmiers améliore la connaissance, l'attitude et le comportement face à la gestion de la douleur.

Article 2 : Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses

Le deuxième article compare les degrés de la douleur signalés par le patient avec ceux documentés par les soignants en lien avec la quantité d'opioïdes administrée. Un groupe de patient a dû remplir une échelle EVA pendant que les infirmières répondaient à un questionnaire sur leur méthode de gestion. La même procédure a été effectuée 2 ans plus tard avec la mise en place d'un programme éducatif aux infirmières. La gestion de la douleur n'a pas changé drastiquement pendant deux ans. La conclusion est qu'il existe une réelle divergence entre la douleur perçue par les patients et les scores documentés par le personnel infirmier.

Article 3 : Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode

Le but de cet article est d'explorer comment les patients décrivent leurs expériences dans des situations de douleurs abdominales dans un contexte de soins aigus. Des entretiens ont été effectués durant 6 mois dans un centre hospitalier universitaire en Suède. Ils ont ensuite été analysés. Les résultats démontrent que pour les patients, les soins fondamentaux regroupent un confort, des informations précises, le choix et la dignité qui sont essentiels pour eux. Les expériences ont été influencées par l'importance de leur engagement envers le personnel de la santé.

Article 4 : Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management—Effect of Preoperative Factors

Cette étude vise à cerner les facteurs qui influencent la satisfaction du patient à l'égard de la gestion de la douleur postopératoire. Un questionnaire a été donné aux patients ayant subi une chirurgie orthopédique ou vasculaire, afin d'évaluer leur douleur. Les infirmières ont également reçu un questionnaire concernant les attitudes des patients. Un grand pourcentage des patients étaient satisfaits de la gestion de la douleur, ceci en lien avec les informations reçues en préopératoire. Un grand pourcentage d'infirmières ont exprimé le souhait de recevoir d'avantages de formations liées à la douleur et à sa gestion.

Article 5 : Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer

Le but de cette étude est d'investiguer l'efficacité de la réflexothérapie plantaire comme supplément aux médicaments classiques dans la gestion de la douleur et de l'anxiété postopératoire. Un groupe d'intervention a reçu une séance de réflexothérapie en postopératoire contrairement au groupe témoin qui a suivi le protocole habituel. Les résultats démontrent que le groupe d'intervention a consommé moins d'antalgiques que le groupe témoin.

Article 6 : Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery

Cette étude examine d'une part l'enseignement thérapeutique au patient et d'autre part l'utilisation de la musique et la relaxation dans la gestion de la douleur postopératoire. Deux groupes ont été constitués et répartis dans les deux interventions. Un troisième groupe témoin a été formé. Des effets positifs immédiats de la relaxation et la musique sur la douleur ont été trouvés durant les deux premiers jours postopératoires.

Article 7 : Home recovery following day surgery : a patient perspective

Cet article étudie et enquête sur les aspects des soins les plus influents concernant le rétablissement à domicile directement après une chirurgie ambulatoire. Des questionnaires ont été distribués à des patients adultes le jour de leur chirurgie pour examiner leurs expériences de récupération psychosociale. Un grand pourcentage des patients se disent préparés pour tous les événements pendant leur réhabilitation à domicile. Les patients étaient satisfaits de la quantité et qualité des informations données en préopératoire.

Article 8 : Web-Based Nursing Intervention for Self-Management of Pain After Cardiac Surgery: Pilot Randomized Controlled Trial

Les auteurs ont développé une intervention infirmière basée sur une application web pour influencer la participation du patient à la gestion de sa douleur. L'intervention comprend une séance pré-opérationnelle de 30 minutes via l'application et deux brèves séances d'appoint face à face. Un groupe d'intervention a utilisé cette application tandis que le groupe témoin suivait le protocole habituel. Les résultats démontrent que l'évaluation de la douleur des deux groupes est similaire ; le groupe expérimental a cependant consommé plus de médicaments de manière significative.

*Article 9 : Patients' experiences and actions when describing pain after surgery
– A critical incident technique analysis*

L'objectif de cette étude est de trouver un meilleur moyen dans la description de l'évaluation de l'expérience douloureuse. Des entretiens ont été effectués chez les patients en postopératoire. Ils ont été questionnés sur leurs expériences douloureuses et les actions infirmières mises en place. Les résultats démontrent que les patients n'expriment pas toujours leurs douleurs par peur d'être mal perçus et jugés par les soignants. Le manque de temps et d'écoute a été un frein dans ce processus d'évaluation. Une peur des effets secondaires des traitements opioïdes a été relevée.

Article 10 : Supporting self-care of patients following general abdominal surgery

Le but de cette étude est de promouvoir l'éducation thérapeutique et l'auto-soins chez les patients opérés, afin que leur convalescence se déroule au mieux. Un questionnaire d'auto-évaluation a été distribué aux patients pour qu'ils le remplissent avant leur retour à domicile. Une appréciation du séjour est demandée. Des entretiens téléphoniques sont également entrepris une fois que le patient est rentré chez lui, afin d'évaluer l'efficacité du patient à pratiquer l'auto soins. Les résultats démontrent un manque d'informations en amont de l'intervention et sur les détails concernant la réhabilitation. Beaucoup de patients ont indiqué ne pas savoir comment réagir face à l'imprévu.

Article 11 : Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"

Le but est d'améliorer la qualité de la gestion de la douleur en passant par l'amélioration de la pratique infirmière et l'évaluation de la douleur. Des infirmières en soins intensifs ont été questionnées et interviewées personnellement sur leurs perceptions et leurs actes face à la douleur du patient. Les résultats ont démontré chez les infirmières un manque de temps pour traiter la douleur, un manque d'intérêt et un manque de connaissance pour les méthodes alternatives (massage, chaud, froid), ainsi qu'un environnement de soins inadapté.

Article 12 : Effectiveness of the nursing methodology in pain management after major ambulatory surgery

Le but de cette étude est de mettre en avant les bienfaits d'une bonne préparation avant l'opération et l'importance d'un entretien préopératoire complet. Un groupe d'intervention a reçu un entretien préopératoire en présence d'infirmières, de médecins et d'anesthésistes. Le groupe témoin n'a pas bénéficié d'une telle entrevue. Les résultats démontrent que le groupe d'intervention évalue sa douleur de manière moins haute et moins intense que le groupe témoin. Il a eu moins recours aux antalgiques de réserve.

Article 13 : What Do Adult Surgical Patients Really Want to Know About Pain and Pain Management?

Le but est de déterminer le contenu informatif le plus important aux yeux des patients en matière de gestion de la douleur. Les auteurs s'intéressent à l'impact de ces informations. Une enquête téléphonique a été effectuée dans le but de connaître les réels besoins des patients en postopératoire à domicile. Les résultats démontrent qu'ils ont besoin de connaître leur plan thérapeutique, les éventuelles ressources de secours s'il ne fonctionne pas, ainsi que les effets secondaires des traitements et comment les gérer. Il en est également ressorti que la peur du surdosage et l'effet de dépendance empêche les patients de consommer adéquatement les opioïdes.

Article 14 : The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients nurses and patient records

Il s'agissait d'étudier la qualité de la gestion de la douleur en postopératoire dans un centre hospitalier universitaire. Un questionnaire a été distribué auprès des patients et des infirmières dans deux services de chirurgies différentes (thoracique et viscéral). Aucune différence significative entre les deux services n'a été démontrée. Les patients qui ont connu plus de douleurs que prévu étaient satisfaits de la qualité de leurs soins. Plusieurs éléments ont été relevés comme étant à améliorer : la communication, la confiance et les informations préopératoires.

Article 15 : Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery

Le but est d'explorer l'expérience de la douleur postopératoire chez les patients adultes chinois ayant subi une thoracotomie majeure et d'identifier leurs obstacles dans la gestion de la douleur. Des patients ont été choisis pour remplir 3 questionnaires concernant la douleur et les barrières relatives. Les résultats démontrent que les patients ont souffert de douleurs modérées à sévères. Des interférences avec les activités de la vie quotidienne ont été soulignées. La douleur des patients a été sous-traitée en postopératoire malgré leurs préoccupations importantes.

Les différents articles scientifiques que nous avons étudiés dans le cadre de notre recherche valident la pertinence de notre question de départ. Nous avons pu constater à travers la littérature que la problématique de la gestion de la douleur en postopératoire est bel et bien réelle. Selon Lin et al. (2007), la douleur des patients ayant subi une intervention chirurgicale récente est depuis bien longtemps un problème de santé. Malgré l'utilisation de pompe à analgésiques contrôlée par le patient, la plupart des bénéficiaires de soins endurent des symptômes douloureux qui restent traités de manière insatisfaisante (Good et al., 2010). Plusieurs autres éléments ont également été mis en évidence. D'une part, le personnel infirmier a besoin de recevoir de l'enseignement de façon continue dans le but de parfaire leur habileté professionnelle dans la gestion de la douleur. La formation continue peut

approfondir les connaissances des infirmières à propos des attitudes et des comportements sur la gestion de la douleur (Lin, Chiang, Chiang, & Chen, 2008). D'autre part, plusieurs articles ont soulevé l'importance d'utiliser diverses méthodes alternatives et ceci en adjuvant aux traitements antalgiques classiques. En effet, les soignants ont besoin de nouvelles méthodes efficaces. L'action de la relaxation et de la musique a démontré une réduction significative de la douleur en comparaison à une utilisation seule des médicaments (Good et al., 2010). Nous allons maintenant relever et approfondir les éléments principaux qui ressortent des résultats de nos articles de recherche.

5.1 Les diverses méthodes et techniques alternatives

En analysant les résultats de nos articles, nous avons remarqué que plusieurs auteurs se sont focalisés sur l'utilisation de méthodes non-médicamenteuses afin d'améliorer la gestion de la douleur en postopératoire. En effet, le besoin du personnel infirmier d'avoir recours à de nouvelles modalités de traitements est relevé de manière importante (Good et al., 2010). Dans l'un de nos articles, la réflexologie plantaire a été utilisée comme adjuvant à la thérapie de la douleur et de l'anxiété postopératoire. Le but de cette recherche était de comparer deux groupes de patients en période postopératoire avec le même traitement habituel de la douleur. L'un des deux groupes a reçu en plus vingt minutes de réflexologie plantaire durant le premier, deuxième et troisième jour postopératoire. Le résultat de ce test a été très concret ; les participants du

groupe d'intervention ont demandé moins d'opioïdes de manière significative. De ce fait, la réflexologie plantaire peut être considérée comme une option supplémentaire de gestion de la douleur en postopératoire. Cette technique est simple et non-invasive, elle peut être enseignée et appliquée facilement dans la pratique clinique (Tsay, Chen, Chen, Lin, & Lin, 2008).

Dans une autre étude, les auteurs ont cherché à prouver l'efficacité de la musique et la relaxation comme techniques de gestion de la douleur. D'une part, il a été relevé que l'utilisation de la musique associée à la relaxation provoque un impact significatif sur l'apaisement du syndrome douloureux. Ceci soutient la proposition que les adjuvants non pharmacologiques aux analgésiques peuvent soulager la douleur sans ajouter d'effets secondaires (Good et al., 2010). D'autre part, les infirmières d'un service de chirurgie ont été formées à enseigner la relaxation aux patients ayant subi une procédure chirurgicale. Cet apport leur permet de préserver leur autonomie tout en leur donne un moyen complémentaire pour apaiser leur douleur. Tous les bénéficiaires instruits ont effectué cette technique plusieurs fois par jour, ce qui met en avant le succès de cette recherche (Lin et al., 2008).

En lien avec notre question de recherche qui fait intervenir le caring dans la gestion du syndrome douloureux en chirurgie postopératoire, nous avons constaté plusieurs corrélations significatives. Tout d'abord, nous avons mis en lien l'utilisation de ces méthodes alternatives avec le concept du caring et la théorie de soins de Jean Watson. En effet, nous avons constaté que le sixième

caritas process établit l'importance d'inclure toutes les solutions possibles qui se trouvent à notre portée dans la résolution d'un problème. Il est donc nécessaire d'inclure ces diverses techniques dont l'impact sur le bien-être et le confort du patient est positif. Cette constatation nous amène à la conclusion que le caring est pour nous une intervention justifiée.

5.2 L'éducation thérapeutique au patient

De nombreux articles ont mis en avant la réalité du manque d'informations apportées en amont d'une opération chirurgicale. Ces constatations ne s'appliquent pas uniquement dans la gestion de la douleur, mais également dans la réhabilitation qui va suivre, qu'elle se déroule à domicile ou en milieu hospitalier. Ce manque d'informations peut induire de l'anxiété et une mauvaise gestion de la douleur, ce qui à son tour augmente la fréquence des consultations aux urgences ou chez le médecin traitant (Williams, 2008). Deux de nos articles étaient des études comparatives entre deux groupes de patients, l'un bénéficiant d'informations précises sur la gestion de la douleur en préopératoire et l'autre suivant le protocole habituel. Il en ressort deux éléments intéressants. Dans le groupe intervention, l'une des études démontre une diminution de l'anxiété qui apporte une meilleure gestion de la douleur. La deuxième étude révèle une utilisation mineure des antalgiques, ainsi qu'une évaluation de la douleur abaissée.

Au sein de la pratique, des interventions plus novatrices pour le soulagement de la douleur postopératoire sont nécessaires (Martorella, Côté, Racine, &

Choinière, 2012). En effet, l'une de nos recherches souligne l'impact des barrières et des attitudes individuelles des patients face à la douleur et son soulagement. Ces obstacles peuvent les rendre réticents à exprimer leur inconfort et à demander des médicaments antalgiques. Les auteurs ont donc développé un nouvel outil éducatif afin d'influencer la participation du patient à la gestion de la douleur postopératoire. Ils se sont servi de la technologie dans le but de créer une application internet qui permet aux patients de se préparer de manière plus concrète à l'intervention qu'ils vont subir. Nous avons trouvé ce système intéressant par son utilisation judicieuse de la technologie, qui prend de l'ampleur dans notre société depuis plusieurs années. Cette application génère des activités réfléchies et des messages éducatifs adaptés selon les besoins individuels de chacun (Martorella et al., 2012). Les résultats démontrent que les patients ayant bénéficié de cet outil ont une consommation d'opioïdes augmentée, ce qui atteste que cette application leur a permis de dépasser leurs peurs et d'être plus serein concernant la prise de médicaments morphiniques.

Ces éléments ont permis d'éclaircir un point essentiel en lien avec notre recherche : celui de l'anticipation face à la problématique de la douleur. Cette nouvelle perspective est très intéressante pour notre future pratique infirmière. Elle éclaire une dimension de la gestion de la douleur que nous n'avions pas envisagée ni incorporée dans notre problématique de départ. Il est donc important de comprendre l'enjeu et les bienfaits d'un processus complet qui

doit se dérouler en amont de l'intervention. Les actions des soignants ne se ciblent plus uniquement sur le contexte postopératoire, mais également sur la phase qui précède l'hospitalisation.

5.3 La formation au personnel soignant

Ce troisième point concerne plus particulièrement les infirmières des services de chirurgie. En effet, plusieurs de nos articles ont démontré l'importance et l'impact des formations continues dans la gestion de la douleur. Dans le même registre, d'autres scientifiques ont relevé que le manque de connaissances entraîne un manque d'intérêt et une routine chez les infirmières, ce qui entrave leur efficacité dans la gestion de la douleur (Lindberg & Engström, 2011). L'éducation permanente des infirmiers augmente le savoir, l'attitude et le comportement face à cette dimension (Lin et al., 2008). La demande peut également provenir de l'autre partie ; une étude sur la satisfaction des patients et des infirmières concernant la gestion de la douleur relève que beaucoup de soignants souhaitent d'avantage d'apports théoriques liées à la douleur (Niemi-Murola et al., 2007).

D'autres études stipulent qu'il existe malheureusement une communication insuffisante entre le soignant et le soigné quand il s'agit d'évaluer l'expérience douloureuse. Plusieurs phénomènes en sont la cause. Pour commencer, il arrive encore trop souvent que l'évaluation de l'infirmière soit biaisée par son propre ressenti. On remarque une divergence entre la douleur perçue par les patients et les scores documentés par le personnel soignant. Ceci relève le

besoin d'une évaluation de la douleur plus précise (Ene, Nordberg, Bergh, Johansson, & Sjöström, 2008). Le manque de temps et le manque d'écoute sont également des facteurs qui induisent une mauvaise communication et sont susceptibles de rompre le lien de confiance. Ces éléments pourraient être rectifiés grâce à un enseignement plus approfondi sur la douleur. Le dialogue reste essentiel pour connaître les attentes, les besoins et les connaissances du patient, autant sur les traitements que sur l'expérience douloureuse en général. Il est aussi important de percevoir les volontés d'implication du patient dans sa prise en charge. La communication est primordiale pour parvenir à cette compréhension mutuelle et l'optimisation du confort (Eriksson, Wikstrom, Fridlund, Arestedt, & Broström, 2015).

5.4 Perspectives et propositions pour la pratique

En regard des nombreux éléments de recherche qui ont été développés dans ce chapitre, nous allons maintenant expliciter les perspectives et propositions pour la pratique infirmière. Tout d'abord, nous avons relevé le besoin important d'établir, d'approfondir et d'améliorer les informations relatives à l'intervention abordées avec le patient. Beaucoup d'articles que nous avons étudiés confirment la nécessité d'un processus plus complet à apporter auprès des bénéficiaires de soins dans le contexte opératoire. Nous avons trouvé l'innovation de l'application web particulièrement pertinente. Nous pensons que cette méthode est spécifiquement novatrice à plusieurs niveaux. D'abord, elle permet d'intégrer le patient au sein de sa prise en charge de façon plus

complète. Ensuite, cela engendre des modifications dans la dynamique de la relation soignant-soigné. Ce cadre hiérarchique habituellement trouvé et exercé dans les soins peut se transformer en un partenariat judicieux. Les informations recueillies sur le patient par le biais de l'application permettent aux soignants d'adapter et de consolider la gestion de la douleur de manière très spécifique à chaque individu. L'entretien d'appoint face à face qui s'ensuit permet d'éclaircir les derniers points et de répondre aux questions. L'application relève les points importants tels que la perception des patients sur la douleur, sa gestion, les différentes méthodes, ainsi que les risques et les complications (Martorella et al., 2012). Les besoins, les attentes et les craintes sont aussi soulignées. Dans notre recherche, nous aimerions utiliser le caring comme intervention dans la gestion de la douleur. Cette application peut être considérée comme une ressource qui alimente notre besoin de savoir et de comprendre le patient en face de nous. De cette manière, nous pourrions adapter et optimiser notre prise en charge et nos soins aussi efficacement que possible. Ceci met également l'accent sur l'importance de prendre en charge chaque patient de manière individuelle et globale, et de ne pas uniquement se centrer sur l'expérience douloureuse vécue après l'opération. Ces différents éléments proposent des actions pertinentes et peuvent donc être retenus pour la pratique clinique. Un autre point constructif pour notre future pratique infirmière est le concept de l'information et l'enseignement aux soignants. En effet, plusieurs articles nous ont démontré qu'encore beaucoup d'infirmiers se

retrouvent démunis et sans ressources face à la douleur des patients. Peu de soignants connaissent et utilisent des méthodes autres que médicamenteuses. Dès lors, lorsque les réserves de traitement ont été épuisées, ils n'ont pas de solution de secours pour les soulager. Le fait d'informer et de faire prendre connaissance aux soignants de manière plus approfondie de l'existence des diverses techniques évoquées dans nos articles peut engendrer un bénéfice important. Ces méthodes utilisées en supplément des traitements classiques ont prouvé leur efficacité dans une réduction de la douleur (Tsay et al., 2008). Certaines approches sont simples et peuvent même être directement enseignées aux soignants qui peuvent à leur tour les transmettre aux patients (Tsay et al., 2008). Si elles étaient mises en œuvre, on observerait une meilleure gestion et une diminution de la douleur en postopératoire, et ceci toujours grâce à un partenariat entre les soignants et les soignés. Cela promeut également une certaine autonomie chez l'individu qui peut maîtriser et régir lui-même sa douleur comme il le souhaite.

