

# **Fin de vie ; la peur de la mort des patients et le rôle infirmier**

**Revue de littérature étoffée**

Travail de Bachelor

Par

**Marion Ducarroz & Pauline Chenaux**

Bachelor 2012-2015

Sous la direction de Madame Aline Lambelet

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

8 juillet 2015

## **Résumé**

**But :** L'objectif de cette revue de littérature étoffée est d'identifier les interventions infirmières en lien avec l'accompagnement des patients adultes en fin de vie face à la peur de la mort.

**Méthode :** Il s'agit d'une revue de littérature étoffée. Les recherches effectuées sur différentes bases de données ont permis la sélection de 6 articles scientifiques qui ont été analysés à l'aide de deux grilles ; une de lecture et l'autre permettant l'analyse critique. Afin de faciliter la recherche d'article, plusieurs « *Mesh Terms* » ou « *CINAHLs descriptors* » ont été sélectionnés. Différents critères d'inclusions et d'exclusions ont permis de cibler le choix des articles scientifiques. De cette sélection, trois articles de devis quantitatif, deux de devis qualitatif et un de devis mixte ont été retenus.

**Résultats :** Six catégories principales apparaissent suite à l'analyse des articles scientifiques: les craintes exprimées, l'âge, le sexe, l'éthnicité et la religion en lien avec la peur de la mort. Deux interventions ont été relevées suite à l'analyse des résultats. Tout d'abord, trois interventions infirmières en lien avec la spiritualité puis une échelle permettant l'évaluation de l'anxiété face à la mort chez les patients en fin de vie.

**Discussion :** Les différents résultats sont mis en relation avec le cadre théorique de J.Watson. En effet, cette théorie permet d'effectuer des liens pertinents avec des situations de soins de fin de vie. Ce travail met évidence le manque de recherche en lien avec la gestion de la peur de la mort. C'est pourquoi l'infirmière peut se tourner soit vers les soins palliatifs, soit vers un livre proposant des diagnostics infirmiers afin de trouver des interventions adéquates à chaque situation. Ces interventions peuvent être transférables d'un milieu à l'autre.

**Conclusion:** Cette revue de littérature permet de s'intéresser à une problématique peu explorée dans la recherche. Des connaissances en lien avec les différentes craintes perçues en situation de fin de vie sont approfondies et des interventions infirmières sont mises en lumière afin de guider la pratique infirmière. Le traitement médicamenteux n'est pas à négliger. Cependant, il est primordial d'être attentif à la dignité, à l'autonomie, à la sécurité et à la compréhension de chaque situation chez la personne en fin de vie présentant des craintes.

**Mots-clés :** *Fear of death, Palliative Care, End of life, Nursing Intervention, Anxiety, Spiritual Support, Fear.*

### ***Remerciements***

Tout d'abord, nous tenons à remercier Madame Aline Lamblet, directrice de notre *Bachelor Thesis*, pour son investissement, ses conseils ainsi que sa grande disponibilité tout au long de cette démarche.

Nous souhaitons également adresser un grand merci à Monsieur Frédéric Fournier, infirmier responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs «Voltigo» pour le temps qu'il nous a accordé.

Nous remercions Madame Catherine Dubey pour son intérêt ainsi que son engagement dans le module de la recherche.

Enfin, nous remercions également toutes les personnes qui ont apporté un regard critique sur notre travail en effectuant des corrections.

## ***Tables des matières***

<b>Résumé .....</b>	<b>II</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>IV</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Problématique .....</b>	<b>9</b>
But et questions de recherches .....	13
<b>Cadre de référence .....</b>	<b>14</b>
Théorie de Jean Watson .....	15
Le concept du caring .....	15
Facteurs caratifs .....	16
Les concepts.....	21
La peur de la mort.....	21
L'accompagnement en fin de vie .....	22
<b>Méthodologie.....</b>	<b>24</b>
Argumentation du choix de devis .....	25
Critère d'inclusion .....	25
Critère d'exclusion .....	25
Stratégies de recherche .....	26
CINHAL .....	27
Stratégie 1 :.....	27
Stratégie 2 :.....	27
Stratégie 3 :.....	28
Stratégie 4 :.....	28
PUBMED.....	28
Stratégie 5 :.....	28
Demarche d'analyse et synthèse des données .....	30
<b>Résultats .....</b>	<b>32</b>
Catégorisation des résultats .....	33
Les craintes exprimées .....	33
L'âge .....	34
Sexe et ethnicité .....	35
Religion .....	35
Interventions infirmières en lien avec la spiritualité .....	36
Échelle d'évaluation de l'anxiété en fin de vie .....	37

Qualité des résultats .....	37
<b>Discussion .....</b>	<b>40</b>
Discussion des résultats .....	41
Craintes exprimées .....	41
L'âge .....	42
Sexe et ethnicité .....	43
Religion et interventions en lien avec la spiritualité .....	43
Echelle d'évaluation de l'anxiété en fin de vie .....	44
Réponse à la question de recherche .....	45
Recommandations pour la pratique infirmière .....	46
Besoins de recherches futures .....	48
Forces et limites.....	48
<b>Conclusion .....</b>	<b>50</b>
<b>Liste des références bibliographiques.....</b>	<b>53</b>
<b>Appendices .....</b>	<b>57</b>

***Liste des tableaux***

Tableau 1: Mots clés pour les bases de données .....	27
--	----

### ***Liste des figures***

Figure 1 : Hiérarchie des besoins selon la théorie du <i>caring</i> de Watson (Foucault, C, (2004), p.12) .....	19
Figure 2 :Flow Chart .....	29



« Chaque instant de la vie est un pas vers la mort », disait Corneille. C'est une évidence universelle et inévitable. La conscience de la mort va ainsi de pair avec la peur de la mort, une angoisse dont la langue ne cesse, au fil des siècles, de porter témoignage. (Gauthier, 2012)

## ***Introduction***

Lors de notre formation à la Haute École de Santé de Fribourg, nous avons eu l'occasion d'effectuer plusieurs stages en milieu de soins aigus. Chacune de nous a eu l'occasion de prendre en charge un patient en fin de vie. Ces situations n'ont pas été anodines et ni évidentes pour nous. Ainsi, l'accompagnement d'une personne en fin de vie est une étape à laquelle l'infirmière<sup>1</sup> est confrontée régulièrement. Les moyens médicamenteux pour soulager la douleur de ces patients sont souvent les premières interventions proposées par les médecins et appliquées par l'infirmière. Certes, cette prise en charge est efficace et importante. Pourtant, lors de nos expériences pratiques, nous avons pu observer que la douleur n'est pas la seule difficulté rencontrée lors d'une situation de fin de vie. En tant qu'étudiantes et futures diplômées, nous nous sommes questionnées sur les besoins des patients en fin de vie et des peurs qu'ils expriment face à la mort. N'y a-t-il pas d'autres moyens pour les accompagner?

Cette revue de littérature étoffée vise à faire un état des connaissances des interventions infirmières en lien avec les peurs des patients en situation de fin de vie en milieu de soins aigus.

Dans un premier temps, ce travail expose la problématique en lien avec la fin de vie et la peur des patients face à la mort ainsi que l'état actuel des connaissances en lien avec ce sujet. Puis, le cadre théorique est expliqué. Il s'agit de la théorie de Jean Watson. Les concepts de la peur de la mort ainsi que de l'accompagnement

---

<sup>1</sup> Le genre féminin est utilisé afin de faciliter la lecture, cependant il entend également le genre masculin.

en fin de vie sont définis. Par la suite, le chapitre de la méthodologie explique les stratégies de recherche puis, suivent les résultats. Pour finir, une discussion est proposée afin d'interpréter les résultats et de les mettre en relation avec le cadre théorique et les concepts choisis. Les limites des articles et de notre revue de littérature ainsi que les recommandations pour la pratique et la recherche clôturent ce chapitre. La conclusion reprend les éléments essentiels de notre travail.

## ***Problématique***

En Suisse, 50% à 60% des personnes meurent à la suite d'une maladie grave et évolutive, comme un cancer (Domenico Borasio, 2014). Cinq pourcent seulement de la population décèdent de manière brutale comme par exemple lors d'un accident ou d'une crise cardiaque (Domenico Borasio, 2014). À l'avenir, 30% à 40% des décès constatés Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS) (2012), la première cause de décès chez les hommes et les femmes est le cancer, soit 29.5% pour les hommes et 46.8% chez les femmes. La seconde cause de décès pour les hommes est une cause externe (27.3%). Tandis que pour le sexe féminin, il s'agit d'un autre diagnostic à 22.7%, outre les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les cancers, ainsi que la démence. Les autres diagnostics (23.3%) représentent la troisième cause de mortalité chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit des accidents ainsi que des morts violentes (16.3%).

Cette forte proportion de décès survenant en milieu hospitalier pose la question de la prise en soins de ces patients (Domenico Borasio, 2014). Cette situation ne risque pas de changer au cours des prochaines années, en vue de l'augmentation du nombre de décès en Suisse. D'ici 20 ans, il augmentera de 20'000 décès atteignant 80'000 décès par an (Domenico Borasio, 2014).

Certes, les hôpitaux suisses sont réputés pour être parmi les meilleurs au monde selon une comparaison tenant compte des faibles taux de mortalité infantile et de mortalité post-opératoire (Domenico Borasio, 2014). Cependant, la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie n'a pas été considérée dans ce classement (Domenico Borasio, 2014). En 2010, l'hebdomadaire britannique *The Economist* a effectué un classement basé sur l'indice de la « qualité de mort ». La

Suisse est classée au 19ème rangs, ce qui met en évidence les lacunes encore très présentes dans ce domaine (Murray, 2010).

En Suisse en 2012, 40% des individus sont décédés à l'hôpital (Les hôpitaux suisses, 2013). Pourtant, le désir d'une partie de la population suisse est de mourir à domicile (Domenico Borasio, 2014). Ceci est le vœu d'environ 73% à 90% des personnes selon l'enquête de 2009 de l'Office fédérale de la santé publique (OFSP). Cette possibilité est offerte seulement à une minorité de la population, car les peurs des patients face à la mort rendent ce désir parfois difficile à réaliser. Les craintes liées à la fin de vie peuvent altérer le vécu d'une « bonne mort » caractérisée selon le *Department of Health* (2008) par le confort, la liberté de la douleur, la rétention de contrôle, l'autonomie, l'indépendance, la dignité, le traitement en tant qu'individu et le respect. Selon Bowling et al. (2010) la peur de la mort augmente le nombre d'hospitalisations.

La mort suscite chez de nombreuses personnes des réactions irrationnelles. Cette étape de la vie est un élément qui ne peut qu'être imaginé, alimentant la peur de la mort (Domomenico Borasio, 2014). La peur, elle, est définie selon Doenges, Gessler-Murr et Moorhouse comme une « réaction à la perception d'une menace (réelle ou imaginaire) consciemment reconnue comme un danger ». (2012, p.689).

Penson et al. (2005) ont examiné, grâce à différents récits d'expériences récoltés auprès de patients, le processus de mort. Ils mettent en évidence une grande variété de craintes qui sont exprimées en fin de vie. Celles-ci sont fortes, individuelles et propres à chaque individu. Certaines personnes craignent la manière dont elles vont mourir, d'autres expriment une inquiétude vis-à-vis de leur disparition au sein de leur famille ou de questions organisationnelles du quotidien. D'autres encore expriment des craintes spirituelles relatives à la vie après la mort (Penson et al., 2005). Pour certains, la fin de vie est l'occasion de faire une

rétrospective de leur passé, de se préparer à la mort en toute sérénité, de fermer les yeux face à de vieux conflits ou de demander pardon (Penson et al., 2005). Pour d'autres encore, cette période est vécue comme un moment de détresse importante (Penson et al., 2005). Afin de surmonter cette détresse morale, certains patients en situation de fin de vie renouent avec la spiritualité (Penson et al., 2005). Cela devient alors une ressource leur permettant de mieux surmonter leurs angoisses et de donner un sens à cet événement (Domenico Borasio, 2014).

L'expérience de la fin de vie des patients est un processus vécu de manière différente chez chaque infirmière (Peters et al., 2013). Une étude a cependant démontré que plus l'infirmière possédait de qualifications dans ce domaine, par exemple, une spécialisation en soins palliatifs ou une expérience plus importante en soins infirmiers, moins elle éprouvait de crainte face à la prise en charge de patients en fin de vie (Peters et al., 2013). Cette même étude relève que l'attitude adoptée par l'infirmière envers le patient et sa famille peut avoir une influence sur le sentiment de peur.

Il faut toutefois relever que la question de fin de la vie est de plus en plus abordée par les équipes pluridisciplinaires avec les patients (Domenico Borasio, 2014). Les professionnels reconnaissent les vulnérabilités émotionnelles des patients liées à la fin de vie ce qui permet d'explorer les problèmes et les craintes de ces patients en fin de vie (Domenico Borasio, 2014). Le personnel infirmier a également un rôle très important dans les situations de fin vie en milieu hospitalier. Or, il se trouve parfois démuni face à la peur des patients, pas toujours exprimée et par conséquent non validée (Domenico Borasio, 2014). Davies et Higginson (2004) soulignent que la mise en place de stratégies pour l'accompagnement de fin de vie promue par l'éducation publique et les professionnels est très importante afin de diminuer les craintes et augmenter le nombre de décès à domicile. Ces stratégies



sont efficaces à condition que les craintes et les préoccupations soient comprises et prises en compte.

Ainsi, la mort est une étape de la vie qui est propre à chaque individu et qui engendre des réactions émotionnelles différentes, tant chez les patients que chez les infirmières (Peters et al., 2013). Les craintes exprimées face à la mort peuvent être de diverses natures (Domenico Borasion, 2014). Cependant, il s'agit d'une réaction tout à fait normale en lien avec une expérience qui est inconnue. Le nombre élevé de décès en milieu hospitalier démontre qu'il est nécessaire de se pencher sur cette problématique car cette émotion n'est pas toujours verbalisée et par conséquent prise en compte par le personnel infirmier (Domenico Borasio, 2014).

### **But et questions de recherches**

Le but de cette revue étoffée de littérature est d'identifier les interventions infirmières en lien avec l'accompagnement des patients adultes en fin de vie face à la peur de la mort.

La question de recherche est :

Quelles sont les interventions infirmières en soins aigus dans l'accompagnement des patients adultes en fin de vie qui expriment une peur face à la mort?

## ***Cadre de référence***

La théorie de Jean Watson, qui propose une hiérarchie des besoins de la personne dans la phase terminale d'une maladie, a été choisie comme cadre théorique pour ce travail. Différents éléments sont présentés dans un premier temps afin de rendre accessible cette approche. Puis, le concept central qui émerge de cette théorie est présenté: il s'agit du *caring*. Dans un troisième temps, les liens entre les facteurs caratifs les plus significatifs constituant le cadre théorique ainsi que le rôle infirmier dans des situations de fin de vie et de peur sont explicités.

### **Théorie de Jean Watson**

Cette théorie invite à sortir d'une approche de soins axée sur une évaluation quantitative, dans laquelle domine la composante instrumentale du rôle infirmier, en privilégiant une évaluation qualitative des soins (Foucault, 2004). Selon cette théorie, l'équipe infirmière utilise des facteurs caratifs afin de guider les soins aux patients (Bonnet, 1998). Ces facteurs sont fondés sur une philosophie humaniste caractérisée par la bonté, le respect de soi et des autres ainsi que la compassion. Ils ont pour but, selon les situations, de favoriser le rétablissement de la santé ou d'apporter une mort paisible à travers la démarche de soins (Bonnet, 1998). L'harmonisation de la personne entre son âme, son corps et son esprit est essentielle selon cette théorie (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2010).

### ***Le concept du caring***

Un concept émerge de cette approche : le *caring*. Selon Watson, « le caring dépasse la notion d'engagement professionnel. Il fait appel à une maturation personnelle chez l'infirmière qui l'incitera à protéger et à promouvoir la dignité de la

personne se trouvant sous ses soins. » (1985, cité dans Foucault, 2004, p.14). Selon cette approche, l'infirmière doit adopter une attention empathique à l'égard du vécu du patient et des sentiments des personnes mourantes (Foucault, 2004). Ce concept découle d'une alliance thérapeutique transpersonnelle, d'un maintien d'un espoir réaliste et d'un soutien, apportés aux malades et à ses proches dans leur cheminement personnel (Foucault, 2004). Le *caring* se compose de soins basés sur l'expérience et sur l'actualisation du potentiel de chaque personne dans le continuum de la vie, la maladie et la mort. Il vise également à fournir des soins infirmiers personnalisés en tenant compte des champs phénoménaux de chacun (perception que la personne a de sa situation) (Foucault, 2004).

### ***Facteurs caratifs***

Dix facteurs caratifs constituent le cadre conceptuel de la théorie de Waston (Bonnet, 1998).

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

Par exemple, dans la prise en soins des situations de fin de vie, l'infirmière doit prendre en compte les habitudes du patient, son environnement, sa culture, ses croyances et son entourage (Bonnet, 1998). La relation doit être construite sur un respect mutuel. Cette approche permet de tolérer les différences et de voir les autres à travers leur système de perception plutôt qu'à travers les valeurs propres aux soignants (Bonnet, 1998).

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

Ici, il s'agit pour l'infirmière de respecter et de soutenir le système de croyance du patient (Bonnet, 1998). Elle doit l'accompagner ainsi que l'encourager dans sa démarche spirituelle, si celle-ci est perçue comme un besoin. Les professionnels de la santé doivent porter une attention particulière au rôle des sentiments de croyance

et d'espoir dans la démarche de soins (Bonnet, 1998). Une alliance thérapeutique entre le professionnel de la santé, le patient ainsi que ses proches permet le maintien d'un espoir réaliste dans leur cheminement personnel selon Watson. (1985, cité dans Foucault, 2004, p.12 ). De plus, elle favorise l'acceptation des informations qu'ils reçoivent. L'infirmière accompagne le patient durant sa fin de vie dans le but que celui-ci se sente paisible (Bonnet, 1998).

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

Beaucoup de patients n'osent pas ressentir des émotions et par conséquent restent seulement au stade de la pensée (Bonnet, 1998). Afin de pouvoir faire émerger une sensibilité à soi et aux autres, il est crucial de reconnaître ses émotions et de ne pas s'interdire de les ressentir. L'infirmière favorise la prise de conscience des émotions ressenties par le patient ainsi que chez elle ; qu'elles soient perçues comme positives ou négatives sans y porter de jugement (Bonnet, 1998).

Les trois premiers facteurs caratifs fonctionnent ensemble et s'influencent de manière à faire émerger des changements positifs dans l'état de santé du patient en fin de vie (Bonnet, 1998).

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

Ce facteur signifie que l'infirmière adopte des attitudes ainsi que des comportements spécifiques visant la construction d'une relation d'aide et de confiance (Bonnet, 1998). La congruence, l'empathie, la chaleur humaine ainsi que la communication efficace sont des éléments phares dans ce facteur. La qualité de la relation avec une autre personne détermine l'efficacité de l'aide (Bonnet, 1998).

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

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

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

Il a été démontré que l'accroissement des compétences permet de diminuer les peurs ainsi que l'anxiété (Bonnet, 1998). L'apprentissage fait intégralement partie de la relation thérapeutique, c'est pourquoi il doit être valorisé ainsi que facilité. Ainsi, l'infirmière s'engage auprès du patient en fin de vie dans le but d'aider la compréhension des informations reçues et se porte disponible afin de répondre aux différentes questions (Bonnet, 1998).

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

Ce facteur apporte une grande importance au confort, à l'intimité, à la sécurité, à un cadre de vie propre ainsi qu'à l'esthétique de la personne soignée (Bonnet, 1998). Ici, l'infirmière porte une attention particulière à chacun de ces éléments en fonction des besoins du patient en fin de vie. Ces variables sont précieuses car elles peuvent modifier la vie et le bien-être du patient (Bonnet, 1998). Le besoin de sécurité est identifié comme un besoin primaire dans les situations de fin de vie par Domenico Borasio (2014).

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

Il s'agit d'une perspective indispensable à la compréhension des aspects primaires et secondaires de chaque besoin du patient (Bonnet, 1998). Le facteur souligne la singularité et l'identité de chaque personne.

Watson redéfinit la pyramide de Maslow en hiérarchisant quatre niveaux de besoins. Le niveau inférieur comprend deux catégories de besoins considérés comme fondamentaux : les besoins d'ordre biophysique et psychophysique (1985, cité par Foucault, 2004, p.11).

Ces derniers sont déterminants pour le bien-être psychologique de la personne et sa qualité de vie (Watson, 1985, cité par Foucault, 2004, p.12). Le niveau supérieur de la pyramide comprend les besoins d'ordre psychosociaux, d'actualisation de soi, tels que l'accompagnement, l'affiliation et la croissance personnelle.

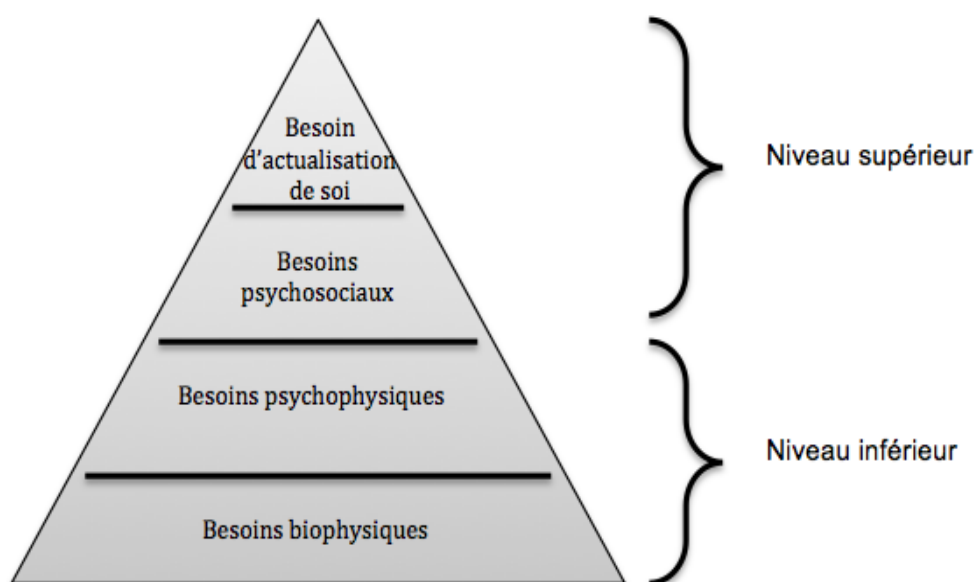


Figure 1 : Hiérarchie des besoins selon la théorie du *caring* de Watson (Foucault, C, (2004), p.12)

Watson invite chaque professionnel infirmier à porter une attention égale à chacun de ces besoins afin que la personne malade obtienne un niveau d'actualisation de soi susceptible de donner une signification à sa maladie, à sa souffrance et éventuellement à sa mort. Le besoin d'actualisation de soi de Watson,

qui englobe la spiritualité du patient, est un élément essentiel de la pyramide dans la phase terminale de la vie (1985, cité dans Foucault, 2004, p.12).

#### 10. La prise en compte de facteurs existentiels phénoménologiques.

Dans la pratique, l'infirmière doit considérer le patient dans toutes ces dimensions et prendre en compte les mécanismes d'adaptation des patients en fin de vie. Ces processus sont d'ordre biologique, psychologique ou social (Bonnet, 1998).

Watson rappelle que,

Cette philosophie de soins s'applique aussi bien aux interventions visant la guérison du malade qu'au soutien à lui apporter pour faciliter le passage de la vie à la mort et ainsi permettre d'aller au-delà de l'état d'impuissance des soignants devant l'inéluctable, c'est-à-dire lorsque la guérison n'est plus possible (1985, cité par Foucault, 2004, p. 14).



## **Les concepts**

Deux concepts ont été choisis afin de guider la compréhension de cette revue de littérature étoffée, soit l'accompagnement en fin de vie ainsi que la peur de la mort.