6 Conclusion

Nous arrivons maintenant au chapitre qui concerne la conclusion de notre travail de Bachelor. En effet, réaliser et concrétiser ce projet nous dirige d'un pas de plus vers notre future profession. Cela nous a fait prendre conscience de la complexité d'un phénomène que nous serons amenées à gérer quotidiennement dans notre travail. Les apports positifs que nous retenons sont nombreux. D'une part, cela nous a permis de conscientiser ce qui peut se faire et ce qui peut être amené au sein de la pratique en termes de gestion de la douleur. D'autre part, nous avons relevé les manques et les besoins concrets qui peuvent être comblés et améliorés grâce à notre rôle propre infirmier. C'est un véritable bagage supplémentaire que nous pouvons désormais emporter avec nous dans notre future collaboration interdisciplinaire. Les facilités dans la rédaction de ce travail sont multiples. Tout d'abord, notre groupe est doté d'un grand esprit d'équipe et de solidarité qui nous a permis d'avancer ensemble et de résoudre les problèmes de manière efficiente. Nos liens sont plus profonds que de simples camarades de classe, ce qui permet une meilleure cohésion de groupe. Par le fait que nos expériences personnelles et professionnelles se ressemblent, nous avons su trouver une thématique de recherche qui corresponde à l'ensemble de l'équipe dans un intérêt collectif. Nos périodes de formation pratique nous ont servi de base solide afin de travailler sur notre problématique et d'approfondir les connaissances déjà

acquises. Notre curiosité commune pour les interventions relationnelles et l'approche humaine de notre métier nous a rassemblées sur notre recherche et a permis de développer notre vivacité d'esprit. Les éléments contraignants se trouvent plutôt dans l'aspect recherche et méthodologie de notre travail. Par exemple, le fait que la littérature des soins se trouve presque exclusivement en anglais a été un barrage important à la compréhension de certains documents. Cela nous a demandé plus de temps pour obtenir une traduction correcte et une bonne assimilation des textes. Trouver nos bons mots-clés correspondants à notre recherche a également été un exercice difficile, car comme expliqué dans le chapitre méthode, nous n'avons pas pu entrer le caring comme intervention dans les bases de données, les résultats étant peu convenables. Nous avons dû réfléchir à une autre alternative qui pouvait exprimer au mieux ce que nous cherchions. Sur un aspect plus global, réaliser un travail de recherche demande une remise en question constante, des avancées concrètes et quelques fois un retour à la case départ qui peut s'avérer décourageant. Un problème au sein de la construction a souvent été de devoir revenir en arrière sur nos idées, afin de les adapter et les articuler de manière plus précise au sein du projet. De plus, ce travail a été effectué en parallèle de nos périodes de formation pratique et des sessions d'examens. Il était parfois difficile et compliqué de gérer ces aspects de travaux différents dans une même intervalle. Le fait d'habiter dans des régions différentes ne nous a pas facilité la tâche. De plus, nous sommes toutes les trois engagées

comme ASSC dans des institutions de soins afin de pourvoir à nos besoins d'étudiantes. Tous ces éléments nous ont entraîné à jongler et établir une organisation précise, afin de respecter les échéanciers et la réalisation des travaux parallèles.

Les limites de notre recherche se situent plutôt au niveau du contexte de soins et de l'organisation du travail. Bien que ces différentes méthodes aient été relevées comme pertinentes à une meilleure gestion de la douleur en postopératoire, il est important de prendre en compte le cadre particulier de la chirurgie. Plusieurs articles ont souligné le manque de temps comme étant une barrière à l'application de ces différentes techniques. Ces contextes de soins comme la chirurgie ambulatoire et la chirurgie élective ont connu des changements considérables en mettant davantage l'accent sur un minimum de séjour à l'hôpital (Mitchell, 2015). De ce fait, il est parfois difficile de pouvoir approfondir la relation avec le patient, tant la charge de travail peut être conséquente avec un rythme soutenu. L'environnement hospitalier peut également porter préjudice à l'intimité du patient qui peut se montrer réticent à se confier et à participer à la création du lien avec l'infirmière. Certains grands hôpitaux universitaires comportent encore des structures avec des chambres à sept lits, pour des patients du même sexe mais parfois de tous âges confondus. Nous pouvons tout à fait concevoir que cela représente un frein important chez un individu. Les limites rencontrées dans la création du travail sont relatives à l'exercice de recherche d'articles. En effet, nous avons

trouvé peu d'articles qui traitent de la gestion de la douleur sous l'angle de vue que nous souhaitons appliquer, c'est-à-dire les méthodes non-médicamenteuses.

A travers ce travail, nous souhaitons encourager fortement la recherche infirmière à persévérer dans cette problématique et ces diverses techniques afin d'améliorer la gestion de la douleur postopératoire quotidienne au sein des services. Hormis les enjeux directement liés aux patients, à leur confort, à leur bien-être et à leur qualité de vie, c'est un véritable défi pour le système socio-sanitaire. Une mauvaise gestion de la douleur postopératoire dès le départ induit des conséquences néfastes qui peuvent être importantes sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de l'individu. Cela entraîne des complications, une prolongation de l'hospitalisation avec des coûts de la santé augmentés. Le risque de basculer dans une douleur chronique est réel, ce qui rejoint l'un des défis du système de santé qui est de limiter l'augmentation des maladies chroniques (Varesio, 2017). Le facteur déterminant est d'agir dès le début dans la gestion de la douleur, afin de promouvoir une qualité de soins et une qualité de vie sur le long terme. Les soignants peuvent également bénéficier des avantages de cette recherche. Effectuer des formations continues dans le but d'appliquer de nouvelles méthodes de soulagement de la douleur devrait être considéré comme un nouveau pôle dans le champ des compétences infirmières. Il en résulte une diversité de méthodes qui peuvent

s'allier de façon à décupler leur efficacité. Cela permet également d'adapter chaque méthode aux croyances et perceptions personnelles des patients.

En finalité, nous relevons le réel potentiel existant d'améliorer la gestion de la douleur par le biais d'un ensemble de méthodes. Nous ne négligeons pas l'importance de l'utilisation adéquate des antalgiques classiques. Nous aimerions cependant promouvoir, au travers de ce Travail de Bachelor, l'essor de cette association. Nous sommes convaincues que dans la société actuelle nous avons la capacité et les moyens de faire évoluer nos pratiques grâce à une meilleure maîtrise de ces solutions encore peu exploitées. Pour répondre de manière claire et concise à notre question de recherche, nous pouvons affirmer que l'utilisation du caring dans la gestion du syndrome douloureux en chirurgie postopératoire a un impact positif et contribue à soulager et améliorer la prise en charge de la douleur.

7 Références

- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis, MO : Mosby/Elsevier.
- Comte, P. (2014). *Fondements et épistémologie de la discipline infirmière*. Repéré à <https://cyberlearn.hes-so.ch/>
- Clayton, J. L. (2011). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery, *87*(3), 573-574.
- Emmanuel, N., & Lee, P. (2014). Acute pain management. *International Journal of Nursing Education*, *6*(2), 93-97. <https://doi.org/DOI Number: 10.5958/0974-9357.2014.00612.6>
- Ene, K. W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F. G., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management - The influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(15), 2042-2050. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x>
- Eriksson, K., Wikstrom, L., Fridlund, B., Arestedt, K., & Broström, A. (2015). Patient's experiences and actions when describing pain after surgery - A critical incident technique analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *56*, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008>

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.

Good, M., Albert, J. M., Anderson, G. C., Wotman, S., Cong, X., Lane, D., & Ahn, S. (2010). Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery. *Nursing Research*, 59(4), 259-269. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb2b3>

Good, M., Anderson, G. C., Ahn, S., Cong, X., & Stanton-Hicks, M. (2005). Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. *Research in Nursing and Health*, 28(3), 240-251. <https://doi.org/10.1002/nur.20076>

Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les Soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives*. Boucherville : Gaétan Morin.

Gunningberg, L., & Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 756-766. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00753.x>

Jangland, E., Kitson, A., & Muntlin Athlin, ??sa. (2016). Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: A multi-stage qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 791-801. <https://doi.org/10.1111/jan.12880>

Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K., & Snaith, K. (2009). What Do

Adult Surgical Patients Really Want to Know About Pain and Pain Management? *Pain Management Nursing*, 10(1), 22-31.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.08.006>

Lim, P. H., & Locsin, R. (2006). Music as nursing intervention for pain in five Asian countries. *International Nursing Review*, 53(3), 189-196.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00480.x>

Lin, L. Y., & Wang, R. H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252-260. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03502.x>

Lin, P. C., Chiang, H. W., Chiang, T. T., & Chen, C. S. (2008). Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2022-2031.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02190.x>

Lindberg, J. O., & Engström, Å. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: « A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management ». *Pain Management Nursing*, 12(3), 163-172.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.03.009>

Martorella, G., Côté, J., Racine, M., & Choinière, M. (2012). Web-based nursing intervention for self-management of pain after cardiac surgery: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6).

<https://doi.org/10.2196/jmir.2070>

Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Laghezza, L., Radi, G., Battistini, D., & Cassullo, G. R. (2014). The role of both parents ' attachment pattern in understanding childhood obesity, 5(July), 1-9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00791>

Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 415-427.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12615>

Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management-Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing*, 8(3), 122-129.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.05.003>

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière Education.

Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 19(5), 462-470. <https://doi.org/10.1111/ijn.12088>

Rejeh, N., & Vaismoradi, M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing and Health*

Sciences, 12(1), 67-73. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00488.x>

Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.003>

Stanek, M. (2014). *Douleurs et principes antalgiques*. Repéré à <https://cyberlearn.hes-so.ch/>

Swissuniversities. (2017). *Bases de données bibliographiques*. Repéré à https://www.swissuniversities.ch/fr/searchresults/?tx_indexedsearch_pi2%5Baction%5D=search&tx_indexedsearch_pi2%5Bcontroller%5D=Search

Tsay, S.-L., Chen, H.-L., Chen, S.-C., Lin, H.-R., & Lin, K.-C. (2008). Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer. *Cancer Nursing*, 31(2), 109-115. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305694.74754.7b>

Van Boekel, R. L. M., Steegers, M. A. H., Verbeek-van Noord, I., van der Sande, R., & Vissers, K. C. P. (2015). Acute Pain Services and Postsurgical Pain Management in the Netherlands: A Survey. *Pain Practice*, 15(5), 447-454. <https://doi.org/10.1111/papr.12192>

Van Cleave, J. H., Egleston, B. L., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2013).

Symptom Distress in Older Adults Following Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 36(4), 292-300.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31826dd517>

Varesio, A. (2017). *Le système de santé face aux défis socio-sanitaires*. Repéré à <https://cyberlearn.hes-so.ch/>

Ward, C. W. (2014). Procedure-specific postoperative pain management. *Emergency medicine journal: EMJ*, 23(2), 321-322.
<https://doi.org/10.1136/emj.18.4.321-a>

Watson, J. (1998). *Le caring: philosophie et science des soins infirmiers*. [Paris] : Seli Arslan.

Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 584-592.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x>

Yin, H. H., Tse, M. M. Y., & Wong, F. K. Y. (2012). Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1232-1243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03886.x>

8 Annexes

Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>« Les effets de la réflexothérapie sur la douleur aiguë en postopératoire et l'anxiété chez les patients avec un cancer digestif ».</p> <p>Les concepts « réflexothérapie », « douleur aiguë postopératoire » « anxiété » et « cancer digestif » ressortent de manière précise et concise.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le problème ciblé est la douleur postopératoire qui perdure malgré la distribution d'antalgique. Le but de cette étude était d'investiguer l'efficacité de la réflexothérapie plantaire comme adjuvant à la thérapie de la douleur et de l'anxiété postopératoire chez les patients qui ont un cancer digestif et des cellules hépatiques cancéreuses.</p> <p>La conception de l'étude était un essai contrôlé randomisé. Des données ont été recueillies auprès de 4 salles chirurgicales d'un centre médical en 2005 à Taipei, à Taiwan. Soixante et un patients ayant subi une intervention chirurgicale contre le cancer gastrique ou le carcinome hépatocellulaire ont été répartis au hasard dans un groupe d'intervention (n = 30) ou témoin (n = 31). Les patients du groupe d'intervention ont reçu le traitement de la douleur habituel plus 20 minutes de réflexothérapie</p>

	<p>pendant les jours postopératoires 2, 3 et 4. Les patients du groupe témoin ont reçu un traitement de la douleur habituel. Les mesures de résultat comprenaient le questionnaire de forme insuffisante de McGill Pain, l'échelle analogue visuelle pour la douleur, le résumé des médicaments contre la douleur consommés et l'Échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital.</p> <p>Les résultats sont les suivants : les patients étudiés ont signalé des niveaux modérément élevés de douleur et d'anxiété postopératoire par rapport aux patients avec des PCA. Les patients du groupe d'intervention ont reçu significativement moins d'antalgiques opioïdes que le groupe témoin. Les résultats de cette étude fournissent aux infirmières un traitement supplémentaire pour offrir des patients atteints de cancer digestif postopératoire.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Oui. Il s'agit de déterminer les effets de la réflexologie plantaire comme un adjuvant thérapeutique à la douleur aiguë et l'anxiété postopératoire chez les patients atteints d'un cancer digestif.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

	<p>Je pense que la signification particulière se retrouve également dans la recherche d'une meilleure gestion de la douleur postopératoire qui reste sous traitée malgré les avancées de la médecine. Il est également important de souligner le gain de place des médecines alternatives au sein des traitements traditionnels.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Non. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, l'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur le problème de l'étude, mais je ne pense pas que la recension des écrits présente une base solide pour l'étude. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui, il s'agit des effets de la réflexologie plantaire chez les patients atteints de cancer digestif dans le but de calmer la douleur et l'anxiété postopératoire.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Le but de cette étude était d'investiguer l'efficacité de la réflexothérapie plantaire comme adjuvant à la thérapie de la douleur et de l'anxiété

	<p>postopératoire chez les patients qui ont un cancer digestif et des cellules hépatiques cancéreuses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Le but spécifique de cette étude a été de développer un protocole de réflexologie pour investiguer l'efficacité de la réflexologie afin d'alléger la douleur et l'anxiété chez les patients atteints de cancer digestif qui subissent une intervention chirurgicale abdominale majeure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>Cela traite de l'expérience des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Sur le cadre théorique.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <p>Il s'agit d'un échantillon de 62 patients ayant subi une chirurgie abdominale due à un cancer gastrique ou du foie dans le nord de Taiwan. Les patients respectant ce critère ont été invité à participer à l'étude. Ils devaient avoir 18 ans ou plus, avoir subi l'intervention dans les premières 24h, devaient être alertes, réveillés, dans un état stable, capable de communiquer verbalement, recevant des antalgiques et utilisant une PCA pour la douleur. Les critères d'exclusion étaient des</p>

	historiques de douleurs chroniques, cancers disséminés, addictions aux narcotiques ou éthanol, neuropathies périphériques, amputations des pieds, diagnostic de TVP, démences ou troubles psychiatriques.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui, il s'agit d'un devis plutôt quantitatif au vu de l'utilisation de nombreuses échelles et questionnaires afin de recueillir le degré de douleur auprès des patients. Je trouve que ce devis est plutôt adapté dans le cadre de cette recherche qui souhaite infirmer ou confirmer l'impact de la réflexothérapie en postopératoire viscéral. • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, il y a plusieurs échelles qui ont été utilisées. L'échelle EVA a notamment été employée. Il y a également une échelle de la mesure de l'anxiété qui a été administrée aux patients. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène,

	<p>bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, l'anxiété et la douleur sont les phénomènes ciblés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Ce sont des instruments importés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Les données démographiques, les données chirurgicales et l'historique de la consommation d'analgésiques ont été recueillis à partir du tableau des patients. L'échelle analogique visuelle (VAS) pour la douleur a été collectée quotidiennement à partir de la ligne de base, pendant l'intervention et au suivi. Les données du questionnaire sur la douleur de McGill (MPQ) et l'échelle d'anxiété de l'hôpital ont été recueillis à la ligne de base et post-test (jour 5 postopératoire) seulement. Les données ont été recueillies par un assistant de recherche qualifié qui a été aveuglé à la randomisation. De plus, des VAS pour la douleur ont été recueillis avant et après chaque séance de réflexothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui, des assistants de recherche qualifiés et non impliqués s'en sont chargés.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Oui.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui. Les données ont révélé que les patients atteints de cancers gastriques et hépatiques dans le groupe de réflexologie avaient une amélioration statistiquement significative de la douleur et de l'anxiété perçues en postopératoire par rapport à ceux du groupe témoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui. Les techniques de réflexothérapie sont simples et non invasives. Elles peuvent être facilement apprises par le personnel infirmier. Ces méthodes peuvent être implantées dans le caring des personnes prises en charge en contexte postopératoires.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?