### ***La peur de la mort***

La peur est une émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger extérieur (Formarier & Jovic, 2012). Elle est liée à l'instinct de conservation par la prudence qu'elle génère et se manifeste par des réactions physiques : modification de la conductivité électrique cutanée (pilo-érection), de la tension musculaire, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire ainsi que de l'activité gastro-intestinale (Formarier & Jovic, 2012). Contrairement à l'angoisse ou à l'anxiété, la peur a toujours un objet précis et certaines fois, peut être maîtrisable (Formarier & Jovic, 2012). Ces deux adjectifs ont souvent été différenciés (l'angoisse étant plus intense que l'anxiété (Le Neurès & Siebert, 2011)).

Dans la société actuelle, la peur peut s'exprimer pour une simple crainte (peur de rater son train, peur de grossir) ou au contraire, pour une émotion intense (peur d'un diagnostic, d'un examen, de la mort) (Formarier & Jovic, 2012).

L'anthropologue Ernest Becker souligne que comme tous les autres animaux, les hommes sont terrifiés par tout ce qui pourrait conduire à la mort. Mais contrairement aux autres espèces animales, les êtres humains savent qu'ils vont mourir. Pourtant, ils ne peuvent supporter ce savoir. Becker ressort l'hypothèse que le déni de la mort est l'un des moteurs les plus forts de l'Homme (1975, cité dans Strenger, 2013, p.14).

Pour contrer cette vision de terreur l'être humain adopte deux fonctions ; la première est de fournir un sens à sa vie. La seconde est d'appartenir à un groupe

de valeur unique comme la religion, la nation ou la race. Ces deux fonctions renforcent l'estime de soi (Becker, 1975, cité dans Strenger, 2013, p. 14).

Dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, la peur peut avoir diverses origines (Sieber & Le Neurès, 2011). Pourtant, elle est souvent liée à la peur de la mort. Les patients s'imaginent de multiples scénarios qui engendrent de la peur; peur d'étouffer, de perdre conscience, d'être seul, peur de voir son corps se dégrader ou encore de ne pas avoir tout réglé avant de mourir (Siebert & Le Neurès, 2011).

### ***L'accompagnement en fin de vie***

Selon Phaneuf, « accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est d'être à ses côtés pour le soutenir. » (2013, p.141)

Une autre définition de l'accompagnement est présentée par Verpieren :

Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas (1984, cité dans Formarier & Jovic, 2012 ,p.42).

L'accompagnement de la personne en fin de vie est la base de la prise en charge des soins palliatifs (Le Neurès & Siebert, 2011). Les soignants entourent le patient ainsi que ses proches en faisant preuve d'empathie, de non jugement, de respect, d'authenticité et de disponibilité. Ces valeurs sont synonymes d'une prise en charge de qualité et de respect de la dignité du malade (Le Neurès & Siebert, 2011). L'infirmière qui accompagne une personne en fin de vie entend et reconnaît la crise existentielle que traverse le patient à travers ses symptômes et ses paroles exprimés ou non (Le Neurès & Siebert, 2011).

L'équipe soignante est présente et respecte les convictions et les croyances du patient en répondant à ses questions sans le devancer (Le Neurès & Siebert, 2011).

L'accompagnement exige certains critères comme l'implication dans une relation à l'autre (Mottaz, 2012, cité dans Formarier et Jovic, 2012, p.42). Afin d'être dans une posture d'accompagnement, il est essentiel de respecter le parcours ainsi que les idées de l'autre. Selon Mottaz, l'infirmière doit se montrer à l'écoute, disponible, et doit s'intéresser en premier lieu aux aspects positifs de la personne accompagnée. Elle valorise le patient et s'appuie sur ses ressources et compétences (2012, cité dans Formarier et Jovic, 2012, p.42).

## ***Méthodologie***

Ce chapitre comprend l'argumentation en lien avec le choix du devis, les critères d'inclusion et d'exclusion, les stratégies de recherche ainsi que les différentes étapes de cette revue de littérature étoffée.

### **Argumentation du choix de devis**

Pour ce travail, le choix du devis s'est porté sur la rédaction d'une revue de littérature étoffée. L'objectif premier de celui-ci est de répondre à une question de recherche à l'aide de différentes études déjà réalisées. Ce devis permet également d'acquérir des connaissances sur une problématique spécifique. Grâce à l'analyse de plusieurs recherches, un état des lieux des connaissances actuelles est effectué.

### **Critère d'inclusion**

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Articles scientifiques publiés durant les dix dernières années.
- Patients hommes et femmes adultes.
- Toutes maladies confondues.
- Peur de la mort face à la fin de vie.

### **Critère d'exclusion**

- Fin de vie à domicile.
- Etudes réalisées en pédiatrie.
- Sujet de fin de vie mais n'incluant pas la peur liée à la mort.

### **Stratégies de recherche**

Afin de répondre à la question de recherche, les bases de données telles que Medline/PubMed et CINAHL ont été consultées. Différents mots-clés ont été associés dans les bases de données. Ils sont présentés ci-dessous sous forme de tableaux.

Tableau 1

Mots-clés pour les bases de données

Français : Mots-clés	Anglais : MeSH Terms et CINAHL descriptors
Peur de la mort ou de mourir	<i>Fear of death and dying</i>
Soins palliatifs	<i>Palliative care</i>
Anxiété	<i>Anxiety</i>
Intervention infirmière	<i>Nursing care</i>
Support spirituel	<i>Spiritual support.</i>
Fin de vie	<i>End of life</i>
Peur	<i>Fear</i>

Les stratégies qui ont permis de sélectionner les 6 recherches en lien avec la problématique sont présentées ci-dessous.

**CINHAL****Stratégie 1 :**

« Fear of death and dying ». Pas de filtre

Résultats : 230 dont 2 retenus.

- Bath, D. M. (2010). Separation from loved ones in the fear of death. *Death Studies*, 34(5), 404-425.
- Bowling, A., Iliffe, S., Kessel, A., & Higginson, I. J. (2010). Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Postgraduate Medical Journal*, 86(1014), 197-202.

**Stratégie 2 :**

« Death and dying » Pas de filtre

Résultats : 28 dont 1 retenu

- Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., & Lo, C. (2015). Initial validation of the death and dying distress scale for the assessment of death anxiety in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 126-134.

### **Stratégie 3 :**

« fear of death », « nursing care » Pas de filtre

Résultats : 170 dont 1 retenu

- Tsai, J., Wu, C., Chiu, T., Hu, W., & Chen, C. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 344-351.

### **Stratégie 4 :**

« death and dying », « spiritual support » Pas de filtre.

Résultats : 34 dont 1 retenu

- Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 599-605.

## **PUBMED**

### **Stratégie 5 :**

« Religion » [MeSH Terms] AND « death » [MeSH Terms]. Pas de filtre.

Résultats : 148 dont retenu 1

- Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), 207-214.



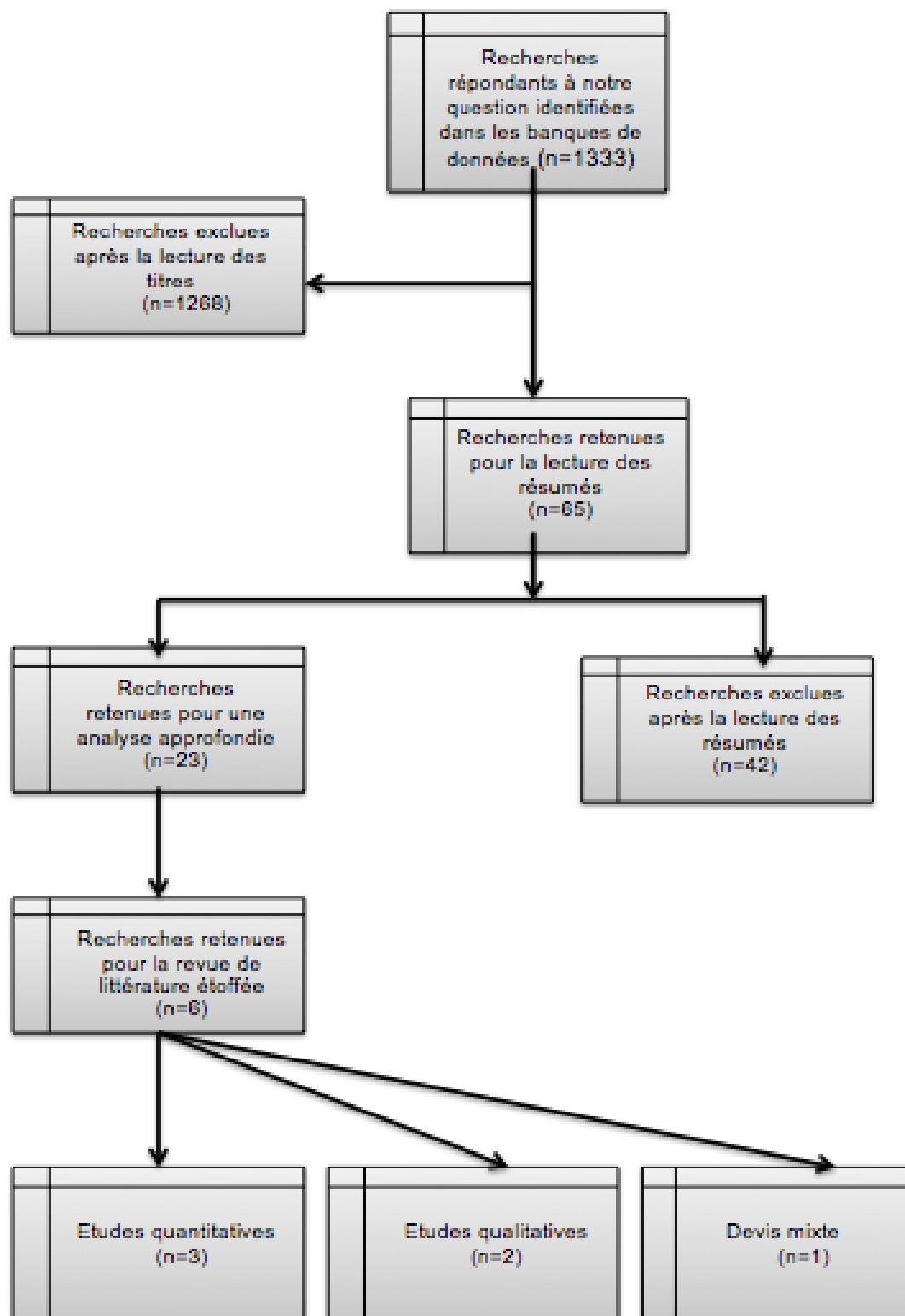


Figure 2 :Flow Chart

Une première sélection d'articles a été effectuée après la lecture du titre. Cette première stratégie a rapidement permis de choisir les articles pouvant potentiellement permettre de répondre à la question de recherche. Un second choix d'articles a été effectué après la lecture des résumés ainsi que des résultats. Tous les articles sélectionnés lors de cette deuxième étape ont été lus en entier et traduits.

La moitié des recherches retenues afin de rédiger cette revue de littérature se déroulent dans le milieu hospitalier contrairement à l'autre moitié. Ces recherches ont tout de même été sélectionnées car elles apportent des éléments importants de compréhension du sujet de la peur de la mort.

### **Demarche d'analyse et synthèse des données**

Afin d'analyser les articles choisis et d'effectuer une synthèse des données, deux grilles ont été utilisées pour chaque article.

Tout d'abord, la grille de lecture de Loiselle et Profetto-McGrath (2007). Elle permet d'effectuer une synthèse de l'article en présentant toutes les données mises en évidence en lien avec chaque partie de la recherche. Cette première grille permet la lecture des différentes parties qui constituent une recherche, tel que le résumé, l'introduction, la recension des écrits, le cadre conceptuel, les hypothèses, la méthodologie, les résultats, la discussion ainsi que des questions générales concernant l'article.

La deuxième grille est également de Loiselle et Profetto-McGrath (2007). Il s'agit d'une grille de lecture critique. Elle permet de donner un avis sur chacun des articles et facilite la prise de position concernant la qualité des recherches. La grille présente de légères modifications s'il s'agit d'une recherche qualitative, quantitative ou mixte. Plusieurs parties sont identifiées, similaires à la première grille. Ces

différentes parties sont évaluées comme complètes, incomplètes ou lacunaires.