	<p>Les infirmières peuvent considérer l'offre de la réflexologie plantaire comme une option de gestion de la douleur en postopératoire. Cette technique est simple et non invasive. Elle peut être apprise facilement et appliquée en clinique.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Oui.</p>
--	---

Home recovery following day surgery : a patient perspective	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui : Récupération à domicile après la chirurgie d'un jour : une perspective de patient</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, tous les éléments cités se retrouvent dans le résumé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Cet article se concentre sur l'évolution de la chirurgie élective qui a subi d'importants changements, avec un focus sur le séjour minimal postopératoire. Au Royaume-Uni, 64% de la chirurgie élective se ferait en un jour ambulatoire. Ces réformes sont largement dues à l'avancée des techniques minimales invasives de laparoscopie, à l'amélioration des pratiques anesthésiques régionales et aux préférences des patients pour un court séjour. Dans cet article, il s'agit d'étudier et enquêter sur les aspects des soins les plus influents concernant le rétablissement à domicile directement après une chirurgie élective du jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés sont explicités comme étant la gestion de la douleur, la chirurgie ambulatoire, la réhabilitation à domicile, l'anxiété et la satisfaction des patients.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Non, il l'est dans le résumé. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La population à l'étude cible les patients subissant des chirurgies ambulatoires électives. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Cela traite des perceptions des patients. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Sur un cadre conceptuel.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

	<p>Un échantillon de commodité des patients programmés pour la chirurgie élective dans une unité de chirurgie d'un jour public (DSU) a été invité à participer au jour de l'admission. Les participants potentiels étaient ceux qui subissaient une anesthésie générale et locale, ayant une intervention chirurgicale non mortelle, une chirurgie intermédiaire, anglais ou polonais et 18 ans ou plus. En raison de l'augmentation récente du nombre de personnes polonaises dans la population d'étude locale, le questionnaire a été traduit en polonais (par les traducteurs de l'Hôpital Trust) pour être distribué aux participants polonais potentiels. Une petite taxe a été payée pour ce service bien que la traduction en anglais par un traducteur séparé a été incluse.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Tous les chirurgiens, les anesthésistes et le personnel infirmier dans le Mémoire d'accord ont donné leur accord préalable à l'approbation du comité d'éthique. L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de recherche locaux et régionaux appropriés. Les patients ont été informés qu'ils étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment, sans donner de raison et sans soins médicaux ou infirmiers ou les droits légaux étant affectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Une étude de questionnaire en coupe transversale a été entreprise dans le cadre d'une étude plus approfondie portant sur l'expérience</p>

	<p>du patient en préassemblage, le jour de la chirurgie, le retour à la maison, le rétablissement à la maison, le processus d'auto-préparation et l'auto-récupération après la chirurgie de jour élective.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Ils ont été importés et construits pour l'étude. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Les données ont été recueillies sur une période de 12 mois (septembre 2010-octobre 2011). Le personnel clinique de la DSU a distribué le questionnaire le jour de la chirurgie. Les participants potentiels ont reçu une lettre d'invitation et une fiche d'information concernant l'étude. La lettre d'invitation et la fiche d'information sur le patient expliquant l'étude étaient disponibles en anglais et en polonais, tout comme le questionnaire. Les questionnaires devaient être complétés à la maison 24-48 heures après la chirurgie et renvoyés dans l'enveloppe autoportée "freepost" fournie. Le questionnaire avait 53 éléments avec la grande majorité en utilisant un format d'échelle Likert. Expérience du patient de la visite pré-évaluation (n = 11 éléments), jour de la chirurgie (n = 6</p>

	<p>articles), voyage à la maison (n = 6 éléments), provision d'information à domicile (n = 7 éléments), récupération physique / sociale à la maison (n = 12 éléments) et les détails démographiques (n = 7 éléments) ont été les thèmes principaux. Cependant, l'attention principale de ce document sera celle des interventions jugées nécessaires pour un rétablissement familial satisfaisant suite à une intervention chirurgicale, bien que l'information fournie lors de la visite préévaluation soit également très pertinente (n = 456).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Un paquet statistique pour les solutions de service (SPSS) version 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, États-Unis) a été utilisé pour effectuer des statistiques descriptives, une analyse factorielle et une régression multiple. Pour l'analyse factorielle, on a utilisé la méthode d'extraction des composants principaux avec la rotation Varimax et la normalisation Kaiser. Pour assurer la pertinence de l'analyse des facteurs performants, le test de Bartlett et les mesures de l'adéquation de l'échantillonnage ont été effectuées. Les valeurs considérées comme adéquates pour
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Par des experts.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Une satisfaction élevée des patients et des informations chirurgicales / anesthésiques de qualité sont essentielles au succès continu et l'expansion de la chirurgie de maintien minimal alors que la majeure partie de la récupération se produit à la maison sans surveillance professionnelle. Une stratégie de soins infirmiers et infirmiers à domicile plus complète suite à une chirurgie minimale est requise, car trop fréquemment les soins infirmiers peuvent être fragmentés entre la consultation préalable et post-opératoire ambulatoire, la clinique de pré-évaluation, l'unité de chirurgie de jour et l'équipe communautaire. On peut exiger le développement de DSU plus intégrées (Fisher & McMillan 2004, Timmins 2009) ou des unités innovantes de soins infirmiers en chirurgie élective (Mitchell 2005, Mistiaen et al., 2007) lorsqu'une vision plus holistique des soins peut être coordonnée - pré-évaluation, admission, pré - et contact postopératoire par téléphone / courrier électronique / texte, fiches d'information imprimées et sites Internet de confiance. Historiquement, il y a eu peu de communication formelle entre les infirmières du service ambulatoire, la clinique de pré-évaluation, l'unité de chirurgie de jour et la collectivité. De telles frontières artificielles limitent la capacité du</p>

	<p>professionnel à proposer une approche collective de la chirurgie électorive moderne. Les unités de soins infirmiers en chirurgie électorive ont le potentiel de devenir la zone centrale pour les soins coordonnés avec (1) toutes les zones de contact du patient communiquant directement avec l'unité, (2) les informations transmises de l'unité à chaque équipe infirmière concernée et (3) une voie à deux Point de contact pour toutes les communications entre le patient, surtout une fois à la maison. En outre, en mettant l'accent sur l'information sur le transfert de la maison en toute sécurité, la durée de temps nécessaire pour se sentir mieux, une gestion adéquate de la douleur, la prise en charge des problèmes et le degré d'aide possible dont bénéficie le soignant fournira une image plus précise de la récupération.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.
--	--

Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management — Effect of Preoperative Factors	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Les concepts clés sont clairement précisés mais restent flous.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, tout est clairement synthétisé. Il s'agit d'étudier les facteurs qui influent sur la satisfaction du patient à l'égard de la gestion de la douleur postopératoire. Un questionnaire de 41 items a été donné le troisième jour postopératoire à 102 patients subissant une chirurgie orthopédique ou vasculaire majeure. L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle analogique visuelle de 10 cm (VAS). Les infirmières travaillant dans les services ont reçu un questionnaire concernant les attitudes à l'égard de la gestion de la douleur. Quatre-vingts pour cent des patients étaient satisfaits de la gestion de la douleur, et leur satisfaction s'est fortement corrélée avec les informations préopératoires reçues.</p> <p>Une entrevue préopératoire est un important outil pour recevoir et donner des informations concernant la gestion postopératoire de la douleur.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Le problème relève de la difficulté à établir une bonne gestion de la douleur en postopératoire,</p>

	<p>ceci étant du au fait d'une inadéquate évaluation, d'une communication pauvre et d'une variabilité individuelle sur l'expérience et l'exposition de la douleur. L'éducation basique des infirmières envers les patients continuent d'être insuffisant et l'éducation théoriques est demandée. Parfois le sous traitement de la douleur peut être du à la réticence du patient à exprimer celle-ci. Le but de cette étude porte sur les facteurs qui influencent la satisfaction du patient à l'égard de la gestion de la douleur postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Oui, c'est correctement expliqué que la gestion non adéquate de la douleur postopératoire peut être de cause plurifactorielle et qu'il est important de traiter de ces causes (réticence des patients, sous-estimation des infirmières...).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui et oui.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Les concepts clé tels que le mauvais traitement de la douleur postopératoire, les conditions préopératoires, la satisfaction des patients et le rôle des infirmières sont explicités.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Oui : le but de cette étude est de surveiller les facteurs influençant la satisfaction des patients à l'égard de la gestion de la douleur postopératoire dans différents services.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Non, il n'y a pas de questions de recherche clairement énoncée. Quant à la population à l'étude et les variables clés, seuls les patients subissant des interventions chirurgicales orthopédiques et vasculaires majeures sont explicités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>La satisfaction et donc la perception des patients y est traitée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Les potentielles questions de recherche s'appuient plutôt sur des cadres théoriques comme</p>

		l'éducation infirmière ou le concept de la douleur et ses conséquences si elle est mal gérée.
METHODE		
Population échantillon	et	<ul style="list-style-type: none"> La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p>La population visée n'est pas définie de façon précise, nous savons seulement que 4 services de chirurgie d'un hôpital universitaire d'Helsinki ont été choisis, 3 en chirurgie orthopédique et 1 en chirurgie vasculaire majeure. Ni l'âge ni le sexe des patients ont été précisés, ni le type d'interventions. La méthode pour accéder au site est passée par l'approbation d'un comité éthique.</p> <p>Les patients souffrant de démences, de confusion postopératoire ou autres problèmes ont été exclus de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Le nombre de patients n'est même pas clairement défini.</p>
Considérations éthiques		<ul style="list-style-type: none"> Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Oui. Les questionnaires ont été enregistrés de manière anonyme. Les patients participants à l'étude devaient être adéquats.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui.</p>

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Un questionnaire anonyme a été distribué par les infirmières du service aux patients le 3^{ème} jour postopératoire. Une à deux semaines après cette distribution, un questionnaire a été rempli par les infirmières du service concernant leur attitudes à propos de la douleur. Les données ont été collectées via des enveloppes sellées.</p> <ul style="list-style-type: none"> La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p>Oui. Un questionnaire est adéquat pour permettre d'étudier la satisfaction des patients sur la gestion de leur douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Oui.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Sept échelles ont été établies dans le but d'analyser les réponses des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Les observations du phénomène ont été correctement ciblées.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?

	<p>Il indique que ces questionnaires ont été élaboré spécifiquement pour cette étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Oui, ils sont décrits comme étant des questionnaires inventés par les auteurs car selon eux, il n'existait pas de questionnaire similaire concernant la satisfaction du patient sur la gestion de la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Pour les deux sortes de questionnaire, les données ont été analysées avec des analyses de vraisemblance maximales et rotation varimax.</p> <p>Par la suite, deux échelles ont été élaborée pour interpréter les données des deux différents types de questionnaires. La fiabilité de ces échelles a été calculée en utilisant l'alpha de Cronbach.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Oui.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Par des experts.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, ils sont comparés à d'autres études antérieures, et non, ils ne concordent pas toujours. Près de 40% des patients disent avoir souffert de fortes douleurs pendant la première nuit postopératoire, ce qui est plus que dans les autres études faites avant. • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la

	<p>pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les conséquences se portent plutôt dans la question de l'éducation du staff infirmier et de l'information donnée aux patients en contexte préopératoire, qui est un aspect qui peut être encore amélioré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Non. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.
--	--

Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>La relaxation et la musique en supplément pour la douleur après la chirurgie. La population ciblée concerne les patients qui subissent une intervention chirurgicale.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui. Il s'agit de trouver une méthode supplémentaire pour gérer la douleur postopératoire qui reste encore inadéquate malgré les PCA.</p> <p>Les objectifs de l'étude étaient de tester une intervention de l'enseignement du patient pour la gestion de la douleur (PT) et de la comparer avec RM pour des effets immédiats et généraux sur la douleur postopératoire.</p> <p>Les patients ont été randomisé en 4 groupes : un groupe PT, un groupe RM, un groupe mixte et un groupe contrôle. Il s'agit d'une étude plutôt quantitative. Les effets immédiats sur la douleur ont été mesurés avec l'EVS et une échelle de détresse avant et après 5 tests de 20 min dans les 2 premiers jours. Parce que les patients ont aussi écouté de manière indépendante, des effets non immédiats généraux ont été examinés à 8h d'autres fois.</p> <p>Des effets immédiats RM (relaxation and music) sur la douleur ont été trouvé au jour 1 et jour 2. Aucun effet PT ou RM non immédiats ont été trouvés.</p> <p>L'enseignement des patients n'a pas entraîné moins de douleur et n'a pas soutenu la proposition théorique selon laquelle PT réduit la</p>

	<p>douleur. Cependant, les effets RM immédiats ont soutenu la proposition que les adjuvants non pharmacologiques aux analgésiques peuvent soulager la douleur sans ajouter d'effets secondaires.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Oui. Il s'agit d'étudier la gestion inadéquate de la douleur en postopératoire qui persiste malgré les médicaments efficaces. Cette étude veut comparer l'enseignement thérapeutique au patient par rapport à la douleur et l'utilisation de la musique et la relaxation pour améliorer la gestion de la douleur en postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>La signification particulière se trouve dans la gestion de la douleur en contexte postopératoire qui continue d'être inadéquate, mais également la place à d'autres méthodes que les traitements médicamenteux connus jusqu'ici.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur

	<p>présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Les concepts clés sont ciblés comme la relaxation, la musique, la gestion de la douleur postopératoire, l'éducation thérapeutique.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Non, il n'est pas énoncé de façon claire et concise dans l'introduction de l'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Oui, les hypothèses sont clairement énoncées. La population à l'étude cible les patients qui ont subi une intervention chirurgicale de type abdominale avec une PCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>Oui. Elles traitent de l'expérience et de la perception des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Sur le cadre théorique.</p>
METHODE	

Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <p>Les patients âgés de 18 à 75 ans programmés pour des interventions chirurgicales abdominales majeures ont été sélectionnés. La sélection de l'échantillon final a été utilisée pour augmenter le nombre d'homme, de personnes noires et de personnes avec des chirurgies intestinales et urologiques pour améliorer la généralisabilité par rapport à l'étude précédente. La taille de l'échantillon a été calculé par analyse de puissance. Les patients devaient avoir des PCA, des capacités cognitives intactes, capables d'entendre et de parler anglais. Les petites chirurgies ont été exclues.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? <p>La taille de l'échantillon a été calculé par analyse de puissance.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui. • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?

	<p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Ce sont des outils audios importés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p>Oui.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?

	<p>Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Les conséquences sont relevées comme un besoin réel de continuer à investiguer et approfondir les études sur l'utilisation des outils « patient teaching » et « music and relaxation », ainsi que les relations avec les émotions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Jusqu'à ce que de nouvelles recherches soient disponibles, les cliniciens devraient continuer à utiliser une pratique standard pour enseigner aux patients leur rôle dans la gestion de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Oui.</p>

Web-Based Nursing Intervention for Self-Management of Pain After Cardiac Surgery : Pilot Randomized Controlled Trial	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>« Intervention en soins infirmiers en ligne pour l'autogestion de la douleur après la chirurgie cardiaque : Essai contrôlé randomisé pilote »</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>La plupart des adultes subissant une intervention cardiaque souffrent de douleurs modérées à sévères jusqu'à 6 jours après la chirurgie. Les barrières et les attitudes individuelles concernant la douleur et son soulagement rendent les patients réticents à signaler leur douleur et à demander des médicaments analgésiques, ce qui entraîne une mauvaise gestion de la douleur. Des interventions éducatives plus novatrices pour le soulagement de la douleur postopératoire sont nécessaires. Nous avons développé une intervention infirmière basée sur le Web pour influencer la participation du patient à la gestion de la douleur postopératoire. L'intervention (SOULAGE-TAVIE) comprend une séance pré-opérationnelle de 30 minutes sur le Web et 2 brefs séances d'appoint postopératoires face à face. L'application Web génère des activités réfléchies et des messages éducatifs adaptés selon les besoins des patients.</p> <p>Méthode : Les participants (N = 60) étaient des adultes programmés pour leur première chirurgie cardiaque. Ils ont été assignés de manière aléatoire au groupe expérimental en utilisant SOULAGE-TAVIE (n = 30) ou le groupe témoin en utilisant les soins habituels, y compris une brochure éducative et un suivi post-opératoire (n = 30). Les données ont été recueillies au moyen</p>

	<p>de questionnaires au moment de l'admission et du 1^{er} au jour 7 après la chirurgie avec l'aide d'un assistant de recherche aveugle. Les résultats ont été l'intensité de la douleur, l'interférence de la douleur dans les activités quotidiennes, les barrières de la douleur des patients, la tendance à une catastrophe face à la douleur et la consommation d'analgésiques.</p> <p>Résultats : Les résultats ont révélé que les patients du groupe expérimental ne souffraient pas de douleurs moins intenses, mais ils ont signalé beaucoup moins d'interférence de la douleur lors de la respiration / toux. Le jour 7 après la chirurgie, les participants au groupe expérimental ont également montré moins de barrières liées à la douleur, mesurées par le Questionnaire sur les obstacles II (moyenne 10,6, SD 8,3) que les patients du groupe témoin (moyenne 15,8, SD 7,3, $P = 0,02$). Aucune différence n'a été trouvée pour la catastrophe de la douleur. Cependant, dans les deux groupes, les moyens révèlent une tendance inférieure à la douleur catastrophique avant la chirurgie, mesurée par l'Échelle de Catastrophe de la Douleur (groupe de contrôle significatif 1,04, SD 0,74, groupe expérimental moyen 1,10, SD 0,95) et après l'intervention chirurgicale (score moyen du groupe témoin 1,19, SD 0,94; score expérimental du groupe expérimental 1,08, SD 0,99). Enfin, le groupe expérimental a consommé plus de médicaments opioïdes (moyenne 31,2 mg, SD 23,2) que le groupe témoin (moyenne 18,8 mg, SD 15,3, $P = 0,001$).</p> <p>Cette étude pilote fournit des résultats prometteurs pour soutenir les avantages de cette nouvelle approche Web adaptée qui peut accroître l'accessibilité à l'éducation sanitaire et favoriser le soulagement de la douleur sans générer plus de coûts.</p>
--	---

INTRODUCTION		
Problème de recherche	de la	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Il s'agit d'étudier le problème de la douleur dans un contexte postopératoire cardiaque. Ceci car la plupart des adultes qui se font opérés dans ce contexte-là souffrent encore trop souvent de douleurs modérées à sévères 6 jours après l'intervention. Les barrières individuelles et les attitudes en lien avec la douleur rendent les patients réticents à s'exprimer sincèrement sur leur douleur et à demander un antalgique, ce qui entrave la gestion adéquate de la douleur. Dans cette recherche, les auteurs ont cherché à démontrer l'efficacité de leur outil SOULAGE-TAVIE sur l'intensité de la douleur, les interférences de la douleur avec les activités quotidiennes, les barrières des patients relatives à la douleur, la tendance à « catastropher » face à la douleur et la consommation d'antalgiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui. Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Je pense que la signification particulière se trouve dans ce contexte spécifique de douleur postopératoire qui reste encore un véritable problème pour la médecine.
Recension des écrits		<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui. La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur

	<p>présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Oui.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Les concepts clés sont la douleur postopératoire en chirurgie, la chirurgie cardiaque, l'éducation au patient, internet, l'étude pilote.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>L'objectif de cette étude pilote était d'évaluer les effets préliminaires de SOULAGE-TAVIE sur l'intensité de la douleur, l'interférence de la douleur avec les activités postopératoires quotidiennes, les barrières de la douleur des patients, la tendance à une catastrophe face à la douleur et la consommation d'analgésiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>Oui, cela traite des croyances, des valeurs et des perceptions des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel et théorique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon

	<p>suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Les critères de participation sont les suivants : patients âgés de 18 ans et plus, donnant leur consentement, élus pour une première chirurgie cardiaque comprenant une sternothomie, et dans la capacité de comprendre et compléter les questionnaires en français. Les patients n'étaient pas retenus s'ils avaient déjà subi une chirurgie cardiaque, s'ils étaient planifiés avec un protocole épidural en postopératoire, et s'ils étaient incapables de donner leur consentement à cause d'un trouble psychiatrique ou cognitif.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'approbation du protocole a été obtenue auprès du Comité de recherche de l'Université de Montréal et du Conseil d'éthique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'enquêteur principal (GM) était responsable des procédures de recrutement et de consentement éclairé au moment de l'admission (généralement le jour avant la chirurgie) et a expliqué le Principal objectif de l'étude (c.-à-d. Évaluer une nouvelle façon d'éduquer Patients sur la douleur et le soulagement de la douleur) et les composants et le calendrier des interventions et le suivi de chaque groupe. L'allocation aléatoire par l'utilisation d'enveloppes dissimulées a également été clarifiée. Chaque participant potentiel a reçu une copie Du consentement éclairé et du temps pour examiner s'il souhaitait ou non participer. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?

	<p>Oui, il s'agit d'une étude plutôt de type quantitatif, avec des questionnaires à remplir. C'est un devis conciliable avec le but de la recherche qui est d'évaluer une nouvelle façon d'éduquer les patients sur la douleur et son soulagement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Tous les participants ont complété les mesures de base dans l'unité de chirurgie cardiaque soit quelques jours avant, soit avant la chirurgie (T0). Les variables sociodémographiques habituelles (âge, sexe, état civil et conditions de vie, niveau de scolarité, statut de l'emploi et revenu annuel) ont été recueillies. La présence de douleurs chroniques avant la chirurgie a également été documentée. Le bien-être psychologique de référence a été évalué avec l'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) [33,34]. Le HADS comprend 14 éléments (échelle de type Likert allant de 1 à 4) divisés en 2 sous-échelles : De l'anxiété (7 items) et de la dépression (7 items). Deux scores sont calculés, mais un score total peut également être obtenu en additionnant les résultats des 2 sous-échelles. La validité et la fiabilité de l'HADS sont bien établies [33,35].</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Les instruments ont été créés et importés. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?

	<p>Oui, il est décrit pour l'intensité de la douleur, pour l'interférence de la douleur avec les AVQ, pour les barrières relatives à la douleur et la « catastrophisation ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <p>Cette étude a examiné les effets préliminaires d'une intervention infirmière basée sur le Web pour la douleur post-opératoire après une chirurgie cardiaque et a montré des résultats prometteurs soutenant les avantages à court terme de SOULAGE-TAVIE pour améliorer les symptômes douloureux postopératoires importants. Nos résultats ont montré que les patients qui ont reçu l'intervention ont signalé beaucoup moins d'interférence de la douleur lors de la respiration et de la toux, ont présenté moins</p>

	<p>de barrières liées à la douleur et ont consommé plus de médicaments opioïdes que ceux du groupe témoin. Cependant, la livraison de l'intervention ne s'est pas traduite par une douleur postopératoire moins intense.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <p>La gravité de la douleur peut être évaluée par son intensité et par son impact sur divers aspects de la vie quotidienne [38,49]. Dans la présente étude, aucune différence de groupe n'a été trouvée pour l'intensité de la douleur, mais les patients du groupe témoin ont signalé beaucoup plus d'interférences de la douleur avec la respiration / la toux. Un essai contrôlé randomisé antérieur (ECR) [11] a évalué les effets d'un plan éducatif avec la même population. Ils ont enregistré une différence entre les groupes concernant l'impact de la douleur sur la respiration / la toux au jour 5. Cependant, dans l'étude en cours, la différence a été observée plus tôt (jour 3) et les résultats suggèrent que cette tendance a été maintenue jusqu'au jour 7. Au moment habituel de décharge (jour 7), les patients du groupe témoin éprouvaient toujours un niveau modéré d'interférence de la douleur avec la respiration / la toux par rapport à un niveau doux pour le groupe expérimental. Des résultats importants d'un point de vue clinique ont également été constatés pour la concentration, l'appétit et surtout la marche. La respiration / la toux et la marche sont pratiquées au début de la phase postopératoire et sont des activités cruciales pour le rétablissement des patients [50, 51].</p> <p>Parce que SOULAGE-TAVIE était censé promouvoir l'autogestion, l'un des résultats les plus intéressants est que cela a eu un effet sur la consommation d'analgésie. Plusieurs études ont souligné le manque d'analgésie dans la</p>
--	--

	<p>population chirurgicale [8,11,12]. Jusqu'à présent, aucune intervention, même si elle visait des barrières liées à la douleur, a eu un effet sur la consommation d'opioïdes [11, 42]. Les résultats de notre étude ont révélé que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental a considérablement consommé les opioïdes au jour 2 (c.-à-d., Après leur transfert des soins intensifs), bien que les modes d'analgésie aient nécessité une plus grande implication (PCA vs au besoin). D'ailleurs, une séance d'appoint de SOULAGE-TAVIE a été donnée à ce moment-là. Une différence de 60% dans la consommation d'opioïdes a été enregistrée lorsque les patients ont commencé à déménager davantage (jour 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Cela peut contribuer à améliorer la prise en charge des patients en contexte de chirurgie postopératoire en anticipant l'implication du patient dans sa prise en charge. Le fait de lui transmettre cette application lui donne de l'autonomie dans la gestion de sa douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Non. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.

Pain management : evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui, le titre indique de manière claire que l'on parle de la gestion de la douleur dans le contexte de la chirurgie au travers d'un programme éducatif pour le personnel infirmier.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, cet article contient un résumé structuré de cette façon qui permet de mettre en avant l'enjeu de l'étude menée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Oui, le problème à l'étude est clairement exposé. Dans cet article il s'agit d'étudier si la formation continue pour le personnel infirmier a un impact sur la gestion de la douleur en post-opératoire ainsi que l'application de la thérapie de relaxation. Le but est d'améliorer la connaissance, l'attitude et l'application de la thérapie de relaxation par le personnel infirmier.</p> <p>C'est un sujet qui est encore remis passablement en question dans le monde des soins aigus. De</p>

	plus, il entre complètement dans le sujet de notre Travail de Bachelor.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui une recension des écrits est bel et bien présente dans cet article. Elle constitue selon nous une base solide pour mener à bien cette étude. Les auteurs se basent sur plusieurs sources différentes ce qui enrichi le contenu.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? <p>Oui, les concepts clefs sont bel et bien mis en évidence, il s'agit premièrement de la gestion de la douleur, du programme éducatif et du personnel infirmier chirurgical.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

	<p>Oui, le but est énoncé de façon claire et précise déjà au début de l'article, dans le résumé. Le but étant d'améliorer la connaissance, l'attitude et l'application de la thérapie de relaxation par le personnel infirmier.</p> <p>L'auteur prend en compte les variables liées à la perception de la douleur comme le vécu, les valeurs, la culture de chaque patient et émet plusieurs hypothèses. Selon lui la douleur est tributaire d'une multitude de facteurs et il en fait part dans l'article de manière claire et précise.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée est décrite de façon précise. Il s'agit de 81 patients issu d'un hôpital à Taiwan séparés en 2 groupes plus ou moins identiques, avec des âges également similaires. Pour l'un des deux groupes, le personnel infirmier a reçu une formation supplémentaire dans la gestion de la douleur. Le personnel infirmier à lui aussi été choisi de manière réfléchi. Les nouveaux collaborateurs, c'est-à-dire ceux qui ont moins d'un an de carrière, ont été exclu de l'enquête car ils n'ont pas encore assez d'expérience dans le milieu. Selon nous, cette méthode est appropriée. Elle a permis d'étudier la question par comparaison.</p>

	<p>L'étude pilote a été effectuée sur 28 membres du personnel infirmier d'une division chirurgicale qui n'était pas impliquée dans l'étude pour assurer la cohérence du contenu.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Cette étude a été approuvée par le Conseil d'examen institutionnel de l'institut de recherche. Avant le début de l'étude, une demande d'assistance administrative a été communiquée aux infirmières cheffes de chaque unité. Les sujets de l'étude (le personnel infirmier et les patients) ont signé le formulaire de consentement et ont participé à la recherche après avoir été informés des objectifs de l'étude, de la nature du projet éducatif et du processus de recherche.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Oui le but de l'étude est atteint. Il s'agit d'un devis de recherche mixte car il inclut à la fois un questionnaire et une formation sur la gestion de la douleur. Il est donc complet et permet d'examiner toutes les questions de recherche.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène,

	<p>bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui, pour mener à bien cette étude, les chercheurs ont élaboré un questionnaire dont les items sont clairement explicités et justifiés dans l'article. A la fin de l'élaboration des questionnaires, ils ont été envoyés par la poste à cinq experts dans le domaine de la gestion de la douleur pour la notation en fonction de la précision, de l'applicabilité, de la nécessité et de la portée du contenu. Ce questionnaire contient trois échelles différentes dans le but de couvrir au maximum les variables possibles.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p>L'étude en question comporte effectivement une intervention. Il s'agit de la thérapie de relaxation. Cette action est décrite de manière claire dans cet article et appliquée dans un seul de deux groupes pour permettre de comparer ceux-ci.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur les résultats sont pris en compte déjà avant l'élaboration du questionnaire et de l'étude dans le but de les minimiser. Ce questionnaire a été</p>

	soumis à plusieurs experts afin d'en vérifier sa validité.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Oui les résultats sont exposés de manière claire sous la forme de tableaux. Il n'y a cependant pas de figure, graphique ou modèles pouvant indiquer les résultats de cette étude.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif ce qui permet au lecteur d'avoir une meilleure compréhension de l'étude menée. L'auteur a fait évaluer la pertinence des résultats à des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui, les résultats concordent avec des études menées antérieurement. Il parle notamment d'une étude similaire menée en Grèce en 2002. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. L'auteur précise cependant quelques informations quant à la suite des événements notamment que 8 semaines après la fin de l'étude, la différence était à peine moins significative que juste à la fin de l'étude.</p>

	<p>Les limites de l'étude ont été clairement définies, dans un paragraphe réservé à cela. La conclusion découle naturellement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Oui, l'auteur émet des recommandations pour la pratique clinique. La conclusion est que l'éducation permanente des infirmiers augmente la connaissance, l'attitude et le comportement face à la gestion de la douleur par le personnel infirmier. Les résultats de cette étude pourraient être utilisés pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de formation continue pour le personnel infirmier afin d'accroître les connaissances et les compétences en matière de soins des patients et gestion optimale de la douleur.</p>

Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui le titre indique de manière claire le concept principal. C'est-à-dire que l'on parle de la gestion de la douleur en post-opératoire et de l'influence des infirmières en service de chirurgie.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui cet article contient un résumé structuré qui permet au lecteur de prendre connaissance rapidement de l'enjeu de l'étude menée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? <p>Oui, le problème de l'étude est clairement indiqué et formulé, déjà au début de l'article. Dans cette étude il s'agit de comparer les degrés de douleur signalés par les patients avec ceux documentés par le personnel infirmier et déterminer dans quelles mesures la quantité d'opioïdes administrée correspond au degré réel de douleur ressenti par le patient. Le but final est d'étudier si la gestion de la douleur et les approches infirmières s'étaient améliorées après deux ans en ayant suivi des cours sur la gestion de la douleur.</p>

	<p>Il s'agit d'une problématique pertinente pour nous puisqu'elle répond à nos critères de recherche en rapport avec notre Travail de Bachelor.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? <p>Oui une recension des écrits est bel et bien présente dans cet article. Elle constitue selon nous une base solide pour mener à bien cette étude. Les auteurs se basent sur plusieurs sources différentes ce qui enrichi le contenu.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Oui, les concepts sont clairement mis en évidence ; il s'agit de la gestion de la douleur en post-opératoire et les infirmières en chirurgie</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Oui, le but est clairement énoncé, déjà dans le résumé de l'article. Cela permet au lecteur de savoir rapidement de quoi il s'agit dans cet article.</p>

	<p>Les enjeux sont clairement déterminés. Le contexte de la recherche est explicité. Il est bien dit que la prise en charge de la douleur en port-opératoire continue d'être problématique et insatisfaisante et que les infirmières de chirurgie jouent un rôle primordial dans cette démarche.</p> <p>L'expérience des patients a une importance dans les résultats de l'enquête ainsi que leurs valeurs et leurs perceptions propres à chacun.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Oui, la population est définie de façon précise. Nous savons que la méthode a été entreprise en deux parties. La 2^e partie ayant été examinée 2 ans plus tard pour avoir cet élément de comparaison.</p> <p>La première partie comprenait 77 patients et 19 infirmiers. La 2^e partie comprenait 141 patients et 22 infirmiers (2ans plus tard).</p> <p>Il n'y a pas d'explications précises concernant la détermination de la taille de l'échantillon, ni si elle est justifiée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?

	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique d'un grand hôpital universitaire en Suède et le consentement éclairé a été donné par les patients avant leur inclusion dans l'étude.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Oui, le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but et la méthode est conciliable avec les outils de collecte de donnée.</p> <p>Le devis de recherche permet d'élargir au mieux l'analyse des réponses ou hypothèses de recherche.</p> <p>Il s'agit dans cette étude d'un devis de recherche quantitatif. La méthode de recherche est appropriée à la question de recherche et il y a selon moi suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des patients.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?

	<p>Pour déterminer les approches des infirmières en matière de gestion de la douleur, un questionnaire sur les infirmières élaboré pour une étude antérieure (Warre'n Stomberg et al., 2003) a été utilisé. À partir de ce questionnaire, huit questions représentant les « Lignes directrices pour la gestion de la douleur postopératoire » recommandées par l'étude de la Société suédoise de médecine. Les lignes directrices sont similaires aux recommandations données par American Pain Society (APS)</p> <p>L'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) a également été utilisée pour déterminer le degré de douleur vécu par les patients.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>SPSS (version 14.0) a été utilisé pour analyser les données. Cependant, ils n'expliquent pas précisément de quoi il s'agit.</p> <p>Pour mesurer les différences dans les questionnaires sur la douleur infirmière entre l'an 2000 et l'année 2004, le test exact de Fisher a été utilisé (Bon 2000). Les variables sont donc prises en considération dans cette étude.</p> <p>Le résumé des résultats est clair et compréhensible. Il met en évidence les points clefs de manière structurée.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Oui, les résultats sont décrits de manière précise et présentés sous forme de tableaux, graphiques et modèles. Cela permet de visualiser les résultats avec plus de facilité.</p> <p>Les résultats sont commentés de manière narrative et synthétisés dans la partie résumé au début de l'article. Les résultats ont été évalués par des experts de la santé.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>On remarque que les approches infirmières en matière de gestion de la douleur n'ont pas changé drastiquement pendant deux ans et après la mise en place d'un programme d'éducation mais on remarque une légère amélioration tout de même.</p>

	<p>Les résultats ne sont pas clairement discutés à la lumière d'études antérieures.</p> <p>Oui l'interprétation et la conclusion sont conformes aux résultats d'analyse. L'étude a montré une divergence entre la douleur perçue par les patients et les scores documentés par le personnel infirmier.</p> <p>L'étude montre un besoin d'une évaluation plus précise de la douleur de la part du personnel soignant, des infirmiers en particulier.</p> <p>Oui, les limites de l'étude ont été définies et explicitées.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'étude montre un besoin d'une évaluation de la douleur plus précise car le patient éprouve et souffre de la douleur et l'infirmière a tendance à agir en fonction des traitements disponibles en réserve.</p> <p>L'auteur exprime bien le fait que l'étude comportait plusieurs biais et un manque de contrôle ce qui implique une certaine difficulté à tirer des conclusions valides de l'enquête.</p> <p>Non, les données ne sont pas suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui, le titre est clair est précis quant au sujet de l'étude et à la population visée. « Les patients souffrant de douleurs abdominales aiguës décrivent leur expérience dans le contexte de soins de courte durée ; étude qualitative ».</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, un résumé est présent de manière structurée ce qui permet au lecteur de savoir rapidement sur quoi se porte l'étude.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? <p>Oui, le problème est clairement explicité. L'objectif de cette étude est d'explorer comment les patients décrivent leurs expériences dans les soins tout en sachant que la douleur abdominale aiguë est l'une des conditions les plus courante dans les soins aigus.</p> <p>Les besoins fondamentaux de soins ne sont pas toujours satisfaits et ce déficit conduit à des conséquences potentiellement négatives pour les soins aux patients. Les patients ne se considèrent pas comme étant</p>

	<p>impliqués dans leurs propres soins et cette déficience devrait être corrigée.</p> <p>Oui cette problématique a une signification particulière pour nous, elle correspond tout à fait à notre question de recherche et est pertinente pour la discipline concernée puisque nous parlons du rôle propre infirmier pour pallier à cela.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui, la recension des écrits constitue une base solide dans cette étude.</p> <p>Dans une revue, Kitson et ses collègues (2010) ont identifié 14 éléments essentiels, Fundamentals of Care. Le modèle et le cadre de Fundamentals of Care, développés par Kitson et al. (2013a) a trois dimensions : établir la relation / rencontre ; Évaluer et fournir les fondamentaux physiques, psychosociaux et relationnels des soins; Et la diffusion de ces éléments dans le contexte général des soins de santé et du travail d'équipe (Kitson et al., 2014a). Ce cadre a été testé, ce qui montre que les différents groupes de patients ont des besoins différents et que l'expérience des soins des patients est affectée par leurs relations avec les professionnels de la santé (Kitson & Muntlin Athlin 2013, Kitson et al., 2013b). L'importance de la relation infirmière-patient et son impact sur les résultats des patients nécessite toutefois d'autres tests.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?

	Oui les concepts clefs sont mis en avant, nous parlons des patients ayant une douleur abdominale aiguë, des soins aigus et des besoins fondamentaux des patients. Le cadre de recherche est présent de manière claire et structurée.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Oui, le but est énoncé clairement, déjà dans le titre, puis de manière structurée dans le résumé.</p> <p>Les questions de recherche et les hypothèses reflètent le contenu des recensions des écrits, comme cité plus haut.</p> <p>Cette étude cherche à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment les patients parlent-ils des fondamentaux des soins ? - Comment parlent-ils de leurs expériences et de leurs relations avec les professionnels de la santé ? - Comment les expériences des patients dans l'épisode de soins de courte durée peuvent-elles être décrites ?
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Une procédure d'échantillonnage stratégique a été utilisée pour inclure une variété de patients atteints de douleur abdominale aiguë (âge différent, sexe, mode d'arrivée à l'hôpital), admis à deux salles de soins chirurgicaux dans un hôpital universitaire suédois. Les critères d'inclusion avaient au moins 18 ans, mentalement alerte et médicalement stable.</p> <p>L'auteur ne parle pas clairement d'un éventuel agrandissement de l'échantillonnage.</p> <p>Des entrevues ont été réalisées avec 5 patients adultes sur 6 mois en 2013 dans un hôpital universitaire en Suède. Les entretiens ont été analysés.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui tout à fait, le conseil régional d'éthique a approuvé l'étude. La participation aux entrevues était volontaire et les réponses ont été traitées conformément. Le consentement écrit a été obtenu auprès de tous les participants.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?