Chaque choix est justifié à l'aide d'une argumentation.

## ***Résultats***

Un total de six articles scientifiques est retenu et analysé à l'aide des deux grilles mentionnées ci-dessus. Suite à cette analyse, une lecture minutieuse a été effectuée afin de catégoriser les résultats obtenues. Les différentes thématiques ressorties sont exposées en six catégories.

### **Catégorisation des résultats**

Différentes thématiques ont pu être identifiées suite à la lecture ainsi qu'à la synthèse des articles. Elles sont classées en fonction de leur nature. Six catégories peuvent être distinguées : les craintes exprimées, l'âge, le sexe, l'ethnicité, la religion, les interventions infirmières en lien avec la spiritualité ainsi qu'une échelle permettant l'évaluation de l'anxiété dans des situations de fin de vie. Les quatre premiers résultats constituent des éléments théoriques, tandis que les deux dernières proposent des interventions infirmières.

### ***Les craintes exprimées***

L'étude mixte de Bath (2010) s'intéresse à la séparation des êtres ainsi qu'à la peur de la mort. Ces résultats donnent un aperçu des craintes les plus exprimées chez une population d'élèves inscrits à un module d'introduction à la psychologie. L'âge moyen de l'échantillon est de 20.8 ans et comporte une tranche d'âge de 16 à 54 ans. Certains individus craignent l'incertitude de la mort en lien avec l'inconnu, un événement traumatisant comme une crise cardiaque ou un accident. D'autres craignent l'incertitude qui règne autour de la vie après la mort, ciel ou enfer, « où va l'âme ? » Le corps est-il mort physiquement ou spirituellement après ce passage dans l'inconnu ? La finalité de la vie est difficile à imaginer alimentant des craintes.

Si la mort frappe un jeune individu, le sentiment de vie non réalisée peut apparaître. L'accomplissement de ce qui est important pour lui prend beaucoup d'importance et un sentiment de regret peut naître. La peur de la mort peut également être associée à la perte d'un être cher ainsi que la douleur provoquée par cette perte dans son entourage. Un grand nombre d'individus craint la possibilité de mourir dans la douleur. La peur est intensifiée si la maladie est de longue durée. L'étude de Bowling et al. (2010) confirme ce résultat. Elle compare les craintes au sujet de la mort dans un échantillon représentant la population britannique âgée de 65 ans et plus, avec une ethnicité diverse, avec un échantillon de la population plus homogène de plus de 65 ans. La récolte de données s'est déroulée sous forme d'entretiens personnels ainsi qu'à l'aide de deux échelles : la première évaluant la peur de la mort et des mourants et la seconde s'intéressant à la qualité de vie chez les personnes âgées. Les résultats démontrent qu'une maladie de longue durée augmente la peur de la mort.

### ***L'âge***

L'âge avancé est un facteur protecteur contre la peur de la mort selon l'étude de Bowling et al. (2010). Cette étude met en évidence que les individus de l'échantillon Omnibus (ONS) qui représente une population âgée de 65 ans et plus en Grande-Bretagne, expriment moins de peur face à la mort, ce qui signifie peut être que les individus ont d'avantage accepté ce processus. Un même résultat est retrouvé par Wink et Scott (2005) qui s'intéresse à la relation entre la religion et la crainte de la mort et des mourants durant l'âge avancé. Cette étude qualitative a recolté des données à l'aide d'entretiens approfondis. Les thèmes sont abordés spécifiquement selon l'âge des individus.

Pourtant, l'étude de Tsai, Wu, Chiu, Hu et Chen (2005) s'intéressant à la peur de la mort et à la bonne mort parmi les jeunes (moins de 65 ans) et les personnes

âgées avec un cancer terminal à Taïwan, montre des résultats différents. L'équipe de soins palliatifs évalue la peur de la mort dans deux échantillons à l'admission, une semaine ainsi que deux jours avant la mort des patients pris en charge. Le premier échantillon est représenté par des individus de moins de 65 ans et le second par des individus de plus de 65 ans. Cette étude a mis en évidence que la peur était plus présente à deux jours de la mort chez les personnes âgées ( $p > 0,05$ ). Les résultats ne montrent pas de différence à l'admission ainsi qu'à une semaine avant le décès entre les deux groupes d'âge. Cette même recherche trouve une corrélation négative significative entre le score de la peur de la mort à une semaine après l'admission et « l'acceptation » ; critère de la sous-échelle de la bonne mort. Elle souligne que le niveau de peur de la mort des patients diminue sous la prise en charge globale dans un cadre palliatif.

### ***Sexe et ethnicité***

Selon l'étude de Bath (2010), les femmes montrent une plus grande crainte face à la peur de la mort que les hommes ( $p < 0.0001$ ). Elles expriment plus de craintes face à la mort que face à la perte de l'autonomie en fin de vie. Tandis que les hommes craignent d'avantage la mort des autres plutôt que leur propre mort ou encore la perte de leur autonomie.

Selon Bowling et al. (2010), l'ethnicité n'a pas été démontrée comme étant un facteur influençant la peur de la mort. Cependant, ils soulignent l'importance que les professionnels de la santé ne généralisent pas la peur face à la mort dans les différents groupes ethniques.

### ***Religion***

Wink et Scott (2005) mettent en évidence que les individus modérément religieux sont ceux qui craignent le plus la mort. Contrairement aux individus fortement

religieux qui la craignent moins. Les auteurs relèvent plusieurs facteurs influençant la peur de la mort tel que la satisfaction de vie, la classe sociale ainsi que la religiosité. Cette même étude démontre que la peur face à la mort régresse si la religion s'est installée durant l'âge adulte. Elle constate que les participants qui croient fortement en un au-delà mais qui sont peu religieux, sont le groupe qui craignent le plus la mort. Toutefois, les individus possédant des convictions de vie après la mort diminuent leurs peurs en comparaison à la population n'ayant ni conviction ni religion.

### ***Interventions infirmières en lien avec la spiritualité***

L'étude quantitative de Kisvetrovà, Klugar et Kabelka (2013) s'intéresse aux interventions les plus utilisées en lien avec le soutien spirituel auprès des patients présentant le diagnostic infirmier de « mort anxieuse » selon la Nursing Interventions Classifications (NIC) dans le Pays de la République Tchèque. Quatre cent soixante huit infirmières travaillant dans des services de soins palliatifs, d'oncologies, de gériatries, d'établissements de soins à long terme ainsi que d'établissements médicaux-sociaux (EMS) ont répondu à un questionnaire à échelle de Likert afin d'évaluer quelles sont les activités les plus proposées dans des situations de fin de vie avec le diagnostic infirmier « mort anxieuse ». Les résultats révèlent par ordre croissant trois interventions infirmières. La première intervention est « traiter un individu avec dignité et respect » (37,6%), la seconde correspond à « être disponible pour écouter les individus » (32,3%). La dernière traite du « soutien individuel de l'individu dans des moments de souffrances » (25,2%). Le deuxième résultat est confirmé par une autre étude de Nixon et Narayanasamy (2010) qui affirme qu'en soins palliatifs, l'écoute active aide le patient à exprimer ses émotions et à soulager son anxiété face à la mort. De plus, l'étude de Bowling et al. (2010)



confirme qu'il est important de permettre l'expression des craintes des individus dans les situations de fin de vie.

### ***Échelle d'évaluation de l'anxiété en fin de vie***

Une étude visant la validation de l'échelle de l'évaluation de l'anxiété face à la mort chez les patients atteints de cancer avancé, a été effectuée par Krause, Rydall, Hales, Rodin et Lo (2015). Celle-ci est composée de 15 items inspirés par des échelles d'anxiété de la mort déjà existantes. Elle peut être proposée dans des situations où l'espérance de vie de la personne malade est de plus de six mois. L'échelle confirme l'efficacité des interventions psychologiques ou sociales afin d'atténuer l'anxiété face à la mort, appliquées dans des situations de fin de vie. Plusieurs résultats sont mis en évidence. Tout d'abord, la mort anxieuse est associée à moins de préparation à la fin de vie ( $p < 0.0001$ ). Elle est corrélée positivement de manière significative à une anxiété généralisée ainsi qu'à des symptômes sévères de dépression ( $p < 0.0001$ ). Les items qui engendrent le plus haut score d'anxiété, sont dans l'ordre croissant: « courir après le temps », « ne pas avoir de futur », « ne pas avoir fait toutes les choses que je voulais faire » et « les opportunités manquées dans ma vie ».

### **Qualité des résultats**

Cette revue de littérature est constituée de six études scientifiques. Toutes ont été publiées il y a moins de dix ans. Les deux premières recherches sont de devis qualitatif, les trois suivantes de devis quantitatif et la dernière de devis mixte. Toutes les études sont écrites en anglais.

Les collectes de données des recherches qualitatives sont sous forme d'entretiens approfondis. De plus, l'une d'entre elle utilise différentes échelles, comprenant des questions ouvertes. Les échantillons sont de grandes tailles. La

première interroge 300 individus et la seconde 989. Dans l'une des études, le devis n'est pas clairement formulé. Ces deux études permettent d'avoir une vision plus élargie du thème afin de mieux comprendre les différentes interventions qui sont proposées dans d'autres études sélectionnées. Aucune mesure éthique n'a été prise en compte dans ces deux études, mise à part l'information des individus par rapport aux objectifs des études. Aucun cadre théorique n'a été traité.

Les trois études quantitatives utilisent différents moyens de récoltes de données : une sous forme de questionnaire et les deux autres à l'aide d'échelles. Les échantillons sont suffisants pour ces deux études. Cependant, l'étude de Krause et al. (2014) a un échantillon de seulement 59 personnes. Celle-ci a été approuvée par la recherche, mais susciterait de futures études avec un échantillon plus large. De plus, certaines données sont autodéclarées, ce qui peut affecter la fiabilité des résultats. Ces trois recherches ont permis à cette revue de littérature étoffée de mettre en lumière différentes pistes d'actions utilisées par les infirmières face à la peur de la mort chez les patients en fin de vie. Ces trois études ont été approuvées éthiquement. Cependant, aucun cadre conceptuel n'est abordé.

L'étude mixte a récolté des informations pertinentes face aux différentes craintes de la population face à la mort. Le devis est mentionné et la récolte de données s'effectue sous forme de questionnaires permettant des réponses qualitatives ainsi que quantitatives. Ces données sont recueillies de manière anonyme grâce à une adresse Web personnalisée. Aucun cadre théorique n'est présenté. Une faiblesse peut être perçue dans cette étude face au jeune âge de l'échantillon, qui a une moyenne de 20,8 ans. L'hypothèse formulée est que les résultats présentés peuvent varier en fonction de l'âge. Car à cette période de la vie, la question de la mort et de la peur est moins présente.

Les six études choisies ont toutes été réalisées dans des pays différents : Etats-Unies, Canada, Taïwan, Grande-Bretagne, Australie ainsi que République Tchèque. Cette caractéristique peut être vue comme une ressource ou comme une faiblesse. Grâce à cette diversité une vision plus globale du monde est intégrée. Pourtant, chaque pays, présente des différences culturelles ainsi la prise en soins peut varier et les résultats peuvent ne pas être directement généralisables d'un pays à l'autre.

## ***Discussion***

Ce chapitre permet de mettre en perspective les résultats obtenus, à l'aide du cadre théorique ainsi qu'aux éléments relevés dans la partie de la problématique. Puis, la réponse à la question de recherche est formulée. Par la suite, les implications dans la pratique infirmière sont abordées. Pour terminer, les besoins concernant les recherches futures sont évoqués ainsi que les forces et limites du travail de *Bachelor*.

### **Discussion des résultats**

Plusieurs éléments exposés dans le chapitre des résultats peuvent être mis en lien avec le cadre conceptuel du travail. Ceux-ci sont présentés en tenant compte des différentes thématiques exposées dans le chapitre des résultats.