	<ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Il s'agit d'un devis de recherche qualitatif.</p> <p>Il est adapté à la recherche et permet à l'étude d'atteindre son but. Elle est conciliable avec les outils de collecte de données proposés.</p> <p>Le devis de recherche est selon moi approprié à l'étude du problème posé puisqu'il s'agit de discuter avec les patients de leurs propres expériences tout en tenant compte des aspects propres à chacun tels que la culture, les valeurs, etc.</p> <p>En tout, 14 interviews, de 10 à 50 minutes, ont été menées par le premier auteur et un étudiant de maîtrise. Les entretiens ont été menés selon les préférences de chaque patient, dans une salle de conférence dans la salle de chirurgie ou, le cas échéant, en raison de la vie privée, dans la salle du patient.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les entrevues de suivi ont été effectuées dans une semaine après la sortie et menées dans une pièce à l'extérieur de la salle ou par téléphone. Le guide d'entrevue contenait des questions ouvertes basées sur les éléments fondamentaux des soins (Kitson et al., 2010) et le cadre (Kitson et al. 2013a, 2014a), avec des questions spécifiques sur la continuité des soins et la participation des patients. Les patients ont été</p>

	encouragés à relier librement leurs expériences de soins lors de leur séjour en soins aigus. Lors de l'entrevue de suivi, on leur a demandé de réfléchir aux soins pendant tout leur séjour à l'hôpital. Les entretiens enregistrés ont été transcrits textuellement par un secrétaire et le premier auteur a écouté toutes les entrevues pour confirmer les transcriptions.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p>Une étude de cas qualitative de plusieurs étapes sur les expériences de soins de cinq patients à l'aide d'entrevues réfléchies approfondies (n = 14). La conception de l'étude de cas en plusieurs étapes nous a permis d'analyser dans chaque paramètre et à travers les paramètres, ce qui permet de mieux comprendre les similitudes et les différences entre les cas (Baxter & Jack 2008). The Fundamentals of Care était le cadre théorique et explicatif (Kitson et al. 2013a)</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les données ont été analysées de façon déductive à l'aide de l'analyse de contenu dirigé (Patton 2002, Hsieh & Shannon 2005), guidée théoriquement par le cadre de Fundamentals of Care (Kitson et al. 2013a) et façonnée par le modèle Fundamentals of Care (Kitson et al., 2010). Dans la première étape de l'analyse, le premier auteur a lu les transcriptions pour établir un aperçu des données. L'analyse a porté sur les voix des participants et les expériences décrites, plutôt que sur toute signification sous-jacente. Un aperçu de l'expérience du</p>

	<p>patient en soins aigus a été obtenu en triant les unités textuelles pertinentes des entretiens dans des catégories basées sur les éléments fondamentaux des soins.</p> <p>Oui, le résumé des résultats est clair et pertinent. Il met en avant les éléments clefs et un résumé de ceux-ci a été établi.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Oui, les résultats sont présentés de manière claire et précise à l'aide de tableaux et de texte narratif. Nous avons également des extraits des 5 récits établi par les patients en question.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>La recherche a montré l'importance de l'évaluation des infirmières et des interventions infirmières adéquate pour améliorer la qualité des soins (Muntlin et al., 2011).</p>

	<p>Un autre facteur contextuel qui entravait l'amélioration des soins était l'excuse et la fidélité des patients au personnel soignant. Ces facteurs contextuels plus larges, ainsi que le leadership et les facteurs culturels font partie du cadre explicatif des Principes fondamentaux des soins (Kitson et al., 2014a)</p> <p>Les avantages méthodologiques de l'utilisation d'entrevues réfléchies répétées ont permis aux participants de clarifier les récits et les réponses antérieurs, ce qui était important étant donné les différences dans leur durée de séjour. Plusieurs patients ont également ajouté des réflexions détaillées importantes après la décharge, où ils ont identifié leur manque d'information après la sortie et/ou interrogé leurs soins.</p> <p>La méthode en soi a aussi quelques limitations. Dans un contexte hospitalier aigu, il n'est pas toujours possible de prévoir avant l'admission si un patient pourra réaliser la série d'entrevues. La technique d'entrevue réfléchie, nécessitant plusieurs entretiens, est difficile à planifier dans une organisation complexe de soins de courte durée et constitue une méthode de collecte de données longue. Le chercheur doit également tenir compte des problèmes d'ordre éthique liés à la participation des patients dans une situation vulnérable et dépendante pour participer à une entrevue.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Une gestion constante de la douleur, un confort, des informations précises, le choix, la dignité et les relations ont été identifiés comme les besoins essentiels de soins fondamentaux chez les patients souffrant de douleur abdominale aiguë.</p>

	<p>Les différents récits des patients ont soulevé des zones à améliorer dans plusieurs domaines.</p> <p>Ce qu'il ressort principalement de cette étude est le fait que nous devons nous assurer que les soins aux patients holistiques, basés sur des valeurs fondamentales, sont dispensés dans toute la chaîne de soins de soins aigus. Les infirmières et les étudiants en soins infirmiers pourraient utiliser l'historique de ces patients pour se reporter à la manière dont ils pourraient dispenser des soins centrés sur la personne. La méthode d'entrevues réfléchies répétées nous permet d'acquérir une connaissance approfondie de l'expérience des patients sur l'ensemble du voyage hospitalier, de l'admission au suivi.</p>
--	---

The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records.	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui, le titre est énoncé de manière claire et précise et indique les concepts clefs. Le titre est le suivant : « La qualité de la gestion de la douleur post-opératoire selon les perspectives des patients, des infirmières et des dossiers des patients ».</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, un résumé est présent et est construit avec une certaine structure comme indiqué ci-dessus.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Oui, la problématique est clairement énoncée. Dans cette étude il s'agit d'étudier la qualité de la gestion de la douleur en post-opératoire dans un hôpital universitaire.</p> <p>Il s'agit d'une problématique appropriée dans le contexte actuel puisque la douleur reste une problématique centrale dans les hôpitaux, particulièrement dans les soins aigus.</p>

	<p>Ce phénomène a une signification particulière pour notre Travail de Bachelor car il s'agit du sujet central de notre question de recherche.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui, une recension des écrits a été entreprise et elle semble présenter une base solide pour l'étude.</p> <p>L'amélioration de la qualité implique une mesure régulière de la qualité des soins fournis, et l'interprétation et la discussion des résultats (Deming 1986, SOSFS 1996). Des informations détaillées sur les patients, les évaluations de la douleur et la conformité aux normes de gestion de la douleur sont des facteurs importants à prendre en considération lors de l'identification des zones potentielles à améliorer. Aux États-Unis, la Ligne directrice clinique pour la gestion de la douleur aiguë (AHCPR 1992) a été utilisée pour définir la norme pour la prise en charge de la douleur postopératoire. Le questionnaire sur le résultat du patient du Comité de la qualité de soins de la American Pain Society (1995) a été recommandé pour évaluer la qualité des soins. Malgré des efforts impressionnants pour améliorer la qualité de la gestion de la douleur dans de nombreux milieux cliniques, de nombreuses études continuent de signaler que les soins de la douleur sont incohérents et inadéquats (Gordon et al., 2002).</p>

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Oui, le but est clairement énoncé. Il s'agit dans cet article d'étudier la qualité de la gestion de la douleur en post-opératoire dans un hôpital universitaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Décrire et comparer les évaluations de la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire ✓ Comparer les évaluations des patients et des infirmières dans deux ministères ✓ Comparez la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire entre les patients qui ont connu plus de douleur que prévu et ceux Qui n'a pas, ✓ Comparer les évaluations et la documentation infirmière concernant l'information du patient et les notes d'intensité de la douleur.

METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>121 patients ont été inclus consécutivement du département de chirurgie générale (GS) (n ¼ 61) et du département de chirurgie thoracique (TS) (n ¼ 60) dans un hôpital universitaire suédois. Les critères d'inclusion étaient les patients soumis à une intervention chirurgicale, âgés de 18 ans et plus, qui étaient orientés vers l'heure et le lieu, pouvaient comprendre le suédois et avaient un séjour minimum de 24 heures dans les salles après la procédure chirurgicale. Au Département de GS, les deux patients ont été programmés pour la chirurgie élective et d'urgence ont été inclus et ont répondu à un questionnaire lors de leur deuxième jour de postopératoire. Les patients allant directement du service d'urgence et d'accident à la chirurgie ont été exclus. Dans le département de TS, seuls les patients programmés pour la chirurgie élective ont participé. Les patients ont répondu à leur questionnaire le troisième jour postopératoire. Si des complications après la chirurgie nécessitaient un séjour prolongé dans l'unité de soins intensifs, le patient a été exclu. Il n'a pas été possible de recueillir des données au cours du même jour postopératoire, car de nombreux patients atteints</p>

	<p>de SG avaient un séjour hospitalier très court et les patients atteints de TS avaient un séjour obligatoire en soins intensifs.</p> <p>Le questionnaire « Stratégies et qualité clinique sur la gestion de la douleur en post-opératoire » a été répondu par 47 infirmières.</p> <p>L'auteur ne spécifie pas clairement s'il envisage un accroissement de l'échantillonnage.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>La participation des infirmières et des patients à l'étude était volontaire. Ils avaient été informés verbalement et par écrit. Pour assurer l'anonymat, aucune identification personnelle n'a été recueillie et toutes les données ont été traitées avec une confidentialité stricte. Les patients ont été informés que les collecteurs de données étaient des étudiants en soins infirmiers et n'étaient pas impliqués dans les soins du patient dans la salle. Les patients et les infirmières ont donné leur consentement éclairé verbalement. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université d'Uppsala.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Devis de recherche qualitatif</p> <p>Les patients ont été évalués pendant 6 semaines (octobre-novembre) en 2003. La collecte de données a été réalisée par deux paires d'étudiants de premier cycle en sciences infirmières sans affiliation avec les pupilles. Le questionnaire a été remis au patient et recueilli après 20 à 30 minutes.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les statistiques descriptives concernant le SCQIPP ont été présentées comme moyen et écart type pour des raisons de clarté, ainsi que la possibilité de comparaison avec d'autres études du SCQIPP, bien que le questionnaire soit qualifié d'échelle ordinaire. Pour comparer les patients et leurs infirmières, on a utilisé le test de paire de couples compatibles avec Wilcoxon et, pour la comparaison entre les patients, leurs infirmières et les dossiers des patients, les tests de Friedman ont été utilisés, suivis des tests de couples appariés par Wilcoxon (Howell, 1997). Les tests U de Mann-Whitney (variables ordinales) et les analyses en chi carré (variables dichotomiques) ont été utilisés pour la comparaison entre les groupes. Les valeurs de P inférieures à 0,05 ont été considérées comme significatives. La haute qualité des soins a été considérée si chaque élément unique dans le SCQIPP dépassait 4,5 (Idvall et al., 2002a).</p>

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p>Le questionnaire patient était composé de l'instrument SCQIPP (14 éléments), plus deux questions concernant la satisfaction générale et plus de douleur que prévu, et deux questions concernant le niveau d'intensité de la douleur (Idvall et al., 2002a). Les 14 éléments de SCQIPP ont été notés sur une échelle de 5 points avec les points de fin: 1 ¼ fortement en désaccord et 5 ¼ d'accord. Les 14 éléments ont été divisés en quatre sous-échelles appelées communication (trois éléments), action (quatre éléments), confiance (quatre éléments) et environnement (3 éléments). Un article a été reformulé à partir de la version originale de SCQIPP, à savoir "Après mon intervention, on m'a parlé du type de traitement de la douleur que je serais offert après la chirurgie ? Est-ce que, après mon intervention, j'ai eu la possibilité d'influer sur mon traitement contre la douleur ? La raison en est que, dans l'hôpital où l'étude a eu lieu, tous les patients ont rencontré un anesthésiste en préopératoire et ont discuté de différentes alternatives de traitement de la douleur.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Le questionnaire a été publié dans Idvall et al. (2002a) et les déclarations sont présentées dans la section Résultats</p> <p>Lorsqu'un patient a accepté de participer, l'infirmière responsable du patient individuel à cette époque a été invitée à remplir le questionnaire de l'infirmière le plus tôt possible (au plus tard au cours du quart de travail). Trente-quatre patients (28,1%) ont demandé au collecteur de données de lire les questions et de compléter les réponses. Chaque infirmière a répondu à une moyenne de 2,6 (SD 1.8, gamme 1-9) questionnaires d'infirmière. Enfin, les données de l'information préopératoire sur le traitement de la douleur, le type de traitement de la douleur et la documentation de l'évaluation de la douleur ont été recueillies à partir du dossier du patient pour chaque patient.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui, les résultats sont présentés de manière claire et précise à l'aide de tableaux, figures et graphiques.</p> <p>Ils sont également synthétisés sous forme de texte narratif ce qui permet au lecteur une compréhension facilitée.</p>
DISCUSSION	

Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Autant en chirurgie générale qu'en chirurgie thoracique, des domaines pourraient être en amélioration dans les sous-échelles du questionnaire à savoir la communication, l'action, la confiance et l'environnement. Il est important de discuter des informations dont le patient a besoin ainsi que la façon et le moment opportun. En outre, le fait d'évaluer la douleur très tôt dans la démarche et établir un objectif de soulagement de la douleur de façon individuelle pour chaque patient peut faciliter une EVA (échelle visuelle analogique) adéquate.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Dans la présente étude, les patients ont évalué la qualité de la gestion de la douleur aussi élevée (plus de 4,5) pour environ un tiers des objets. Il y a eu des domaines d'amélioration dans toutes les sous-échelles de l'instrument SCQIPP, à savoir</p>

	<p>la communication, l'action, la confiance et l'environnement. Une autre étude suédoise (Idvall et al., 2002a), menée dans un hôpital de comté avec le même instrument, a montré que près d'un quart des articles (n ¼ 3) dépassaient 4,5. Un élément, à savoir « Les infirmières me croient quand je leur parle de ma douleur », a été évaluée comme une qualité élevée dans les deux études, ce qui pourrait refléter une grande confiance dans le personnel.</p> <p>A l'avenir, les dossiers de santé électroniques peuvent soutenir cette démarche et stimuler son utilisation.</p>
--	--

Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Oui, le titre précise clairement les concepts clés : douleur postopératoire, traitement de la douleur, chirurgie thoracique.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion? <p>Oui, tout y est clairement synthétisé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Le problème se concentre sur les cancers du tractus digestif tel que celui de l'estomac, du foie, de l'œsophage et des poumons. La thoracotomie majeure reste encore le principal traitement contre ces maladies, ceci dans le but d'éliminer de façon chirurgicale les tissus cancéreux. Selon l'étude, les patients subissant cette intervention souffrent de la douleur la plus sévère en postopératoire, ce qui entraînent passablement de problèmes comme des difficultés à respirer normalement, à se mouvoir et se déplacer, tout ceci entraînant des risques de complications pulmonaires telles que des atélectasies ou pneumonies. On y ajoute également des risques de thrombus. Cette étude tente d'explorer les modèles d'expériences de douleurs postopératoires et les obstacles liés au patient et à la gestion de la douleur chez les patients atteints de thoracotomie en Chine continentale.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui, tout à fait, la gestion de la douleur en chirurgie postopératoire est encore inadéquate.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>La signification particulière relève du dysfonctionnement encore important au niveau de la gestion de la douleur postopératoire. les postulats sont précisés en tant que le non-soulagement adéquat du syndrome douloureux et des complications importantes qui en découlent.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Oui, tout à fait. La recension met en avant le problème de la gestion correcte de la douleur ainsi que la fréquence accrue des cancers situés en viscéral chez les chinois. Ce qui, par ailleurs, entraînent très souvent une thoracotomie comme traitement, qui elle-même induit des douleurs postopératoires encore trop importantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>Oui tout à fait, les connaissances actuelles sont mis en avant en ce qui concernent les maladies visées, le moyen de traitement, les complications qui en découlent.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ?
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Oui, les concepts sont mis en évidence : les modèles d'expériences de douleurs postopératoires, les obstacles liés à la gestion de la douleur et les facteurs prédictifs liés à ces obstacles dans les soins de la douleur aigue pour les patients atteints de thoracotomie en Chine continentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Le but de l'étude était d'explorer le modèle d'expérience de la douleur post-opératoire pour les patients adultes chinois soumis à une thoracotomie majeure, d'identifier les obstacles liés au patient à la gestion de la douleur et les facteurs prédictifs et d'explorer comment ces obstacles ont un impact sur l'expérience de la douleur chez les patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Oui la question de recherche est clairement énoncée, et la population y est décrite : les patients subissant une thoracotomie en Chine</p>

	<p>continentale. Il n'y a pas de variables clés explicites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>Oui, la question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle du but : explorer les modèles d'expériences de douleurs postopératoires, les obstacles liés à la gestion et les facteurs prédictifs liés à ces obstacles. Les questions de recherche ciblent beaucoup les croyances et perceptions des patients liés à la douleur postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Les questions s'appuient plutôt sur un cadre théorique qui est celui de la douleur mal gérée en chirurgie postopératoire. Un point important inclus les considérations ethniques et culturelles au sein de cette question de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

	<p>La population visée est définie de façon précise : elle est décrite comme les patients âgés de 18 ans au moins, prévus pour une thoracotomie majeure avec écoulement thoracique après l'opération et capable de comprendre et communiquer en flèche ou en chinois. 94 patients ont été choisis. Ont été écartés de la recherche les patients soumis à une opération d'urgence ou des procédures sous anesthésie locale, ou une chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS); Les patients ont des troubles neurologiques ou psychologiques; et les patients ont des difficultés fonctionnelles, c'est-à-dire des troubles visuels ou acoustiques. Les patients présentant un état hémodynamique instable ou qui avaient été réadmis à l'unité de soins intensifs (UCI) ont également été exclus de l'étude.</p> <p>L'échantillon est détaillé de manière correcte. La méthode de recrutement et d'accès au site est également correcte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p>Il n'y a pas de plan d'échantillonnage clairement explicite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
--	---

	<p>Il n'y a pas d'explications précises concernant la détermination de la taille de l'échantillon, ni si elle est justifiée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Une approbation éthique a été obtenue auprès de l'université et l'approbation de l'accès a été accordée par le comité de l'institut de recherche de l'hôpital participant. Tous les participants ont été clairement informés de l'étude, et la participation volontaire a été adoptée pour l'étude. Un consentement écrit écrit a été signé par le participant et recueilli par l'enquêteur. La confidentialité a été strictement assumée pour toutes les données, les données n'étant exposées qu'à l'enquêteur. La collecte de données a été effectuée sur l'admission du patient et pendant toute la période postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Oui, le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but et la méthode est conciliable avec les outils de collecte de donnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Le devis de recherche permet d'élargir au mieux l'examen des questions ou hypothèses de recherche.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Oui.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Trois outils de mesure ont été utilisé : un inventaire des douleurs brèves, un questionnaire Barrier Taiwan Form Quirurgical et un questionnaire démographique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Les questions de recherches sont bien posées et ciblées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Les 2 instruments concernant des inventaires de la douleur et des questionnaires sur les barrières au signalement de la douleur sont des instruments importés pour l'étude. La fiche d'information caractéristique démographique a été utilisée pour recueillir les données démographiques des patients, telles que l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le niveau d'études, la profession, le statut économique, le diagnostic et</p>

	<p>les soins médicaux antérieurs histoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Une analyse statistique a été utilisée pour l'analyse des données. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon des variables démographiques, désastreuses, de l'intensité de la douleur, de l'interférence de la douleur avec les activités et des scores du BQT-S.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Les auteurs ont utilisé un outil informatique pour analyser les données, ce qui a donné des statistiques descriptives. Elles ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon des variables démographiques, désastreuses, de l'intensité de la douleur, de l'interférence de la douleur avec les activités et des scores du BQT-S.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?

	<p>Les résultats ne sont pas facilement compréhensibles et ne sont pas résumés de manière concrète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <p>Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableau et de manière narrative.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Oui, les limites se situent dans le biais de sélection, car seulement une salle chirurgicale a été impliquée et il s'agissait d'un petit échantillon (94 patients) pour une étude transversale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Un soulagement insuffisant de la douleur chez les patients chirurgicaux est évident dans les milieux cliniques actuels en Chine continentale (Shen et al., 2008). L'éducation pour les patients seuls semble insuffisante pour améliorer les résultats sous-optimaux de la gestion de la douleur postopératoire. Les facteurs environnementaux de soutien, y compris la politique institutionnelle, les lignes directrices standard pour les soins de la douleur et les collaborations entre les membres multidisciplinaires de l'équipe de la douleur peuvent résoudre les problèmes liés aux milieux de santé et aux professionnels et soulager considérablement les patients souffrant d'un traitement de la douleur postopératoire inadéquat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Dans une étude future, les recherches multicentriques impliquant des patients présentant différentes caractéristiques de la</p>

	<p>maladie et des milieux sociodémographiques sont fortement recommandées pour minimiser les biais de sélection. Pendant ce temps, les professionnels de la santé devraient également être impliqués et leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard de la douleur et du traitement doivent être explorées pour améliorer les résultats des patients. La pratique de la douleur comme adéquation des prescriptions des médecins pour les analgésiques, les soins attentifs des infirmières, la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe de soins de la douleur devraient être évaluée et évaluée. Les soins axés sur le patient et les problèmes rentables devraient également être abordés pour assurer une gestion optimale de la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Oui.</p>
--	---

Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre présente le concept de la recherche et la population de l'étude :</p> <p>Expériences des infirmières en soins intensifs : « Une bonne relation avec le patient est une condition préalable à la réussite de la gestion de la douleur »</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Dans le résumé, il est exposé clairement l'objectif de l'étude et est donné la méthode pour réaliser cette étude. Etude qualitative qui est menée à l'aide d'entretien de 6 infirmières en soins intensifs en Suède. Les résultats obtenus à proprement parlé ne sont pas exprimés clairement mais une discussion est tout de même mise en évidence quand aux difficultés parcourues.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème de l'étude est de pouvoir mettre en avant la bonne gestion de la douleur chez un patient ayant subi une opération. Donc en postopératoire et d'améliorer la pratique des infirmières quand à leur qualité de la prendre en</p>

	<p>charge mais surtout de l'évaluer le plus précisément possible en tenant compte des dires du patient. Parce que l'expérience douloureuse dépend de beaucoup de facteurs comme les facteurs culturels, sociaux et cognitifs. Mais elle dépend aussi des expériences antérieures du patient comment il l'a vit et l'avait vécu, son intensité, sa durée, si le patient avait pu la contrôler ou non. Donc pour se faire les chercheurs ont mis en avant les échelles d'évaluations de la douleur qui sont déjà existantes mais il s'intéresse la manière dont elles sont utilisées et quel résultat cela donne auprès du patient et du soulagement ou non de sa douleur.</p> <p>Le problème est très pertinent et en lien avec la discipline infirmière parce qu'il a été démontré que dans certaines études les infirmières font confiance à leur instinct dans la prise en charge de la douleur et oublie peut-être le côté très subjectif et propre à chacun de celle-ci. Du coup, il s'avère que cela est encore mal gérée et à long terme cela fait des dégâts au niveau des suites et peut même prolonger le séjour du patient. Il est donc important de mettre en avant qu'une bonne évaluation de la douleur amène à de bons résultats dans la convalescence. Et cela ne passe pas uniquement pas la médication. Mais il se sont vite rendue compte que les autres techniques pour prendre en charge la douleur ne sont pas utilisé soit par manque de temps ou encore même par manque d'intérêt de la part des soignants. Malgré le fait que les infirmières en soins intensifs veulent vraiment bien faire et soulager au mieux la douleur de leur patient.</p> <p>Donc cette étude à pour but de vraiment savoir comment cette douleur est évaluée et peut être pris en charge et avec quels moyens différents et les auteurs veulent savoir ce qui se fait actuellement afin de pouvoir donner des pistes de réflexions quand à une amélioration.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ?

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>En effet les auteurs de cette recherche se sont basés sur des études déjà réalisées sur le sujet de la douleur en postopératoire et sa gestion qui semble encore être inefficace. Donc elle semble fournir assez d'information quant à leur question de recherche qui est de savoir si une bonne relation entre l'infirmière et le patient est une condition préalable dans la bonne gestion de la douleur. Et donc l'auteur s'est appuyé sur des études déjà présentes et donc semble être une base solide pour son étude.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?

	<p>L'objectif de cette étude était de décrire les expériences des CCN (= infirmières aux soins intensifs) dans l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients recevant des soins postopératoires dans une unité de soins intensifs (UTI).</p> <p>But : améliorer la qualité de la gestion de la douleur, en passant par l'amélioration la pratique infirmière, améliorer l'évaluation de la douleur. Ils cherchent à savoir : comment l'infirmière évalue la douleur, quels moyens elle a à disposition, qu'est-ce qu'elle peut mettre en place = ttt, réflexo, communication, etc.</p> <p>Au niveau de leur recension des écrits, nous voyons un évident fil rouge et surtout au niveau de leur but dans leur recherche. Ils veulent savoir si les écrits qu'ils ont pu lire correspond en effet avec la réalité.</p>
METHODE	

<p>Population échantillon</p>	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Les chefs d'une unité de soins intensifs dans la partie nord de la Suède ont été informés de l'étude et ont donné leur autorisation pour que cela soit effectué en signant un formulaire de consentement. L'infirmière en chef de l'unité de soins intensifs a contacté sept CCN qui ont été expérimentés dans l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients recevant des soins postopératoires dans l'UTI. Les sept CCN ont reçu une lettre d'information sur l'étude et une demande de participation; Six étaient intéressés à participer et à répondre à la lettre en signant un formulaire de consentement. Le premier auteur les a ensuite contacté par téléphone et a effectué des rendez-vous pour les entretiens en fonction des souhaits des participants. Les six CCN ont eu des expériences qu'ils voulaient parler de cela accordé dans le but de l'étude. Polit et Beck (2008, p. 355) se réfèrent à ceci en choisissant un échantillon intentionnel. Les CCN qui ont participé étaient âgés de 31 à 48 ans (médian 43 ans) et ils avaient une expérience de 3 à 22 ans (médiane de 12 ans) en tant que CCN.</p> <p>Au niveau de la taille de leur échantillon, il est vrai qu'il n'est pas très grand mais cela a permis d'avoir des entrevues de qualité.</p>
-------------------------------	--

Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Le comité d'éthique de l'Université a approuvé l'étude, et les chefs de l'ICU ont donné leur permission de l'être. L'information sur l'étude a été répétée par voie orale aux participants avant de commencer les entretiens. On a assuré que toutes les données resteraient confidentielles, que la participation était volontaire et que les participants avaient le droit de se retirer à tout moment sans préjugés. Les participants ont également eu l'occasion de parler de sentiments évoqués par la situation de l'interview.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Nous nous trouvons dans une étude qualitative.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les données ont été recueillies au cours de 2009 au moyen d'entretiens semi-structurés à l'aide d'un guide d'entrevue (tableau 1). Des questions de clarification supplémentaires ont été posées, par exemple, pouvez-vous développer ce que vous avez dit? Comment vous êtes-vous senti alors? Pouvez-vous donner un exemple? Qu'est-ce que vous voulez dire? Les entretiens ont duré environ 20 à 70 minutes et ont eu lieu dans une salle silencieuse de l'UCI. Les entretiens ont été transcrits textuellement et les auteurs ont passé en revue les transcriptions afin d'assurer leur exactitude (Kvale & Brinkmann, 2009).</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Oui, il décrit clairement. Les limites de l'études sont le fait qu'ils ont seulement 6 infirmières qui ont participées. Ce qui donne un groupe assez petit et peut-être peu représentatif. Mais ce petit groupe peut quand même être pris comme une force vu que les réponses ont questions sont de qualité.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les auteurs ont appliqué une analyse qualitative du contenu au texte de l'interview, comme l'a décrit Downe-Wamboldt (1992). Chaque entrevue a été lue plusieurs fois pour avoir une idée du contenu dans son ensemble. Le texte entier a ensuite été lu pour identifier les unités de sens, guidées par le but de l'étude. Les unités de sens ont été confinées et classées en catégories liées par contenu, constituant une expression du contenu manifeste du texte. Toutes les catégories ont ensuite été comparées, et un thème, c'est-à-dire un fil de sens qui est apparu dans les catégories, a été identifié (Baxter, 1991).</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de textes. Nous arrivons très vite à comprendre à quelles conclusions ils s'en sont arrivés.</p> <p>L'analyse a abouti à un thème général et 4 catégories, le thème général = une bonne relation avec le patient est une condition préalable à une gestion réussie du soulagement de la douleur.</p>
DISCUSSION	

Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Ce qui est mis en avant dans les résultats est que très souvent la gestion de la douleur passe par le traitement médicamenteux et que celui-ci soulageait également l'anxiété. Cependant, il est mis en avant que parfois l'utilisation de la morphine n'est pas concluante, les patients subissent les effets secondaires mais pas un soulagement de leur douleur. Dans ces cas-là, les infirmières demandent aux médecins de prescrire un autre traitement. Il est aussi apparu que dans la gestion de la douleur, il leur est arrivé de changer de position les patients. Parfois, il semble changer de position pour soulager la douleur. Certains CCN ont mentionné que le massage pourrait être une alternative ou un supplément au traitement pharmacologique lorsque le patient souffre, mais le massage n'était pas actuellement utilisé, car les CCN estime qu'il n'y a pas eu de temps pour donner du massage aux patients lorsqu'ils souffraient. CCN a déclaré que prendre le temps d'être présent pour le patient, être présent et parler avec eux, était une façon complémentaire de réduire la douleur. Mais l'environnement ne le permettait pas et le temps manquait. Le but de cette étude était de décrire les expériences des CCN dans l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients recevant des soins postopératoires dans une unité</p>
-------------------------------	--

	<p>de soins intensifs. Les besoins en soins infirmiers sont de savoir si le patient peut avoir confiance en l'infirmière, qu'il est compétent, peut communiquer et sait comment améliorer le bien-être du patient</p> <p>Le besoin de soins infirmiers du patient doit être compris en termes d'appréhension de la souffrance du patient, mais aussi en relation avec l'expérience du bien-être. La connaissance et la connaissance de l'infirmière concernant les besoins et les souhaits des patients et l'importance de leurs rencontres contribue à comprendre le message transmis par le patient au sujet des besoins en soins infirmiers.</p> <p>Les résultats montrent que les CCN estiment qu'il est important de reconnaître et d'identifier comment les patients ont exprimé leur souffrance. Étant donné que de nombreux patients qui ont reçu des soins postopératoires ne pouvaient pas articuler verbalement leur douleur, les CCN utilisaient des moyens alternatifs pour évaluer leur présence. Les CCN ont déclaré qu'ils évaluaient la présence de la douleur en observant l'expression du patient: Est-ce que le patient a l'air troublé? Le patient a-t-il des larmes dans les yeux ou sont-ils agités?</p> <p>Elles évaluaient aussi la douleur en fonction du changement des paramètres vitaux mais cela n'est pas une preuve suffisante.</p> <p>Huang, Cunningham, Laurito et Chen (2001) ont montré qu'il y a des patients qui n'osent pas dire à quel point ils souffrent, parce qu'ils ont peur des effets secondaires et deviennent dépendants des médicaments. Cela signifie que les patients doivent être informés de la douleur et de leur traitement avant et après la chirurgie et que les CCN ont également besoin de connaissances sur les solutions de rechange aux traitements pharmacologiques et la façon de les utiliser dans les soins postopératoires.</p> <p>Étant donné que différents types de douleur sont expérimentés, les CCN devraient en savoir plus que simplement « Le patient a besoin de soulagement de la douleur » (Jones, 2001). Les</p>
--	---

	<p>résultats montrent que les opinions des patients sur la façon de soulager la douleur pourraient constituer un obstacle au traitement optimal. ➔ comme pour les patients qui ont choisi leur anesthésie.</p> <p>Il est donc urgent que les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale connaissent la chirurgie et la douleur postopératoire.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'objectif de l'étude était de décrire les expériences des CCN dans l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients recevant des soins postopératoires dans une unité de soins intensifs. La plupart des patients qui ont reçu des soins postopératoires dans une expérience en soins intensifs souffrent dans une mesure variable, et les CCN dans cette étude ont traité la douleur des patients en donnant des analgésiques. La motivation pour ne pas donner un traitement non pharmacologique était qu'il n'y avait pas assez de temps, l'environnement était un obstacle, ou les CCN n'avaient aucun intérêt à apprendre comment le faire. Le fait que certains patients aient peur du traitement pharmacologique et peut ne pas dire à quiconque de leur douleur de peur des effets secondaires doivent être considérés. Étant donné que les résultats montrent que les CCN étaient vraiment motivés à soulager la douleur postopératoire chez les patients, il devrait y avoir plus d'intérêt à apprendre des méthodes non pharmacologiques pour compléter les traitements pharmacologiques visant à retrouver la douleur et à augmenter le bien-être des patients opérés sur. Le travail</p>

	<p>d'évaluation et de traitement de la douleur chez les patients dans les soins postopératoires est une tâche importante et commune pour les CCN, et les connaissances sur le terrain sont essentielles si les patients doivent recevoir des soins et des traitements infirmiers optimaux. Être sans douleur après la chirurgie signifie un bien-être accru et un séjour plus court à l'hôpital pour le patient.</p>
--	--

Effectiveness of the Nursing Methodology in Pain Management after Major Ambulatory Surgery	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre présente le concept de la recherche et la population de l'étude :</p> <p>Efficacité de la méthodologie des soins infirmiers dans la gestion de la après une chirurgie ambulatoire majeure.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé synthétise le problème de la recherche et les résultats qui en ont découlé. Il met en avant que c'est une recherche quasi expérimentale qui évalue l'efficacité d'une séance complète péri-opératoire.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>L'étude relève le fait que la plus grande préoccupation des patients qui subissent une chirurgie est la douleur qu'ils vont ressentir. Le fait qu'ils ne sont pas familiarisés avec ce qui va se passer et que les soignants ne prennent pas toujours le temps de bien expliquer ce qui va se passer de l'anxiété peut survenir. Il serait même prouvé que le fait de ne pas avoir un entretien en amont de l'opération peut amener à de</p>

	<p>l'anxiété, des complications après la chirurgie (AAGBI, 2010). Il est aussi dit que l'éducation préopératoire est efficace pour lutter contre la douleur en postopératoire aigue (Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto et Salantera, 2005 ; McDonald, Green et Hetrick, 2004 ; Wong, Chan et Chair, 2010). Dans cette étude, il est également démontré que les infirmières qui prennent en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, sont très appropriées pour accomplir cette tâche auprès des patients (Henderson, 1971). A savoir qu'en Espagne, l'éducation préopératoire est un service que toutes les cliniques n'offrent pas malgré la recommandation du Ministère de la Santé (MSC, 2008). Donc le problème est pertinent par rapport à la discipline des soins infirmiers. Il est également mis en avant que de faire cet entretien apporte un sentiment de sécurité aux patients sans imposer de coûts supplémentaires.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Une recension des écrits a été faites puisqu'on peut lire qu'ils se sont basés sur plusieurs études et auteurs pour amener et mettre en avant leur problème de recherche. C'est grâce à ces écrits qu'ils ont pu soulever le problème qui se trouve toujours présent actuellement. Diverses études ont rapporté que la douleur postopératoire aiguë était insuffisamment traitée et que 30 à 50% des patients chirurgicaux souffraient de douleurs modérées à sévères (Vidal et Torres, 2008). Des preuves ont été fournies sur l'utilité de l'éducation préopératoire dans</p>

	<p>l'amélioration des résultats physiques et psychologiques après la chirurgie (Carr, Thomas et Wilson-Barnet, 2005; Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto et Salanterä, 2005; Lin & Wang, 2005) et très significativement dans le contrôle de la douleur (Johansson et al., 2005; McDonald et al., 2004; Wong et al., 2010). Donc on se rend bien compte qu'encore maintenant la douleur en post-opératoire reste mal gérée. Les auteurs de cette étude se sont alors demandés où se trouvait le raison de cette mauvaise gestion et ont mis en évidence le point de faire une bonne éducation préopératoire.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de cette étude est de mettre en avant les bienfaits d'une bonne préparation avant que les patients subissent une opération. De démontrer l'importance d'un entretien complet préopératoire afin de mieux gérer ce qui se passe en postopératoire comme la douleur par exemple. Le but de cette séance préopératoire est de pouvoir exposer le déroulement aux patients mais aussi de pouvoir répondre aux possibles inquiétudes ou craintes, questions du patients. Donc dans cette étude la population qui porte un intérêt tout</p>

	<p>particulier est les patients qui subissent une chirurgie et seront donc en situation de postopératoire.</p> <p>L'hypothèse de cette recherche est la suivante : l'utilisation des méthodes infirmières dans les consultations préopératoires améliorent la satisfaction des patients et facilitent la gestion de la douleur postopératoire.</p> <p>L'objectif de cette étude était de déterminer l'effet de l'application de conseils infirmiers préopératoires (NIC 5610) dans les cliniques de préanesthésiologie pour les patients opératoires, en ce qui concerne les niveaux de douleur postopératoire, la satisfaction des patients et leurs familles et les taux de complications de la plaie chirurgicale.</p> <p>Sachant que cette étude est quasi conceptuel je dirais que le cadre de recherche s'appuie sur un cadre plutôt conceptuel.</p>
METHODE	
Population échantillon et	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? • L'étude comprenait 380 patients traités en 2009 à l'hôpital de Benalmadena. Un groupe témoin était composé de 185

	<p>patients. Un groupe d'intervention se compose de 195 patients.</p> <p>Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âgé de plus de 14 ans - Anesthésie générale, régionale ou locale - Risque anesthésique: Société américaine des anesthésiologistes - (1963) classification de la santé physique I, II ou III, - Compensé - Indice de masse corporelle <40 kg / m² - Le soutien familial et la présence d'un soignant pendant la - 48 heures après la sortie de l'hôpital - Contact téléphonique permanent - Des conditions hygiéniques, sanitaires appropriées à la maison, avec - Un accès adéquat (par exemple, un ascenseur, si nécessaire). - Les critères d'exclusion étaient les suivants: - Épilepsie - Déficience psychologique significative - Trouble psychiatrique non rémunéré - Major dépendance (Barthel Index <45) - Anticoagulants ou troubles de la coagulation - Allergie à de multiples antibiotiques et analgésiques - Présence de maladie neuromusculaire - Présence de bronchopneumonie chronique comme: - Asthme bronchique (très fréquent ou au cours du dernier mois) - Décompensé la maladie pulmonaire obstructive chronique au cours des derniers mois ou nécessitant de l'oxygène domestique - Les maladies cardiaques telles que: - Infarctus aigu du myocarde au cours des 2 dernières années.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Angor (crises fréquentes, au repos ou pendant les activités) - De la vie quotidienne) - Maladie valvulaire décompensée ou arythmie B sténose aortique - Allergie au latex - Épisodes antérieurs de réaction anaphylactique après chirurgie - Donc il s'agissait de comparer les deux groupes, un groupe va recevoir plus d'information comparé à l'autre groupe.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Nous n'avons pas d'informations claires sur ce sujet.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Je dirais que le devis est qualitatif mais ce n'est pas exposé de manière précise. Ils ne font pas en tout cas passer de questionnaire mais questionnent les patients participants 24H après leur intervention. Tout ce que nous savons, c'est que l'étude compare deux groupes de patients, un</p>

	<p>groupe témoin ne reçoit pas d'entretien préopératoire et le groupe d'intervention reçoit un entretien plus complet avec le médecin, anesthésiste et infirmière. Donc un groupe subi la procédure standard et l'autre une procédure plus précise et complète. Le temps passé sur le terrain me semble pas suffisant pour qu'il n'y ait pas de biais et sachant aussi que certains patients viennent pas directement de l'hôpital où l'étude a été faite.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les outils de mesure ne sont pas clairement décrits. Leur hypothèses et questions étaient précises, leur objectif était au nombre de 2, 1. Amélioration de la satisfaction des patients 2. Amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire. Nous n'avons pas le nom ou l'explication des instruments qui ont été utilisés pour l'analyse de cette étude. Nous pouvons alors affirmer que l'étude ne peut pas totalement être une base solide pour notre recherche, c'est une étude très expérimentale. Mais qui concordent tout de même avec des résultats déjà connus et en lien avec d'autres études comme, Johansson et al., 2005; McDonald et al., 2004; Wong et al., 2010.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Les collectes des données et enregistrements n'est pas clairement exposées. Il est apparu un biais lors de la collecte des données et de l'étude. Cette étude quasi-expérimentale a été soumise à un biais possible car les patients du groupe témoin sont issus d'un ancien hôpital, avec une liste d'attente plus longue. Les patients du dernier hôpital peuvent signaler une satisfaction accrue à cause du temps d'attente réduit et de leur accès à des installations hospitalières plus modernes, y compris l'affectation de salles individuelles.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites clairement. Le résumé des résultats est compréhensible et met en avant les extraits rapportés.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous forme de deux tableaux. Mais aussi sous forme de texte. Il y avait deux objectifs lors de cette étude, le premier objectif était de connaître la satisfaction des patients et le deuxième était dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur en postopératoire. Donc pour la satisfaction des patients les deux groupes l'ont relevé de manière significativement positive et élevé mais il existe tout de même une différence. Le groupe témoin (185 patients, qui ont eu la procédure standard donc sans un entretien infirmier) est moins satisfait que le groupe d'intervention (195 patients, le groupe ayant reçu un entretien plus complet). Après la chirurgie le groupe témoin a demandé une attention imprévu comparé au groupe témoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le deuxième objectif met en avant que le groupe témoin évalue une plus grande, douleur comparé au groupe d'intervention. De plus le groupe de témoin a plus recourt à une antalgie de réserve comparé au groupe d'intervention. <p>Les résultats démontrent bien que leur questionnement était pertinent et qu'en effet le fait de prendre plus le temps avant une chirurgie peut amener à une meilleur gestion de la douleur et la satisfaction du patient est meilleure.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?