### ***Craintes exprimées***

Les craintes face à la peur de la mort ont été mises en évidence dans l'étude de Bath (2010). Différentes thématiques sont ressorties comme principales : l'incertitude face à la mort, l'inconnu de la vie après la mort, la finalité de la mort, le sentiment de vie non réalisé, la douleur en fin de vie ainsi que la perte d'un être aimé. Ces résultats peuvent être mis en relation selon le cadre théorique de Watson. Ce qui implique que l'infirmière favorise la prise de conscience des émotions ressenties par le patient en fin de vie. Elle n'apporte aucun jugement de valeurs et accepte tant les émotions positives que négatives (Foucalt, 2004). Le champ phénoménal correspond à la réalité subjective de l'individu, ce qui comprend la perception qu'il a de sa propre situation. Elle est propre à chaque individu et par conséquent doit être considérée dans la prise en charge. Il est important que

l'infirmière reconnaisse ses propres émotions afin de faire émerger une sensibilité à soi et aux autres (Foucault, 2004).

### ***L'âge***

Deux hypothèses apparaissent suite à la découverte des résultats contradictoires. Une étude affirme que les personnes âgées ont moins peur de la mort tandis que l'autre atteste du contraire. Wink et Scoot (2005) soulignent que les personnes plus âgées ont vécu plus d'événements négatifs, tels que des pertes ou des maladies durant leur vie, ce qui influencent leur peur face à la mort. La deuxième hypothèse est formulée par Tsai et al. (2005). Les auteurs pensent que les interventions en lien avec la peur de la mort ont plus été proposées chez les jeunes individus car ils présentaient une détresse significative à leur admission. Le besoin d'interventions chez les personnes plus âgées en lien avec la peur de la mort a alors été moins pris en considération. Cependant, cette étude ne mentionne pas spécifiquement quelles interventions ont été mises en place. C'est pourquoi, il est impossible d'évaluer leur degré d'efficacité.

De plus, les résultats de l'étude de Tsai et al. (2005) s'intéressant à la peur de la mort et de la bonne mort parmi les jeunes (de moins de 65 ans) et les personnes plus âgées avec un cancer terminal à Taïwan, sont à prendre avec prudence car les patients n'ont pas évalué eux-même leurs peurs. L'observation globale a été effectuée par l'équipe de soins palliatifs. Selon Steihauser, Clipp et Tulskey (2002), cette méthode n'est pas un bon indice de sentiment subjectif chez le patient.

Dans une prise en charge orientée par la théorie de Watson, il est indispensable que l'infirmière reconnaisse grâce aux différents symptômes et paroles exprimés la crise existentielle que le patient traverse qu'il soit jeune, plus âgé, homme ou femme. Elle fournit également un soutien aux proches.

### ***Sexe et ethnicité***

Bowling et al. (2010) n'ont pas démontré de manière significative que l'ethnicité est un facteur influençant la peur de la mort. Cependant, ils soulignent l'importance que les professionnels de la santé ne généralisent pas la peur face à la mort dans les différents groupes ethniques. De même, Watson transmet à travers le premier facteur caratif le besoin de considérer les habitudes, l'environnement, la culture, les croyances ainsi que l'entourage du patient dans sa prise en charge.

### ***Religion et interventions en lien avec la spiritualité***

Wink et Scoot (2005) partagent différents résultats s'intéressant au lien entre la religion et la peur de la mort. Selon Shih et al. (2009), le soutien spirituel offre une perspective sur une fin de vie naturelle et aide à surmonter la peur de l'inconnu et de l'anxiété face à la mort. De plus, Tsai et al. (2005), soulignent l'importance d'apporter une attention particulière à la communication avec les familles, de respecter leur autonomie ainsi que de promouvoir la spiritualité du patient.

Les infirmières participant à l'étude concernant les interventions de soutien spirituel pour les patients souffrant d'anxiété face à la mort dans la phase finale de la vie, indiquent que la réalisation des activités a été limitée par certains facteurs (Kisvetrovà, Klugar & Kabelka, 2013). Elles citent comme éléments influençant la réalisation des interventions : les compétences, la religion, la vie privée, le temps ainsi que la gestion du travail.

Les besoins concernant la religion ou la spiritualité apparaissent dans la théorie de Watson. Selon la pyramide de Maslow, adaptée par Watson (voir Figure 1), les besoins d'ordre psychosociaux et d'actualisation de soi sont considérés de la même manière que les besoins biophysiques et psychophysiques. La méditation, la prière ainsi que la pratique d'une religion font partie intégrante des besoins d'actualisation

de soi. (Foucault, 2004). Chacun de ces besoins influencent la qualité de vie du patient. C'est pourquoi un non-accomplissement de l'un d'entre eux entrave l'actualisation des autres. Par exemple, les notions de spiritualité sont à prendre en compte, autant que les besoins de repos et d'activités (besoins psychophysiques) (Foucault, 2004).

Différentes pistes d'interventions infirmières sont ressorties dans la thématique en lien avec la spiritualité. Le concept du *caring* de Watson peut guider l'infirmière dans sa prise en soins. Elle est encouragée à adopter une philosophie de soin humaniste qui vise à protéger et à promouvoir la dignité de la personne (Foucault, 2004). Les attitudes et les comportements de l'infirmière visent à la construction d'aide et de confiance. De ce fait, l'empathie, la congruence, la chaleur humaine ainsi que la communication efficace sont encouragées (Foucault, 2004).

### ***Echelle d'évaluation de l'anxiété en fin de vie***

L'infirmière a un rôle considérable auprès du patient lors de l'évaluation d'une problématique. Le septième facteur caratif de Watson « Promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel » insiste sur le rôle de l'infirmière dans l'apprentissage des connaissances du patient. La bonne compréhension des différentes informations reçues par le personnel soignant influence positivement le niveau de peur et d'anxiété. De plus, elle réduit le stress de l'individu et procure un équilibre (Bonnet, 1998). En fonction des besoins du patient, l'infirmière peut reformuler, expliquer ou encore valider la compréhension.

Ainsi, tous ces éléments peuvent guider les infirmières dans leur pratique en lien avec la peur de la mort dans des situations de fin de vie dans un service de soins aigus. Les premiers éléments exposés dans le chapitre des résultats confirment que la peur de la mort est propre à chacun et ne permet aucune généralité. Il est



important de constater qu'il n'y a aucune intervention « miracle » ou « juste ». Peu d'articles ont proposé des interventions claires, prouvant leur efficacité face à la peur de la mort. L'investissement de l'infirmière dans chaque situation ainsi que son attitude jouent un grand rôle en lien avec la peur de la mort chez les patients en fin de vie.

### **Réponse à la question de recherche**

La question de recherche de cette revue de littérature étoffée avait comme but d'identifier les interventions infirmières en lien avec la peur de la mort chez les patients adultes en fin de vie dans un milieu aigu. Les résultats obtenus à partir de plusieurs articles qualitatifs ont permis de développer une vision holistique des différentes peur en lien avec la mort. Ils ont permis de faire des liens entre l'âge, l'ethnicité, le sexe, la religion et la peur de la mort.

D'autres articles quantitatifs et mixte ont mis en lumière les interventions infirmières en lien avec l'évaluation de la peur de la mort et avec la spiritualité.

Tout d'abord, les trois interventions spirituelles relevées le plus fréquemment par les infirmières sont les suivantes :

- « traiter un individu avec dignité et respect »
- « être disponible pour écouter des individus »
- « soutien individuel de l'individu dans des situations de souffrance »

De plus, l'échelle Death and Dying Distress Scale (DADDS) (Lo et al., 2011), permettant l'évaluation de l'anxiété en fin de vie peut être proposée. Elle permet l'évaluation des interventions mises en place pour la réduction de l'anxiété face à la mort des patients en fin de vie. Cependant, cette échelle est proposée pour une

population avec un diagnostic de cancer avancé en phase terminale. Ce qui signifie qu'elle n'est pas applicable de façon générale à toutes les situations de fin de vie.

### **Recommandations pour la pratique infirmière**

Cette revue de littérature étoffée permet de constater que la peur de la mort est une problématique présente dans bon nombre de situations de fin de vie et qu'elle varie fortement d'une personne à l'autre. Les recherches sélectionnées ont également permis de constater que les infirmières ne réagissent pas toutes de la même manière dans la prise en soins des personnes en fin de vie et peuvent elles aussi être gagnées par de l'inquiétude, de l'anxiété, de la peur ou même la peur de la mort. La théorie de Watson préconise que l'infirmière accepte ses propres émotions et ressentis face aux différentes situations (Foucault, 2004). Ainsi, malgré le ressenti de l'infirmière, il est primordial que des interventions en lien avec la peur de la mort soient proposées. Le manque d'interventions significatives dans la recherche peut être un frein pour la pratique infirmière.

Actuellement, la formation *Bachelor* en soins infirmiers guide les professionnels dans leur pratique grâce à l'utilisation du livre « *Diagnositcs infirmiers* » (Doenges et al., 2012). Il répertorie plusieurs interventions infirmières avérées pertinentes dans la prise en charge des patients. En lien avec cette problématique, le diagnostic infirmier « angoisse face à la mort » donne des pistes afin d'évaluer les facteurs permettant d'aider la personne à faire face à la situation et de favoriser l'autonomie. (Doenges et al., 2012). Un deuxième diagnostic infirmier propose des interventions afin d'agir contre l'anxiété en l'évaluant auprès du patient, en l'aidant à discerner ses sentiments ainsi qu'à faire face à ses problèmes et pour finir, en lui donnant un enseignement visant le mieux-être (Doenges et al., 2012). D'autres problématiques en lien avec la peur de la mort peuvent être retrouvées comme; le deuil, la peur, la

détresse spirituelle ainsi que le risque d'atteinte à la dignité humaine (Doenges et al., 2012) .

De plus, différentes ressources en milieux de soins aigus peuvent être utilisées afin de proposer des interventions adaptées à chaque individu en lien avec la peur de la mort en milieu aigu comme par exemple les soins palliatifs.

En Suisse, la Confédération s'est positionnée en faveur du développement de la médecine palliative. Cette décision prise en 2009 et mise en fonction en 2010 a fortement dynamisé les structures des soins palliatifs dans le pays (Domenico Borasio, 2014). Dans les hôpitaux, des unités de soins palliatifs se sont mises sur pieds. Il s'agit d'unités de soins aigus intégrées au sein de l'hôpital. Les équipes de soins palliatifs regroupent des médecins, des infirmières, des assistants sociaux, des psychologues ainsi que des aumôniers (Domenico Borasio, 2014). Le but de ces unités n'est pas d'accompagner les patients en phase terminale, mais de faire face aux situations de crises auxquelles ils sont confrontés. Ainsi, par la suite ils pourront être transférés à domicile, où la plupart des personnes désirent décéder. (Domenico Borasio, 2014). De plus, il existe en Suisse des unités de soins palliatifs, travaillant selon le modèle des hospices anglais qui accompagnent des patients jusqu'au décès (Domenico Borasio, 2014). La troisième catégorie de soins palliatifs est intra-hospitalière. Une unité de soins palliatifs est intégrée à l'hôpital et est appelée à collaborer avec d'autres unités où des patients incurables y sont hospitalisés. Ces consultations intra-hospitalières permettent d'optimiser le traitement de la douleur et des symptômes et d'éviter des mesures thérapeutiques inutiles (Domenico Borasio, 2014).

### **Besoins de recherches futures**

Cette revue de littérature étoffée a permis de constater que peu de recherches ont évalué l'efficacité des interventions auprès de patient en fin de vie souffrant de la peur de la mort. Cependant, il s'agit d'une problématique actuelle qui est rencontrée régulièrement dans les unités soins. Il est évident que cet événement est unique et propre à chacun. Ce constat peut amener à la formation d'une hypothèse : les auteurs ne souhaitent peut être pas s'immiscer dans ce moment de la vie qui est particulièrement intime et survenant juste avant la séparation de l'être cher. De plus, de nombreux facteurs entrent en compte et influencent la peur de la mort. Cela explique peut être aussi pourquoi il n'y a que très peu d'interventions qui ont été testées grâce aux recherches.

Il serait pertinent de s'intéresser aux interventions infirmières en lien avec la peur de la mort chez des patients en fin de vie dans un service de soins aigus car la recherche ne s'est pas encore beaucoup penchée sur cette problématique.