	<p>Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>En effet les résultats que cette étude a pu mettre en avant concordent pour certains avec des études antérieures ce qui appuient bien leur questionnement. Il est vrai puisque dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire</p> <p>Bond et al. (2005) a montré que les patients qui sont familiarisés avec l'échelle de la douleur avant la chirurgie peut l'utiliser plus efficacement au cours de la période postopératoire, même si l'instruction à cet égard a lieu après l'admission à l'hôpital. Nos résultats concordent avec ceux obtenus par d'autres auteurs (Johansson et al., 2005; McDonald et al., 2004; Wong et al., 2010). Dans une étude avec des caractéristiques similaires à celles de notre, Font-Calafell et al. (2011) ont rapporté que 23,9% des patients du groupe témoin ont signalé un score de douleur VAS supérieur à 3 comparativement à notre valeur de 20,5% à cet égard. Ces auteurs ont également observé une amélioration de la gestion de la douleur suite à l'intervention infirmière, et moins de patients signalant un score de douleur VAS supérieur à 3 dans le groupe d'intervention (15,1%), ce qui est comparable à nos résultats (11,5%).</p> <p>Leur conclusion est la suivante : Les résultats de notre étude montrent que les soins infirmiers préopératoires ont été dispensés lors d'une séance de consultation structurée pour évaluer l'état de santé et pour informer le patient de la</p>
--	--

	<p>chirurgie à venir, accroître la satisfaction du patient concernant le processus préopératoire. La gestion de la douleur postopératoire aiguë a été significativement améliorée avec cette intervention et est restée dans des limites acceptables.</p> <p>Donc cette étude amène des réponses suffisantes pour dire qu'il est important de prendre en charge les patients avant leur opération.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'auteur ne fait pas clairement des recommandations pour la suite mais nous pouvons faire ressortir l'importance qu'une prise en charge globale incluant un entretien complet préopératoire donne de meilleur résultat auprès des patients et améliore leur satisfaction et confort.</p>

Supporting self-care of patients following general abdominal surgery	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre présente le concept de la recherche et la population de l'étude :</p> <p>Soutenir l'auto-soins des patients après une chirurgie abdominale générale</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Dans le résumé, on y retrouve les buts et objectifs, le contexte, les méthodes, les résultats et la conclusion de l'étude menée. Mais aussi la pertinence de la pratique clinique. Et donc nous comprenons que cette étude a pour but de savoir comment il faut soutenir au mieux les patients qui sortent d'une chirurgie. D'où l'importance d'une bonne éducation thérapeutique à faire auprès des patients subissant une chirurgie abdominale générale.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Dans cet article, les chercheurs se sont penchés sur qu'elle était l'impact de donner des informations plus complètes et précises à la suite d'une intervention chirurgicale, en quoi ces informations pouvaient limiter les complications chez les patients. Et le fait de ne pas devoir retourner dans des services d'urgences pour cause d'anxiété ou de mauvaise information. Cet article a pour</p>

	<p>but d'encourager les autos-soins chez les patients et la promotion de la santé auprès des bénéficiaires de soins.</p> <p>Le problème que cet article soulève est assez pertinent selon le contexte des connaissances actuelles puisque les auteurs ont pu lire dans d'autres études qu'il existe une tendance actuelle et générale qui donne des résultats en mettant en avant que les individus et les soignants étaient souvent insatisfaits de l'information reçue au sujet de leur soin à la maison. Cette insatisfaction engendre une anxiété accrue, une diminution de la capacité d'adaptation, une diminution de l'adhésion au traitement qui était suggéré et un taux des ré hospitalisations accrues. Et à l'inverse quand l'information donnée est plus précise et complète les patients sont mieux et sont plus compliant. De plus, peu d'étude se concentrent sur la perception par l'individu dès lors qu'il reçoit les informations fournies par les professionnels de soins. Personne ne se penche sur son utilité et l'adéquation des informations données, mais également de savoir si cela sera utile pour leur convalescence.</p> <p>L'objet de l'étude est en lien avec la discipline infirmière vu qu'elle touche l'éducation thérapeutique que celles-ci peuvent fournir auprès des patients qui subissent une intervention chirurgicale générale et donc de promouvoir l'auto-soin chez ses patients et que leur convalescence se déroule dans de meilleures conditions, mais aussi pour limiter des aller-retour à l'hôpital.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ?

	<p>Les auteurs de cet article se basent sur d'autres écrits. Ils se sont basés sur le comité consultatif sur les ressources humaines de Santé Canada, 1997, pour parler de la promotion de la santé. Ils se sont également basés sur d'autres études mais il faut admettre que peu de personne se sont penchées sur la question de savoir la réelle efficacité d'une bonne promotion de la santé.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <p>Oui.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. L'objectif de cette étude était de déterminer si l'information que les personnes reçoivent suite à une chirurgie abdominale générale était suffisante pour pouvoir se soigner à la maison seule et sans retour incessant auprès des hôpitaux.</p> <p>La question et les hypothèses ne sont pas clairement données. La population n'est pas très précise tout ce que nous savons en lisant cet article est qu'ils se basent sur un échantillon ayant subi une chirurgie abdominale générale, l'âge n'a pas d'importance dans que la</p>

	<p>personne à 18 ans, le sexe n'est pas demandé et précisé, tout ce que nous savons c'est que les personnes participantes doivent être capables de parler et comprendre l'anglais, ne doivent pas recourir d'aide auxiliaire à leur rentrée à domicile. Ils doivent avoir subi une chirurgie de plus de 24 heures et au maximum 10 jours hospitalisés.</p> <p>La nature de l'étude est exploratoire et descriptive donc je peux affirmer que cet article ne va pas forcément nous donner de bonnes bases pour la suite de notre recherche.</p>
METHODE	
<p>Population échantillon</p> <p>et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée est donnée, ils acceptent toute personne ayant subi une chirurgie abdominale générale (Les procédures chirurgicales comprenaient: l'appendicectomie, la colectomie, les résections périméales abdominales avec la création de stomie, la gastrectomie, les procédures laparoscopies, la chirurgie organique accessoire (foie, pancréas, vésicule biliaire) et la réparation de la hernie) et ayant au moins 18 ans, comprenant et parlant l'anglais, n'ayant pas besoin d'aide à la venue à domicile. Que les patients puissent répondre facilement au téléphone. Ils sont partis avec 135 participants au départ et on finit avec seulement</p>

	<p>109. Au final, ils ont eu 58% de femmes et 42% d'hommes. Dont 41% ont entre 45-64 ans, 27% ont entre 24-44 ans et 19% ont entre 65-74 ans.</p> <p>Ils ont dû exclure des patients qui sont restés plus de 10 jours parce qu'ils éprouvaient généralement des complications et avaient des besoins et des possibilités d'apprentissages différents. La moyenne de l'hospitalisation des patients qui ont participé est de 7 jours. En ce qui concerne le suivi téléphonique, la durée a été de 13 jours après leur retour à domicile. Certains participants ont voulu arrêté par manque d'intérêt par la problématique.</p> <p>Donc je suppose que dans cet article nous nous trouvons plus dans une saturation des données surtout sachant que la nature de l'étude est de type exploratoire et descriptive.</p> <p>On ne sait pas précisément pourquoi ils se sont arrêté sur ce type d'échantillon, nous supposons qu'ils voulaient un public assez large pour avoir le plus de données possibles en lien avec leurs attentes.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Pas de données en ce qui concerne les considérations éthiques. On sait juste que les participant on du signer un consentement afin de prouver et donner leur accord pour participer à cette étude.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?

- Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)
- La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?
- Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?

Je dirais que les devis est mixte mais l'information n'est pas clair, nous savons que les chercheurs ont faire parvenir des questionnaires d'auto déclaration à remplir à leur sortie de l'hôpital qu'ils devaient renvoyer et dans les 3 semaines qui suivaient une entrevue téléphonique a été entrepris afin de déterminer l'efficacité et l'adéquation des informations qu'ils avaient reçu après leur opération.

Visiblement le temps auprès des patients est très court, les chercheurs s'impliquent peu auprès d'eux. La collecte des données s'est produite pendant deux étapes. Ils avaient à disposition des assistant de recherche qui ont assisté à la réunion quotidienne du lit avec tous les superviseurs cliniques impliqués pour récupérer des informations sur les participants. C'est l'assistant de recherche qui est allé auprès de tous les participants afin de faire parvenir toutes les informations concernant le but et l'objectif de l'étude. C'est aussi à ce moment-là qu'ils ont obtenu un numéro téléphonique afin de poursuivre leurs échanges au téléphone et les assistant de recherches ont également distribué le questionnaire d'auto déclaration que les participants étaient invités à remplir uniquement une fois rentrés chez eux. Cette approche a été utilisée pour que les participants n'aient pas l'intention de poser des questions avant leur sortie d'hôpital.

Au cours du premier contact avec les participants, l'assistant de recherche a examiné le tableau des données démographiques et des données relatives à la fourniture multidisciplinaire d'informations de décharge. Il a ensuite téléphoné à toutes les personnes déchargées qui avaient consenti à participer à l'étude. Cela comprenait les participants qui n'ont pas retourné le questionnaire d'auto-déclaration. La première tentative

	<p>de contact avec les participants a été faite le premier jour ouvrable une semaine après la sortie de l'hôpital. D'autres tentatives (maximum de cinq) pour contacter le participant ont été poursuivies pendant deux semaines. Si le participant n'a pas pu être contacté au cours de la période de trois semaines, ils ont été retirés de l'étude. Une fois que les contacts téléphoniques ont été effectués, on a demandé aux participants s'ils étaient toujours prêts à participer et, s'ils le faisaient, l'assistant de recherche faisait suivre l'horaire téléphonique. Lorsque les participants ont posé des questions sur leurs auto-soins, l'assistant de recherche les a renvoyés à leur fournisseur de soins primaires.</p> <p>Donc les instruments de collecte des données sont au nombre de 3, un tableau avec les données personnelles sur les participants, un questionnaire d'auto-évaluation des informations reçues et les entrevues téléphoniques.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Trois instruments de recherche ont été utilisés pour la collecte de données: un formulaire de données graphiques, un questionnaire d'auto-évaluation utilisé au point de décharge et un sondage d'entrevue téléphonique utilisé après la sortie de l'hôpital. Les instruments de collecte de données ont été conçus par le chercheur. Certains de ces articles ont été développés pour cette étude tandis que d'autres provenaient de la littérature et des études sur des sujets connexes (Driscoll 2000, Krupat et al., 2000, Henderson & Zernike 2001).</p>

	<p>Le questionnaire et le programme d'entrevue téléphonique ont été examinés par des experts en contenu et des chercheurs en laboratoire de recherche de population qui ont évalué les éléments pour plus de clarté, d'exhaustivité et de facilité d'achèvement. La fiabilité du questionnaire initial et du questionnaire téléphonique mesuré par le coefficient de fiabilité alpha de Cronbach était respectivement de 0 à 85 et de 0 à 87.</p> <p>Les données démographiques sur l'âge, le sexe, le type de procédure chirurgicale, la durée du séjour et la preuve de l'enseignement du relève ont été obtenues à partir du tableau des participants. Le questionnaire d'auto-évaluation et l'enquête d'entrevue téléphonique comprenaient des éléments pour évaluer l'information de décharge en relation avec la gestion de la douleur, le soin des blessures, le niveau d'activité, la nutrition, les complications possibles, format d'information, et satisfaction globale de l'information. L'intervieweur téléphonique a également sollicité des informations relatives à l'accès personnel et téléphonique des établissements de soins.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Oui, enfin il me semble parce qu'ils ont fait appel à des assistants en recherches, et en ce qui concerne le questionnaire et le programme d'entrevue téléphonique ont été examinés par des experts en contenu et des chercheurs en laboratoire de recherche de population qui ont évalué les éléments pour plus de clarté, d'exhaustivité et de facilité d'achèvement.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les méthodes d'analyses sont clairement décrites, les données ont été analysées à l'aide de SPSS pour Windows, version 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). La statistique du chi-carré a été utilisée pour tester les associations entre les variables catégoriques. Tous les tests étaient à queue double, avec un niveau de signification statistique de $P < 0.05$.</p> <p>Au début de l'étude 135 participants répondaient complètement dans leurs critères d'analyse mais prenant en considération des critères qui pouvaient être susceptibles d'influencer leur analyse, les auteurs se sont finalement retrouvé avec uniquement 109 participants pour l'étude. A la suite de leurs résultats, ils ont pu affirmer que certains éléments qu'ils avaient pris en considération par rapport à leur échantillon n'avaient pas d'impact significative en vue de leur demande et hypothèses. A savoir que les participants n'ayant pas rempli le questionnaire de décharge et ayant tout de même participer aux entrevues téléphoniques ne démontre pas de différences par rapport à ceux qui l'ont rempli. De même que le sexe, le type de chirurgie, le lieu de résidence n'avaient non plus pas d'impact significative en vue des résultats reçus. Ensuite, les chercheurs ont fait de même pour chacune des catégories qu'il les intéressait incluant la gestion de la douleur, les soins des plaies, l'activité à la suite de la chirurgie, l'alimentation, les complications possibles et le suivi effectué ainsi que de savoirs sous quelle forme les patients avaient reçu les informations relatives à leur convalescence chez eux. Pour chacune de ses catégories, nous retrouvons les résultats sous formes de pourcentages par rapport au nombre de réponses des participants.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous forme de texte et en pourcentage, il y a tout de même un tableau. Ils ont bien regroupé tous les sous-thèmes qu'ils ont abordés dans leur questionnaire. Et à la lecture, nous arrivons bien nous rendre compte de la finalité de l'étude. De même qu'ils ont fait un petit résumé sous forme de texte avant de les détailler.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de SPSS pour Windows, version 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). La statistique du chi-carré a été utilisée pour tester les associations entre les variables catégoriques. Tous les tests étaient à queue double, avec un niveau de signification statistique de $P < 0.05$.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Oui, les résultats ont été abordés et détaillés pour chacune de leur questions et hypothèses et qui concernaient les thèmes suivants : gestion de la douleur, les soins de plaies, l'activité dès lors du retour à domicile, l'alimentation, les complications et le suivi, l'informations reçues et sous quelle forme.</p>

	<p>Les auteurs ont également pu mettre en évidence que leur étude met en avant les mêmes conclusions que les études antérieures. Exemple : en lien avec les activités que les personnes peuvent faire à la maison, ces résultats sont compatibles avec Jacobs (2000) et Driscoll (2000). En ce qui concerne l'information qui concerne la douleur, ces résultats sont cohérents avec ceux de Henderson et Zernike (2001) et Clarke et al. (1996) et suggèrent un manque de sensibilisation ou de réticence des infirmières à traiter adéquatement la douleur des patients. En ce qui concerne la gestion des plaies, c'est la même chose ils ont pu démontrer qu'il y a tout de même un manque d'information quant à savoir après combien de temps les personnes peuvent prendre des bains, ... et que les informations ne concordaient pas toujours entre les brochures reçues et ce que les infirmières ont pu leur dire oralement. Ces résultats mettent l'accent sur l'importance que les patients reçoivent des informations verbales et écrites pour assurer une information complète (Johnson et al., 2003).</p> <p>Le 54% des patients qui ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu d'informations sur les complications à leur sortie et une fois de plus, ces résultats sont cohérents avec ceux de Driscoll (2000).</p> <p>Ceux qui ont reçu de l'information ont été invités à consulter leur médecin ou à visiter le service d'urgence s'ils avaient des complications. Cependant, bon nombre des patients étudiés s'inquiétaient de la façon de reconnaître une complication. Il ressort clairement des résultats de cette étude que même si les informations imprimées étaient disponibles, elles n'étaient pas souvent distribuées et discutées.</p> <p>Suhonen et al. (2005) et Anthony & Hudson-Barr (2004) appuient cette recommandation selon laquelle les infirmières doivent être vigilantes quant à l'évaluation des besoins en information des patients avant leur sortie s'ils veulent soutenir les capacités des patients à s'occuper eux-mêmes à la maison après leur congé.</p> <p>Les patients ont évalué l'adéquation de l'information reçue comme très élevée dans tous les domaines (douleur, soins des plaies, activité et nutrition). Malgré</p>
--	---

	<p>les notes élevées, de nombreux commentaires indiquent le besoin et / ou le désir d'obtenir des informations supplémentaires. Cette observation renforce l'importance de fournir une section de commentaires lors de l'utilisation d'une échelle de notation pour déterminer l'adéquation de l'information ou la satisfaction à l'égard des informations reçues.</p> <p>En conclusion, bien que les patients ont reçu bon nombre d'information sur la douleur, la gestion des plaies, les activités, l'alimentation et les complications, il semblerait qu'il existerait tout de même un manque d'approfondissement des informations. Cette étude confirme donc, l'importance du rôle de l'infirmière dans l'évaluation des besoins de l'information des patients pour adapter l'enseignement de l'auto-soins. De plus, il s'est avéré que les informations reçues en format imprimées ne concordaient pas avec ce qui pouvait leur être dit oralement, ce qui a perturbé un certain nombre de patients et a les fait consulter des services de soins.</p> <p>Cette situation pourrait être corrigée en veillant à ce que tous les patients reçoivent des informations verbales et écrites qui répondraient aux besoins d'apprentissage réels et anticipés.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Comme dit avant, cette étude démontre bien qu'il y a un manque ou une mauvaise communication des informations qui sont données auprès des patients. Les informations ne correspondent pas toujours aux attentes des patients et cela peut entraîner une anxiété chez ceux-ci, ce qui les fait reprendre un rendez-vous non routinier dans des services de soins ou auprès de leur médecin. Sachant que les séjours hospitaliers se veulent</p>

	<p>de plus en plus courts, la préparation à la sortie devrait commencer même avant l'hospitalisation et donc être anticipé. Mais l'étude démontre également l'importance qu'en tant que soignant il faut être attentif aux besoins de chacun et qu'ils peuvent différer d'une personne à l'autre. Mais aussi que l'information doit se donner de plusieurs manières pour qu'elle soit la plus complète possible (écrite, orale et précise).</p> <p>Même si les informations sur la sortie peuvent sembler très courantes pour les infirmières, évaluer, anticiper et répondre aux besoins d'information liés à la douleur, aux soins des plaies, à l'activité, à l'alimentation et aux complications augmentera probablement la capacité des patients à se soigner à la maison après le congé après une chirurgie abdominale. Les infirmières doivent être conscientes que lorsque les patients quittent l'hôpital avec peu ou pas d'information sur la suite et / ou des informations inexacts, ils sont plus susceptibles de développer des problèmes qui leur demandent d'accéder aux agences de soins de santé après leur congé. En outre, les éducateurs en développement du personnel devront peut-être se concentrer davantage sur le développement de programmes éducatifs mettant l'accent sur la planification de la libération et les éducateurs en soins infirmiers doivent veiller à ce que l'enseignement de la sortie et leur relation avec les soins personnels soient mis en évidence dans les programmes d'études de premier cycle.</p>
--	---

Patients' experiences and actions when describing pain after surgery – A critical incident technique analysis	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre présente le concept de la recherche et la population de l'étude :</p> <p>Expériences et actions des patients lors de la description de la douleur après l'intervention chirurgicale- Une analyse de la technique d'incident critique</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Oui, le résumé présente toutes ces informations.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème dans cette étude est que l'évaluation en postopératoire reste un problème important. Malgré les améliorations et les recherches menées. L'objectif : décrire et trouver le meilleur moyen pour évaluer la douleur = échelles. En quoi sont-elles utiles et importantes. C'est un point de départ pour le dialogue avec le patient, pour entrer en relation avec lui. Problème identifié dans les autres études : la communication est à sens unique, question-réponse. Ils souhaitent chercher les techniques approfondies pour la description de la douleur. Une connaissance</p>

	<p>approfondie des expériences douloureuses des patients pourrait aider les pros à améliorer leur traitement, l'EVA et accroître la participation des patients. Manque de dialogue et manque de confiance entre le patient et le soignant. Il y a aussi un manque de temps chez les soignants et cela va casser la confiance chez les patients.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Oui une recension des écrits est faite. Ils ont plusieurs auteurs de référence et ont fait beaucoup de recherche pour savoir ce qui était déjà connu sur le sujet.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles

		<p>logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>L'objectif de cette étude était, lors d'un examen des incidents critiques, décrire les expériences et les actions des patients lorsqu'ils ont besoin de décrire la douleur après la chirurgie. Le but se base sur les connaissances actuelles et démontre bien un problème qui est toujours présent.</p>
METHODE		
Population échantillon	et	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Une conception exploratoire impliquant la technique de l'incident critique a été utilisée. Des patients d'une université et de trois hôpitaux de comté dans les zones urbaines et rurales ont été inclus. Pour assurer la variation des patients, un échantillonnage stratégique a été effectué en fonction de l'âge, du genre, de l'éducation et de</p>

	la chirurgie. Au total, 25 patients ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique ou générale ont été invités à participer à une entrevue, dont trois ont refusé.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Pas de données concernant les mesures qui ont été prises. Mais une fiche d'information a précisé que la participation était volontaire et pourrait être interrompue à tout moment, et que toutes les informations seraient traitées de manière confidentielle. Les patients qui ont accepté de participer ont été contactés par le chercheur principal.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>C'est un devis qualitatif puisque les chercheurs font des entretiens avec les patients et recherchent des réponses plus précises que simplement avec des questionnaires. Du coup, nous dirions que la méthode est totalement appropriée par rapport à leur question et leur but de recherche.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Le guide était basé sur Schluter et al. (2008) pour la recherche lors de l'utilisation de la technique d'incident critique. Les entretiens, tous réalisés par le chercheur principal, ont été enregistrés audio et transcrit textuellement. Un consentement a été obtenu auprès du patient par une infirmière désignée dans le quartier et a été confirmé avant l'ouverture de l'entretien. Les entretiens ont été effectués entre 1 et 7 jours après la chirurgie, dans une salle séparée, et ont duré en moyenne 35 min (intervalle 23-55 min). Les patients qui ont subi des procédures mineures ou ont eu un court séjour hospitalier ont été interrogés le premier ou le deuxième jour après la chirurgie. Cependant, les patients qui ont subi une chirurgie majeure et qui ont eu une durée de séjour plus longue pourraient être interviewés plusieurs jours après la chirurgie. Pour introduire les patients dans la zone de recherche, ils ont d'abord été invités à penser à une situation où ils avaient des analgésiques.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?

	<p>Les critères d'inclusion étaient les patients qui avaient subi une chirurgie orthopédique ou générale, âgés de 18 ans et la capacité de comprendre le suédois. Pour assurer la variation des expériences des patients, un échantillonnage stratégique a été effectué selon l'âge, le genre, l'éducation et les différents types de chirurgie (tableau 1). La chirurgie a varié d'être mineur (par exemple, pour l'appendicite et l'arthrodèse du pied), aux opérations majeures (par exemple, la résection de l'intestin grêle et le remplacement de l'épaule). Le nombre de contacts précédents avec les services de santé variait; Certains patients avaient des maladies chroniques (par exemple, une insuffisance cardiaque ou un asthme), tandis que d'autres n'avaient aucune maladie pertinente et aucune expérience des soins hospitaliers. Au total, 25 patients ont été invités à participer, dont trois ont refusé. Tous les patients provenaient des pays nordiques</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>La description et l'explication de Flanagan (1954) sur la façon dont l'analyse des données doit être effectuée en détail sont très brèves. Cependant, cette étude a été analysée en ligne avec des études antérieures avec un modèle répliatif palpable selon la technique d'incident critique (Ekblad et al., 2014; Gustafsson et al., 2010; Svensson et Fridlund, 2008). Pour obtenir une image globale des données, le chercheur principal a lu plusieurs fois les entretiens (c.-à-d. 418 pages de texte à double interligne) pour découvrir les</p>

	<p>similitudes et les différences. Le nombre d'incidents nécessaires pour décrire un problème varie en fonction de la situation, mais au moins 50 à 100 incidents sont nécessaires, liés à des activités simples (Flanagan, 1954). Dans la deuxième étape, des unités significatives ont été sélectionnées, soit 451 incidents répartis en 295 expériences et 156 actions. Dans la troisième étape, les unités significatives ont été regroupées en sous-catégories, puis en catégories et enfin dans les zones principales. Au cours de l'analyse, tout le monde dans l'équipe de recherche a discuté du classement jusqu'à ce que tous soient d'accord. Les analyses d'expériences ont abouti à 12 sous-catégories qui ont été regroupées en quatre catégories qui ont constitué deux domaines principaux. De même, l'analyse des actions a abouti à 15 sous-catégories consistant en quatre catégories formant deux domaines principaux.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont donnés sous forme de tableaux. Et d'un texte narratif ce qui nous permet de bien les comprendre.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?

	<p>Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats ont démontré que certains patients ne décrivent pas leur douleur précisément de peur d'entrer en conflit avec les soignants ou d'être perçus de manière négative. Les attitudes des pros de la santé et leur manque d'adhésion aux procédures ont affecté la capacité des patients à décrire et à faire face à la douleur. La charge de travail des pros ont aussi affecté cela = manque de temps, manque d'écoute. Certains patients ont traité la douleur eux-mêmes = dafalgan dans la table de nuit, prennent sans dire aux soignants car ils ne voulaient pas déranger les professionnels. Certains avaient peur des effets secondaires (croyances) = ne demandaient pas de ttt. Certains autres essayaient d'économiser leur traitement donc signalaient leur douleur au dernier moment.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Cette étude révèle que la capacité de décrire la douleur est individuelle, mais elle est également liée à la manière dont les soins de santé sont organisés (c.-à-d. Facteurs tels que le calendrier de travail, la charge de travail et les routines). Un dialogue est essentiel pour connaître les attentes</p>

	<p>et les connaissances des patients sur la douleur et le traitement et leur volonté de participer aux soins. En outre, le manque de cohérence dans les procédures des professionnels de la santé crée une incertitude et leur charge de travail limite la mesure dans laquelle les patients peuvent recevoir de l'aide. En outre, la position dépendante des patients émerge lorsqu'ils ont peur d'entrer en conflit avec les professionnels de la santé et d'être considérée comme une nuisance. Bien que les patients soient encouragés à aviser les professionnels de la santé en cas de souffrance, la responsabilité principale des évaluations de la douleur doit incomber aux professionnels de la santé. Dans la pratique clinique, il est important de tenir compte de ces résultats afin d'augmenter les chances que les patients décrivent la douleur au besoin. Les résultats de cette étude montrent qu'il existe des possibilités d'amélioration dans la procédure d'évaluation de la douleur ainsi que dans l'échange de connaissances entre les patients et les professionnels de la santé.</p>
--	--

What Do Adult Surgical Patients Really Want to Know About Pain and Pain Management?	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre présente le concept de la recherche et la population de l'étude :</p> <p>Qu'est-ce que les patients chirurgicaux adultes veulent vraiment savoir sur la douleur et la gestion de la douleur.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé met en avant leur problème et la méthode qu'ils ont appliqué pour obtenir leur résultat.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème de l'étude est clairement donné puisqu'on comprend très vite et après leurs nombreuses recherches, que les auteurs s'intéressent à ce que les patients veulent savoir lors d'une intervention chirurgicale. Donc leur objectif principal est le suivant : c'est de déterminer le contenu informatif que les patients identifient comme étant les plus importants en matière de gestion de la douleur. Les auteurs de cette étude ont bien mis en avant qu'en effet la gestion de la douleur pour ce type d'intervention</p>

	<p>n'est pas encore optimal. Du coup, ils prennent le problème à l'autre bout en se concentrant sur ce que les patients voudraient savoir avec une opération dans leur prise en charge de la douleur. Cette étude va permettre d'améliorer l'information que l'on donne aux patients en préopératoire. Donc le problème est très pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. D'autant plus, pour la discipline infirmière.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Oui une recension des écrits est effectuée. Cela permet de soulever plusieurs points qui ne sont pas encore réglés quant à la gestion efficace des douleurs en post-opératoire. Les écrits et articles que les chercheurs ont trouvés les ont fait prendre conscience de prendre le problème par l'autre bout. C'est-à-dire, de s'intéresser aux patients et ce que eux veulent savoir avant leur opération parce qu'il est ressorti que parfois les personnes angoissent plus à l'idée de ce qui va se dérouler après que l'opération en elle-même. A notre avis, cette recension des écrits est suffisante pour leur recherche.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>La question de recherche est la suivante : Quelle est l'importance des éléments d'information sur la douleur et la gestion de la douleur du point de vue des patients en chirurgie générale ?</p> <p>Donc de cette question de recherche, nous comprendrons rapidement que leur but est de questionner les patients sur l'importance des informations qu'ils peuvent recevoir en amont mais surtout quel est l'impact de ces informations. En effet leur question de recherche découle de manière logique par rapport aux articles qu'ils ont pu lire puisque les informations qu'ils ont pu lire sur ces articles ont mis en avant la mauvaise gestion de la douleur en milieu post-opératoire et que l'information que les infirmières donnent en amont pourrait diminuer l'angoisse et améliorer la gestion de la douleur.</p> <p>Un certain nombre d'études ont conclu que l'information préopératoire peut avoir un effet positif sur l'expérience de la douleur chirurgicale aiguë d'un patient (Devine & Cook, 1986; Johnston & Vogeles, 1993; Mogan, Wells & Robertson, 1985; Niemi-Murola, Et al., 2007; Oshodi, 2007; Wallace, 1985). Il est de plus en</p>
--------------------------------------	---

	<p>plus bien documenté que les interventions efficaces d'éducation des patients peuvent réduire les peurs et les angoisses chez les patients (Beddows, 1997; Devine, 1992; Hathaway, 1986; Wallace, 1984; Wilder-Smith, et Schuler, 1992). Sjoling, Nordahl, Olofsson et Asplund (2003) rapportent une étude d'intervention où deux groupes de 30 patients atteints d'arthroplastie totale du genou ont reçu des informations spécifiques sur la douleur et la gestion de la douleur préopératoire (groupe de traitement) ou des informations de routine (groupe témoin). Sjoling, et al. (2003) ont constaté que, pour le groupe de traitement, «la douleur postopératoire a diminué plus rapidement. . . Le degré d'anxiété de l'état préopératoire était plus faible et ils étaient plus satisfaits de la gestion de la douleur postopératoire "que pour le groupe témoin (Sjoling, et al., 2003, p. 175). Les auteurs de cette étude ont noté que le contenu de l'information fournie aux patients était déterminé par les cliniciens et ils ont conclu que «cela soulève la question de savoir ce que les patients veulent savoir et s'ils ont des suggestions sur ce que nous pouvons faire pour améliorer le processus d'information »(Sjoling, et al., 2003, p. 175, soulignement ajouté).</p> <p>Cette conclusion fait écho à une constatation antérieure selon laquelle "il n'y a pas beaucoup d'articles qui enquêtent sur le type d'information que les patients eux-mêmes veulent recevoir" (Lithner & Zilling, 1999, page 32). Donc c'est très logique que les auteurs de cette étude s'intéressent à ce phénomène et cela peut même améliorer la pratique infirmière et la qualité de vie du patient. Parce que dès le moment où la douleur aigue post-opératoire sera mieux géré les patients feront moins des allers-retours entre la maison et l'hôpital. De plus cette douleur aigue ne pourra pas se « transformer » en douleur chronique.</p>
METHODE	

Population échantillon et	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Echantillon = 150 patients, l'échantillon n'était pas limité à des sous-types chirurgicaux spécifiques, car la littérature révèle que le type de procédure n'a pas changé le type d'information souhaitée (Bradshaw, et al., 1999). Les sujets ont été inclus s'ils étaient: 1) plus de 18 ans; 2) capable de lire et d'écrire en anglais (formulaire de consentement et outil d'enquête étaient en anglais seulement); Et 3) déchargé à la maison après avoir eu une chirurgie d'un jour. Nous avons exclu les sujets qui: 1) avaient des antécédents de toxicomanie ou de troubles psychiatriques majeurs; Ou 2) ont eu un épisode de confusion ou de désorientation au cours de cette admission. On n'a pas demandé aux sujets s'ils avaient une expérience passée de la chirurgie.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>C'est un assistant qui s'est approché des participants pour recueillir leur consentement.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche

	<p>choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Il s'agit d'une étude descriptive utilisant une enquête téléphonique avec des questions quantitatives et qualitatives. Il n'y a pas vraiment un temps passé sur le terrain auprès des patients vu que la récolte des informations se fait par un questionnaire téléphonique.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Un assistant de recherche a appelé tous les patients consentants à la maison dans les 72 h et a administré le questionnaire par téléphone. Si un répondeur a été atteint ou que le patient n'était pas disponible à ce moment-là, l'assistant de recherche n'a pas laissé de message, mais il faudrait au moins deux tentatives supplémentaires pour les contacter au cours de la période de 72 heures.</p>

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Oui, les infirmières en chirurgie de jour ont été invitées à identifier les patients qui étaient admissibles à participer à l'étude en fonction des critères d'inclusion / exclusion. Les patients admissibles qui étaient prêts à être hospitalisés ont été approchés par l'assistant de recherche pour avoir consenti à participer à l'étude. Un assistant de recherche a appelé tous les patients consentants à la maison dans les 72 h et a administré le questionnaire par téléphone. Si un répondeur a été atteint ou que le patient n'était pas disponible à ce moment-là, l'assistant de recherche n'a pas laissé de message, mais il faudrait au moins deux tentatives supplémentaires pour les contacter au cours de la période de 72 heures.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Oui, elles sont décrites. Ils utilisent des échelles pour évaluer les données (échelle de Likert à 10 points). Les facteurs susceptibles d'influer les</p>

		résultats sont pris en considération et le résumé des résultats est compréhensible.
RESULTATS		
Présentation des résultats		<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de textes à la suite de ceux-ci. Les tableaux sont présentés de manière logique. Les auteurs ont fait analyser les résultats pas 2-3 chercheurs.</p>
DISCUSSION		
Interprétations des résultats		<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats de cette étude: 1) valident les résultats antérieurs de la littérature selon lesquels les informations sur la gestion de la douleur sont très importantes pour les patients (Bradshaw et al., 1999; Chumbley, Hall et Salmon, 2002; Crawford-Sykes & Hambleton, 2001; Holmes, et</p>

	<p>Al., 2002; Hughes, et al., 2000; Jacobs, 2000, Lithner & Zilling, 1999, Orga-sawara, Kume, et Andou, 2003; Pentz, Lenzi, Holmes, Khan et Verschraegen, 2002); Et 2) fournir de nouvelles informations sur les domaines de la douleur et de la gestion de la douleur qui se sentent les plus importants.</p> <p>Les limites de l'étude : Cette étude est limitée par plusieurs facteurs: 1) la grande majorité des sujets étaient anglophones (parce que c'était l'un des critères d'inclusion); 2) il n'y avait que trois types chirurgicaux majeurs représentés dans l'échantillon; 3) tous les sujets étaient des chirurgies de jour; 4) la collecte de données était rétrospective; Et 5) les données ont été recueillies par un sondage téléphonique et, par conséquent, les sujets ont peut-être eu des distractions à la maison tout en répondant à l'enquête et ont toujours subi une douleur post-chirurgicale.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Les recommandations pour une étude plus approfondie seraient: 1) se développer vers un groupe de sujets hospitalisés pour obtenir une plus grande variété de procédures chirurgicales ainsi que des patients médicaux généraux; 2) inclure dans les relevés du questionnaire relatifs aux huit thèmes qualitatifs d'information sur la douleur supplémentaires trouvés dans cette étude; 3) expliquer la nature et la direction de l'association putative entre la durée de la douleur préopératoire des sujets (douleur chronique) et les «autres moyens de traiter ma douleur en plus des médicaments» et 4) inclure des sujets ayant une compétence limitée en anglais . Cette</p>

	<p>dernière étude est actuellement en cours par notre groupe de recherche.</p> <p>Les professionnels de la santé doivent se concentrer et améliorer leur éducation et leur conseil en gestion de la douleur dans ces domaines.</p> <p>Ce serait une avancée importante pour une équipe interdisciplinaire afin de développer un outil de conseil et d'enseignement qui pourrait être utilisé par un professionnel de la santé pour faciliter une discussion avec les patients et leurs familles sur le traitement préventif de la douleur et de la douleur. Un tel outil ne devrait pas être prescriptif ou normaliser l'enseignement, mais plutôt faciliter une discussion individuelle que le patient mènerait en fonction de ce qu'ils doivent savoir.</p>
--	---