### **Forces et limites**

Une des forces de notre travail de *Bachelor* est l'intérêt que nous portons au sujet, tant pour son actualité que pour son omniprésence dans notre pratique de future professionnelle. Malgré la difficulté à trouver des articles répondant à notre question de recherche, nous avons préféré persévérer car le sujet nous tient à cœur. Les données qualitatives présentées concernant la peur de la mort en fin de vie permettent de comprendre l'importance de s'y attarder.

Les six recherches scientifiques sélectionnées n'ont malheureusement pas permis de proposer des interventions infirmières qui ont été confirmées par d'autres auteurs. De plus, les interventions spirituelles suggérées par les infirmières n'ont pas permis l'évaluation de l'efficacité auprès du patient. Il faut souligner que nous avons

rencontré des difficultés à trouver des articles proposant des interventions concrètes en lien avec la peur chez les personnes en fin de vie. De ce fait, peu de nos recherches se déroulent dans le milieu des soins aigus, contexte auquel nous nous sommes particulièrement intéressées. Cependant, il est évident que les interventions infirmières proposées dans cette revue de littérature étoffée peuvent être transférées d'un milieu de soins à un autre.

De langue maternelle française, notre niveau d'anglais ne nous permettait pas une compréhension parfaite des articles scientifiques, tous écrits en anglais. C'est pourquoi nous avons dû avoir recours à des dictionnaires, sites de traduction ainsi qu'à l'aide d'une personne maîtrisant parfaitement l'anglais. La fiabilité des analyses en est diminuée, en raison de possibles omissions ou erreurs non-volontaires de notre part. De plus, la catégorisation des thématiques a été faite de manière personnelle, en fonction des éléments qui semblaient pertinents et significatifs. Cependant, d'autres thématiques auraient pu être développées.

## ***Conclusion***

Ce travail de littérature étoffé a été spécialement intéressant grâce à son thème encore très peu exploré. L'approfondissement des connaissances en lien avec la peur de la mort a pu répondre à certaines interrogations et a permis une prise de confiance face à de telles situations. Certes, il est primordial de continuer à prendre en compte les aspects médicamenteux dans l'accompagnement des patients en fin de vie, cependant, il faut apporter une attention particulière à la dignité, à l'autonomie, à la sécurité, à la compréhension de chaque situation chez la personne en fin de vie présentant différentes craintes.

Les résultats permettent la mise en lumière de certaines interventions infirmières en lien avec la spiritualité et le diagnostic de « mort anxieuse » (Doenges et al., 2012). De plus, une échelle, la DADDS, évaluant l'anxiété face à la mort chez les patients en phase terminale d'un cancer peut être utilisée dans le but d'évaluer l'efficacité des interventions psychologiques et sociales (Krause et al., 2015).

Le cadre théorique de Jean Watson qui a guidé ce travail de *bachelor* ainsi que les deux concepts choisis ; la peur de la mort et l'accompagnement en fin de vie ont été d'une très grande ressource. La redéfinition de Watson de la pyramide des besoins de Maslow, a développé une prise de conscience que les aspects psychosociaux ainsi que d'actualisation de soi sont tout aussi important dans la prise en charge de patients en fin de vie que les aspects d'ordres biophysiques et psychophysiques. Cette notion est très importante et montre que de telles situations méritent d'être traitées dans leur globalité et de manière pointilleuse.

L'élaboration de cette revue de littérature, a permis de se familiariser avec les différentes bases de données. Actuellement, la recherche d'études scientifiques est

plus efficace. De plus, il est plus aisé de reconnaître des études de qualité grâce à l'utilisation des deux grilles d'analyses scientifiques. L'acquisition de savoirs théoriques, scientifiques, méthodologiques et réflexifs ont également été utiles et le resteront par la suite.

En conclusion, l'accomplissement de ce travail de bachelor a permis de reconnaître les ressources ainsi que les difficultés de chaque auteur. Cette réflexion a permis une bonne collaboration afin d'être le plus efficace dans l'élaboration de cette revue de littérature étoffée.



### ***Liste des références bibliographiques***

- Bath, D. M. (2010). Separation from loved ones in the fear of death. *Death Studies*, 34(5), 404-425.
- Bonnet, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Jean Watson. Paris, France : Seli Arslan.
- Bowling, A., Iliffe, S., Kessel, A., & Higginson, I. J. (2010). Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Postgraduate Medical Journal*, 86(1014), 197-202.
- Davies, E., Higginson, I. (2004). *Palliative care. The solid facts*. Copenhagen, Norvège: World Health Organization.
- Department of Health (2008). *End of life care strategy*. London: DoH.
- Doenges, M. E., Gessier-Murr, A., & Moorhouse, M. F. (2012). *Diagnostics infirmiers et interventions: Guide pratique* (3<sup>ème</sup> éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Domenico Borasio, G. (2014). *Mourir, ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer*. Suisse : Collection Le Savoir Suisse.
- Foucault, C. (2004). *L'art de soigner en soins palliatifs, Perspectives infirmières*. Montréal, Canada : Les presses de l'Université de Montréal.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon. France : Mallet Conseil.
- Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses (2013). *Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses*. Repéré à <http://www.hplus.ch/>
- Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 599-605.
- Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., & Lo, C. (2015). Initial validation of the death and dying distress scale for the assessment of death anxiety in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 126-134.
- Le Neurès, K., & Siebert, C. (2010). *Soins de confort et de bien-être : unité d'enseignement*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., & Rodin, G. (2011). Measuring death-related anxiety in advanced cancer: preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, 140-145.

- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, Canada : ERPI.
- Murray, S. (2010). The Quality of death: Ranking end-of-life care across the world. *Economist Intelligence Unit*, p.11.
- Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro- oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2259-2370.
- Office Fédéral de la santé publique (2014). *Actualité OFS : statistique suisse des causes de décès*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5819>
- Office Fédéral de la santé publique (2015). *Statistique suisse :Mouvement de la population—indicateurs espérance de vie*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index>
- Office Fédéral de la santé publique (2015). *Statistique suisse : Sondage soins palliatifs*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/13794/index.html?lang=fr>
- Penson, R., Partitge, R., Shah, M., Giansiracusa, D., Chabner, B. & Lynch, T., (2005) Fear of Death. *The Oncologist*, 10(2), 160-169.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 152-159.
- Phaneuf, M. (2013). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Shih, F., Lin, H., Gau, M., Chen, C., Hsiao, S., Shih, S., & Sheu, S. (2009). Spiritual needs of Taiwan's older patients with terminal cancer. *In Oncology Nursing Forum* (Vol. 36, No. 1, pp. 31-8).
- Steinhauser, K., Clipp, E., & Tulsky, J. (2002). Evolution in measuring the quality of dying. *Journal of Palliative Medicine*, 5(3), 407-414.
- Strenger, C. (2013). *La peur de l'insignifiance nous rend fous*. Repéré à [https://books.google.ch/books?id=9uCgBgAAQBAJ&pg=PT17&lpg=PT17&dq=L'anthropologue+Ernest+Becker+la+peur+de+la+mort&source=bl&ots=QY-mQTu91L&sig=HQV\\_GbnlygYIPfrbpc3eNup1Uvg&hl=fr&sa=X&ei=YPKHVejrBYGyU\\_HYgfAM&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=L'anthropologue%20Ernest%20Becker%20la%20peur%20de%20la%20mort&f=false](https://books.google.ch/books?id=9uCgBgAAQBAJ&pg=PT17&lpg=PT17&dq=L'anthropologue+Ernest+Becker+la+peur+de+la+mort&source=bl&ots=QY-mQTu91L&sig=HQV_GbnlygYIPfrbpc3eNup1Uvg&hl=fr&sa=X&ei=YPKHVejrBYGyU_HYgfAM&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=L'anthropologue%20Ernest%20Becker%20la%20peur%20de%20la%20mort&f=false)

- Tsai, J. S., Wu, C. H., Chiu, T. Y., Hu, W. Y., & Chen, C. Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 344-351.
- Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), 207-214.

## ***Appendices***



## ***Appendice A***

### ***Déclaration d'authenticité***

« Nous déclarons avoir réalisé nous-mêmes ce travail conformément aux directives imposées par la Haute École de Santé de Fribourg. Les références aux divers auteurs et documents intégrés dans cette revue de littérature sont identifiés et nommés de manière précise. »

Marion Ducarroz et Pauline Chenaux



### ***Appendice B***

#### **Grilles d'analyses et de lectures des six articles scientifiques**

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. <i>The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences</i> , 60(4), 207-214.  L'influence de la religiosité sur la peur de la mort à l'âge adulte.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Le résumé contient une première partie d'introduction avec l'énoncé des deux hypothèses. Puis, des résultats sont présentés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			L'objectif est de tester deux hypothèses rivalisantes quant à la relation entre la religion et la crainte de mort et des mourant dans le dernier âge adulte. <ul style="list-style-type: none"> <li>La première hypothèse prévoit la présence d'une relation linéaire entre la crainte peur de la mort et la religiosité (Cicirelli, 2002).</li> <li>La deuxième hypothèse prétend la présence d'une relation plus complexe. Elle reflète la découverte que la peur de la mort est la plus haute parmi les individus modérément religieux (Nelson &amp; Cantrell, 1980).</li> </ul>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits est un point fort de cette article. Beaucoup de données sont exposées concernant les connaissances actuelles.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun concept ou théorie n'est expliqué.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>La première suppose une relation négative linéaire entre le fait d'être religieux et la peur de la mort.</li> <li>La deuxième prétend une relation curviligne dans laquelle les individus avec de fortes ou faibles croyances avaient plus peur de la mort que ceux qui sont moyennement religieux.</li> </ul>
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui, des recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis est qualitatif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est bien décrit.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		La taille de l'échantillonnage est plutôt petit. Trois cents personnes ont participé à au moins une des trois évaluations. Tout le monde n'a pas pu finir l'étude à cause d'un décès, d'une déficience cognitive, certain ne souhaitaient plus y participer ou d'autres n'étaient plus joignables.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des entretiens ont été effectués avec les patients. Ils ont également rempli des questionnaires sur plusieurs thèmes en fonction de leur âge.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont décrites de manière claires et précise. Plusieurs thèmes sont évalués : la peur de la mort et de mort, la religiosité, la conviction après la mort, la satisfaction de vie, le

					soutien social, les événements de vie négatifs ainsi que la classe sociale.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	La procédure de recherche est bien détaillée. Tous les sujets traités sont exposés. Peu d'informations concernant les mesures prises en lien avec l'éthique.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui, des analyses statistiques ont été entreprises afin de répondre à chacune des hypothèses.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Plusieurs graphiques et tableaux sont présents afin d'exposer les résultats. Ils apparaissent sur les tableaux et sont expliqués dans le texte.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Aucun cadre théorique ni de cadre conceptuel n'est présenté. Seulement des recherches antérieures. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon Leming (1980), qui a des résultats semblables, les individus très religieux craignent moins la mort. Ils interprètent la mort comme très significative et tirent le confort supplémentaire de la perspective d'être réunis après la mort avec leurs proches. Les non-religieux ont plus peur de la mort car ils sont inquiets en lien avec la perspective d'être séparés de leurs familles et amis.</li> <li>• Le fait que la peur de la mort a été rattachée négativement à la satisfaction de la vie, suggère que l'inquiétude du processus et de l'irrévocabilité de mort peut refléter un sentiment général de mécontentement (Fortner &amp; Amp : Neimeyer, 1999).</li> <li>•</li> </ul>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Différentes études à ce sujet ont déjà été réalisées. Cependant, elles n'abordent pas toujours les mêmes résultats. C'est un sujet qui est encore à travailler.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cette étude doit être mise en lien avec d'autres études pour être vraiment représentative.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				Il est important de comprendre pourquoi quelques études signalent une relation linéaire significative alors que d'autres trouvent une relation curviligne entre le fait d'être religieux et la peur de la mort. Ces différences sont-elles dans la dénomination religieuse, l'idéologie religieuse, ou reflètent-elles des différences dans les caractéristiques démographiques générales des échantillons ? Cette étude ajoute une nouvelle perspective à l'enquête en cours : des liens entre le fait d'être religieux et la peur de la mort.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et détaillé. Chaque chapitre est clair et contient toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants	X			Les résultats peuvent être considérés dans la pratique. Cependant, il faut les prendre avec

	susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				précaution car d'autres études ne montrent pas les mêmes résultats.
--	--	--	--	--	---

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. <i>The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences</i> , 60(4), 207-214.
Résumé	L'étude utilise des données longitudinales pour étudier la relation entre la religiosité et la peur de la mort lors de la fin de vie. Elle n'a pas trouvé de relation linéaire entre la religiosité et la peur de la mort. Les personnes qui sont modérément religieuses craignent plus la mort que les personnes qui sont soit très religieuses ou soit très peu. La peur de la mort est une caractéristique des participants qui n'avaient pas de congruence entre la croyance dans un au-delà et les pratiques religieuses. L'étude a reproduit la relation curviligne entre la peur de la mort et de la religiosité et la fin de l'âge adulte avec la religiosité, des variables sociodémographiques, la satisfaction de vie, le soutien social et les facteurs de stress. Les participants plus âgés qui ont vécu plus de décès et de maladie craignaient moins le processus que les participants plus jeunes. Les résultats soutiennent l'hypothèse que la fermeté et la cohérence de croyance et de pratique, plutôt que la religiosité en soi, est un tampon contre l'anxiété et la mort dans la vieillesse.
Introduction Enoncé du problème	L'objectif de cette étude est de tester deux hypothèses rivalisantes quant à la relation entre la religion et la crainte de la mort et des mourants durant l'âge avancé.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>La religion fournit non seulement le confort dans les moments de souffrance et de stress (Pargament, 1997) mais aussi, du moins dans le cadre du christianisme, offre une promesse de vie après la mort et des retrouvailles avec les bien-aimés (Leming, 1980).</li> <li>Les formes traditionnelles de religiosité peuvent supprimer la peur de la mort en apportant un soutien social à travers la fréquentation de l'église (Ellison et George, 1994) ou l'appartenance à des congrégations religieuses (McCoy ; Pyszczynski ; Solomon et Greenberg, 2002).</li> <li>Si la vieillesse est une époque où les inquiétudes sur le sens des gains de vie sont saillantes (Erikson ; Erikson et Kivnick, 1986), la religion peut fournir un tampon particulièrement efficace contre l'anxiété de mort (Lifton, 1973).</li> <li>Il y a une documentation importante concernant l'association négative entre la peur de la mort et la croyance religieuse. Elle est mesurée par l'importance de la religion dans la vie d'une personne, la croyance en Dieu et en un au-delà enrichissant (Fortner &amp; Neimeyer, 1999).</li> <li>L'hypothèse d'une relation plus complexe entre la religion et la peur de la mort est basée sur les études faisant état d'une relation curviligne, plutôt que linéaire. Elle associe que les individus qui sont soit croyants ou non à une religion ont moins peur de la mort que les personnes qui sont modérément religieux (Downey, 1984 ; Leming, 1980 ; Mc Mordie, 1981 ; Nerson et Cantrell, 1980 ; Smith, Nehemkis &amp; Charter, 1983-1984).</li> <li>La relation entre la religiosité et l'anxiété de mort est médiée par une perception que la vie est significative et que l'anxiété de mort est liée à des croyances contradictoires concernant la mort et la vie après la mort ainsi que par l'absence d'une philosophie personnelle de la mort (Wong, 2000).</li> <li>Bien que la religiosité fournit des réponses précises aux dilemmes de l'existence humaine et qu'elle offre aux individus un sentiment de prévisibilité et de contrôle sur leur vie (Leming, 1980), la même chose peut être dite d'une idéologie laïque assumant la finalité de la vie (Alexander, 1959 ; Alderstein, 1959 ; Kalish, 1981 &amp; Neimeyer, 1994).</li> <li>Une vue cohérente de la mort et d'un au-delà peut réduire l'anxiété de la mort. Une attitude incompatible peut augmenter la peur de la mort, soit en ouvrant la possibilité de la vie après la mort sans fournir la certitude de sa réalisation, ou en soulevant le spectre de la punition après la mort (Nelson &amp; Cantrell, 1980). Une faible religiosité n'implique pas nécessairement une incompatibilité ou une ambivalence.</li> <li>Parmi les chrétiens américains, le rapport entre ceux qui croient en la vie après la mort (plus de 80%) (Greely &amp; Hout, 1999) comparé à ceux qui fréquentent l'église régulièrement (44%) est de 2 : 1 (Moore, 2002). Cela signifie que beaucoup d'Américains présentent ce genre d'écart entre la croyance et la pratique ce qui peut donc considérablement augmenter la peur de la mort.</li> </ul>

Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique et conceptuel sont absents.
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> <li>La première hypothèse prévoit la présence d'une relation linéaire entre la crainte de la mort et la religiosité (Cicirelli, 2002).</li> <li>La deuxième hypothèse prétend la présence d'une relation plus complexe reflétant la découverte que la peur de la mort est plus importante parmi les individus modérément religieux (Nelson &amp; Cantrell, 1980) et ceux-là montre une incohérence entre leurs croyances et pratiques religieuses.</li> </ul>
Méthodes Devis de recherche	Le devis est qualitatif
Population et contexte	<p>Les données sont utilisées en lien avec le parcours de vie à partir d'un échantillon représentatif basé sur la communauté des hommes et des femmes nés dans les East Bay Area de San Francisco dans les années 1920. La recherche étudie les individus à l'âge adulte puis à l'âge avancé, à un interval de 25 ans.</p> <p><u>Petit échantillon</u> : 300 personnes ont participé à au moins une des trois évaluations réalisées. A 60 ans, 26% de ces personnes étaient mortes. 1% présentait des déficiences cognitives, 7% étaient plus joignables et 5 % ont refusés de participer. Parmi les participants disponibles, 90% ont été interrogés à la fin de l'âge adulte. → 155 participants afin de récolter des données à la fin de l'âge adulte. 53% sont des femmes, 47% des hommes. Tous, sauf 6 sont blancs.</p> <p>La majorité des individus ont grandi dans une famille protestante (73%), 16% dans une famille catholique et 5% dans un ménage religieux mixte. 6% étaient issus de familles non religieuses et 45% des participants ont déclaré fréquenter l'église chaque semaine. 81% ont dit que la religion était importante dans leur vie.</p>
Collecte des données et mesures	<p>La collecte de donnée se fait à partir d'entretiens approfondis avec les participants à l'étude lorsqu'ils avaient un âge moyen (40 ans) ainsi que lorsqu'ils atteignaient 60-70 ans. Chaque individu a été interrogé 4x durant l'âge adulte : à 30 ans, 40 ans, 50 ans, 60 ans. A chaque étape, les participants ont également rempli des questionnaires auto-administrés.</p> <p>Différents thèmes sont évalués en fonction de leur âge :</p> <p><u>La peur de la mort et de mort</u> : Utilisation du DAP, administré aux participants dans l'âge adulte. (Evaluation de la peur de mort et de mort).</p> <p><u>La religiosité</u> : Echelle à 5 points en utilisant des réponses structurées ouvertes afin d'évaluer les convictions religieuses et les pratiques. Entretiens conduits avec les participants d'âge moyen à tardif.</p> <p><u>La conviction de vie après la mort</u> : Sous-Echelle Mortelle orientée vers le DAP.</p> <p><u>La satisfaction de vie</u> : Echelle de vie.</p> <p><u>Le soutien sociale</u> : Echelle de Réseau social Lubben.</p> <p><u>Les événements de vie négatifs</u> : Score résumé des si événements qui s'étaient produits dans les 15 ans avant l'interview.</p> <p><u>La classe sociale</u> : Index de Classe sociale.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'individu a dû exposer ses croyances religieuses, parler de sa fréquentation de l'église, ainsi que de l'engagement systématique dans d'autres activités religieuses comme la prière. Dans toutes les analyses, les chercheurs ont contrôlé la satisfaction de vie, le soutien social, la classe sociale et les événements de vie négatifs car la recherche indique que l'individu peut être rattaché tant à la peur de la mort qu'au fait d'être religieux et peut donc, affecter la relation entre ces deux variables.</p> <p>Une deuxième variable a été testée : les convictions après la mort.</p>
Résultats Traitement des données	<p><u>Relations parmi les variables de l'étude dans l'âge avancé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La peur de mort était sans rapport au fait d'être religieux.</li> <li>-Les individus qui sont modérément religieux sont ceux qui ont le plus peur de la mort.</li> <li>-Ceux qui sont très croyants craignent le moins la mort.</li> <li>- Les participants les plus vieux craignent moins le processus de mort que les participants plus jeunes.</li> <li>-Le fait d'être religieux est en corrélation positive avec la satisfaction de vie et le soutien social.</li> </ul> <p><u>Regression prédisant la peur de mort.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une religiosité importante, la satisfaction de vie, et la classe sociale sont des facteurs indépendants importants de la peur de la mort.</li> <li>- La peur regresse avec l'âge avancé si la religion s'est installée durant l'âge adulte.</li> <li>- Aucune relation n'a été trouvée entre la peur de la mort dans l'âge avancé et le fait d'être religieux dans le dernier ou le milieu de l'âge adulte (contrairement à l'hypothèse 1).</li> <li>- Il n'y a pas de confirmation que les personnes qui sont très religieuses craignent moins la mort, tandis que celles qui ne sont pas du tout religieuses craignent plus la mort que celles modérément religieuses craignent modérément la mort.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cependant, la religiosité augmente avec l'avancement de l'âge.</li> <li>- Il y a une constatation que les participants qui sont très croyants en un au-delà mais peu religieux sont ceux qui ont le plus peur de la mort.</li> <li>- Hypothèse : les individus modérément religieux craignent plus la mort que les individus pour qui la religion a joué un rôle central dans leur vie.</li> <li>- Les individus qui ont beaucoup de convictions sur la vie après la mort mais sont relativement peu religieux, ont très peur de la mort.</li> <li>- Cependant, le fait d'avoir des convictions concernant la vie après la mort réduit tout de même la peur comparé à ceux qui ne sont ni religieux et qui n'ont pas de conviction.</li> <li>- Les individus vulnérables sont ceux qui n'ont pas d'engagement religieux ni de convictions religieuses ou aucune pratique.</li> <li>- Un engagement moindre ou inexistant peut augmenter les doutes d'une vie après la mort ou lever le spectre de punition après la mort.</li> <li>- L'absence dans la vieillesse d'une philosophie de mort peut refléter un sens fragile du moi ou une ambivalence qui est indicative de l'inquiétude chronique.</li> <li>- Il n'y a pas de relation entre la peur de la mort et la religiosité dans l'âge avancé.</li> <li>- Les personnes plus vieilles ont moins peur de la mort que les plus jeunes. Les participants plus vieux ont vécu des événements plus négatifs (perte ou maladie).</li> <li>- Il n'y a pas de relation linéaire ou curviligne significatives entre la spiritualité et la peur de mort chez les personnes d'âge avancé.</li> </ul>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et graphiques. Des commentaires sont effectués dans le texte.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Il n'y a pas de cadre théorique ni de cadre conceptuel qui sont exposés. Cependant, les recherches antérieures sont exposées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon Leming, qui a des résultats semblables, les individus très religieux craignent moins la mort car ils interprètent la mort comme très significative et souligne la perspective d'être réunis après la mort avec les gens qui étaient près d'eux. Les non-religieux ont peur de la mort car ils sont inquiets d'être séparés de leurs familles ainsi que de leurs amis.</li> </ul> <p>Le fait que la peur de la mort a été rattachée négativement à la satisfaction de la vie suggère que l'inquiétude du processus et de l'irrévocabilité de mort peut refléter un sentiment général de mécontentement. (Fortner &amp; Neimeyer, 1999)</p>
Perspectives futures	Le sujet est encore à approfondir car différentes études n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Dans le chapitre des résultats, une hypothèse est formulée : « Les individus modérément religieux craignent plus la mort que les individus pour qui la religion a joué un rôle central dans leur vie. » Elle est toutefois à vérifier.
<b>Questions générales</b> Présentation	La présentation est agréable, les résultats sont clairs, tous les schémas ou graphiques sont expliqués.
Évaluation globale	Bon article.

Références bibliographiques : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-  Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Bowling, A., Iliffe, S., Kessel, A., & Higginson, I. (2010). Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. <i>Postgraduate Medical Journal</i> , 86(1014), 197-202.  La peur de mourir dans une société ethniquement diverse : études transversales des personnes âgées de 65 ans et plus en Grande-Bretagne.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre	X			Le résumé contient le but de la question de recherche, la méthode utilisée, les résultats ainsi qu'une conclusion.

	théorique, la méthodologie, etc.)?				
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement exposé. Les craintes sur la mort peuvent être communes chez les personnes âgées en mauvaise santé, mais les obstacles aux décès à domicile incluent également les préoccupations de la qualité des soins, des symptômes, de la douleur, de la réticence à la charge ainsi que de la disponibilité des enfants ou des proches aidants. Cette étude vise à examiner les craintes, y compris les peurs extrêmes du processus de mourir dans les deux échantillons homogènes et ethniquement différents chez une population de 65 ans et plus en Grande-Bretagne. -L'objectif plus large de l'étude est de tester la fiabilité et la validité des questionnaire d'enquête dans un échantillonnage britannique ainsi qu'avec une diversité ethnique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Oui, l'état des lieux est bien exposé. Des pourcentages sont présentés et les besoins actuels sont mis en avant.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou concept n'est défini
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Pas de formulation claire d'hypothèses.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis de recherche n'est pas expliqué. Cependant, avec les informations données durant le chapitre de la méthodologie, la lecture peut en déduire qu'il s'agit d'une recherche qualitative.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillonnage est expliqué de façon précise et bien détaillée. Les deux groupes sont détaillés de manière claire et précise. Des pourcentages sont exposés afin de définir, l'âge, le sexe, les origines, l'entourage.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Echantillonnage : nombres insuffisants dans les minorités ethniques.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Deux instruments sont décrits. La sous-échelle de WHOQOL-OLD18 ainsi que le questionnaire sur la qualité de vie des personnes âgées OPQOL.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables mesurées sont décrites de manière pertinente.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	La procédure de recherche n'est pas clairement décrite. Cependant, les individus participant avec ethnibus ont été informés par l'équipe de recherche sur les objectifs de l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de statistiques. Cependant, elles ne répondent pas aux hypothèses, car elles n'ont pas été formulées.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation	-Les résultats sont-ils	X			Les résultats sont présentés de manière claires,

des résultats	présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				sous forme de tableaux. Les statistiques sont développées dans le chapitre des résultats.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les principaux résultats ont été interprétés en grande majorité à partir des recherches déjà effectuées.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'échantillonnage avec une diversité ethnique comprend un nombre insuffisant d'individus. La version linguistique anglaise du questionnaire n'a pas été traduite en d'autres langues. Des interviewers bilingues ont été utilisés pour le petit nombre qui ne parlait pas couramment anglais.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			La recherche n'a pas abordé les préférences pour le lieu de la mort. Est-ce que les réseaux sociaux et de soutien influencent le niveau des craintes à propos de la mort ? Est-ce qu'avoir une meilleure qualité de vie réduit les craintes liées à la mort ? Les craintes concernant la mort varient-elles selon le groupe sociodémographique ou en ayant une maladie de longue durée ?
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré. Les différents chapitres sont complets et permettent aux lecteurs la compréhension de cette recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cette étude met en évidence des connaissances importantes pour les praticiens afin d'améliorer les soins de fin de vie. Un changement est seulement possible si les services de soins palliatifs sont uniformément accessibles et les craintes des gens sont prises en compte.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bowling, A., Iliffe, S., Kessel, A., & Higginson, I. (2010). Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. <i>Postgraduate Medical Journal</i> , 86(1014), 197-202.
<b>Résumé</b>	<p>Le but est d'examiner les craintes au sujet de la mort dans un échantillon de population ethniquement diversifié, et dans un échantillon de la population plus homogène, âgée de 65 ans et plus.</p> <p>La méthode de recueil de données est basée à partir d'entrevues personnelles avec des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile répondant aux bureaux d'enquêtes de Statistiques National Omnibus (ONS) en Grande-Bretagne, et deux enquêtes Ethibus de populations ethniquement divers en G-B.</p> <p>Les résultats montrent que l'échantillon ethniquement divers était plus susceptible que les répondants de la population britannique à exprimer des craintes au sujet de la mort. Les répondants des deux échantillons qui avaient une meilleure qualité de vie ont considérablement réduits les chances d'avoir des craintes extrêmes de mourir dans les deux échantillons obtenant le même résultats (<math>p &lt; 0,001</math>). Dans le dernier échantillon seulement, l'âge avancé avait un effet protecteur (<math>p &lt; 0,001</math>), alors que dans l'échantillon Ethibus, une maladie de longue durée (<math>p &lt; 0,05</math>) et une absence de soutien de la part de leurs parents (<math>p &lt; 0,05</math>) augmentent des craintes au sujet de la mort.</p> <p>La conclusion met en évidence qu'il est primordiale de permettre aux personnes âgées d'exprimer des craintes à propos de la mort lors de la planification des soins en soutien de fin de vie. Les praticiens ne doivent pas présumer que les craintes de mourir sont les mêmes dans les différents groupes sociaux, ou que le vaste soutien de la famille est de protection contre une telle anxiété. Les personnes âgées issues</p>



	de minorités ethniques ont plus de soucis à propos de mourir que les autres. Cependant ils sont plus susceptibles d'exprimer leurs craintes si le soutien de famille est présent. Ces résultats ont des implications pour les praticiens de soins primaires et secondaires.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Les craintes sur la mort peuvent être communes chez les personnes âgées en mauvaise santé, mais les obstacles aux décès à domicile incluent également les préoccupations au sujet de la qualité des soins, des symptômes, de la douleur, de la réticence à la charge ainsi que de la disponibilité des enfants ou des proches aidants.</p> <p>Cette étude vise à examiner les craintes, y compris les peurs extrêmes, du processus de mort dans deux échantillons homogènes et ethniquement différents chez une population de 65 ans et plus en Grande-Bretagne.</p>
Recension des écrits	<p>Peu de recherches ont été réalisées avec cette population. Les recherches antérieures sont très spécifiques concernant un groupe d'individu.</p> <p>Il y est nécessaire de se renseigner sur les croyances et les besoins de la population d'une minorité ethnique.</p> <p>Les individus présentent une préférence à mourir à domicile, en particulier les malades du cancer (Higginson et Sen-Gupta, 2000). Paradoxalement, les individus meurent de plus en plus dans les hôpitaux et institutions (4/5) (Koffman et Higginson, 2004).</p> <p>Les personnes âgées sont celles qui meurent en plus grande quantité. (Personnes de 65 ans-&gt; 64% en 1974 contre 83% en 2003) En 2030, plus de 86% des décès se produiront dans cette tranche d'âge avec 44 % des personnes âgées de 85 ans (Royaume Unis)(Lock et Higginson, 2005).</p> <p>La peur de la mort est un facteur qui augmente les hospitalisations (Sullivan, Ormel et Kempen et al. 1998). Les critères pour une bonne mort sont, (même que cela est très subjectif) : le confort, la liberté de la douleurs, la rétention de contrôle, l'autonomie, l'indépendance, la dignité et le traitement en tant qu'individu ainsi que le respect (Department of Death, London, 2008).</p> <p>Il est important de comprendre les craintes qui se rapportent à la mort afin que la personne puisse avoir une bonne mort.</p> <p>Les stratégies de fin de vie mises en place dans plusieurs pays soulignent que l'éducation publique et les professionnels sont très importants pour réduire les craintes et augmenter la proportion de décès à domicile (Davis et Higginson, 2004). Ce dernier n'est efficace que si les craintes et les préoccupations sous-jacentes sont comprises et traitées.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel présenté
Hypothèses	Pas d'hypothèse formulée.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il n'est pas mentionné.
Population et contexte	<p><u>Enquête Omnibus</u> : Des entrevues avec des personnes âgées de 65 ans et plus répondant aux bureaux pour la Statistique National (ONS) ont été planifiées. L'échantillon a été constitué de manière aléatoire à travers la grande Bretagne→ Le taux de réponse est de 62%. Il est aléatoire afin de veiller à ce que les échantillons soient représentatifs de la population répondant aux bureaux pour la Statistique National (ONS). 400 individus sont sélectionnés.</p> <p><u>Sondage Ethnibus</u> : Des entrevues sont proposées avec des individus âgés de 65 ans et plus répondant aux enquêtes d' Ethnibus. Elle proposent des enquêtes mensuelles à l'échelle nationales des principales communautés ethniques minoritaire au Royaume-Uni. Les individus cibles pour cette enquête sont: les indiens, les pakistanais, les Caribéens, les chinois, vivant à domicile→ Taux de réponse 70%: Le plan d'échantillonnage utilisé pour les enquêtes a déterminé que 589 répondants sont admissibles. 41% parlent anglais comme langue principale, le reste maîtrisait l'anglais de manière courante. Les entrevues ont été réalisées par des personnes multilingues.</p>
Collecte des données et mesures	<p>La sous échelle de WHOQOL-OLD18 sur la mort et les mourants est utilisée. Elle comprend ces éléments : « Vous préoccupez-vous de la façon dont vous allez-mourir ? Avez-vous peur de ne pas être en mesure de contrôler votre décès ? Avez-vous peur de la mort ?Avez vous peur d'avoir des douleurs avant de mourir ? » Les réponses sont sur une échelle de 1 à 5 points.</p> <p>Le questionnaire sur la qualité de vie des personnes âgées OPQOL, qui contient 35 questions, a également été utilisé. Les questions abordent les relations sociales, la participation, l'indépendance, le contrôle sur la vie, la liberté, la maison et le voisinage.</p>
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude n'est pas clairement décrit. Les participants Ethnibus ont été informés par l'équipe de recherche sur les objectifs de l'étude.

<b>Résultats</b> Traitement des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 38% de l'échantillon Etnibus est Indien, 29% étaient Pakistanais, 22% étaient Caribéens et 11% étaient d'origine chinoise.</li> <li>➤ 94% de l'échantillon ONS Omnibus étaient des colombiens blancs, 2% étaient des blans et trois personnes étaient des indiens asiatiques.</li> <li>➤ 52 % de l'échantillon Etnibus sont des femmes contrairement à 55% chez les répondants ONS Omnibus.</li> <li>➤ 91% de l'échantillon Etnibus avait entre 65 et 75 ans.</li> <li>➤ 55% de l'échantillon ONS Omnibus avait 75 ans et plus.</li> <li>➤ Prés d'1/3 des répondants Etnibus vivaient dans un ménage avec au moins quatre personnes âgées de 18 ans et plus comparativement à 1% des répondants de l'ONS.</li> <li>➤ 5% des répondants Etnibus vivaient seuls, comparativement à 48% de l'échantillon de l'ONS.</li> <li>➤ L'échantillon Etnibus avait aussi des réseaux familiaux plus grands : 64% ont quatre ou plusieurs parents qui pourraient les aider, comparativement à environ un tiers des répondants de l'ONS.</li> </ul> <p>De façon significative, l'échantillon d'Etnibus a présenté des résultats plus importants sur l'échelle de la peur de la mort et sur les scores de sous-échelles des mourants. Il n'y a pas d'explication, mise à part le fait qu'ils soient plus jeunes.</p> <p>Le peuple chinois a exprimé le plus bas niveau de peur. Attention à l'interprétation en raison de leur faible taux de participation. Tableau 2.</p> <p>Les meilleurs résultats au questionnaire OPQOL ont été associés à la crainte de mort réduite dans chaque échantillon.</p> <p>L'âge était significativement associé à chaque décès et le point de mourir pour l'échantillon ONS, mais pas pour l'échantillon Etnibus. Respectivement, dans l'échantillon de l'ONS (<math>p &lt; 0,01</math>): l'âge avancé réduit la peur de mourir. Les différences d'âge entre les échantillons n'expliquent pas les différences de craintes au sujet de la mort.</p> <p>Dans l'échantillon Etnibus seulement, le fait d'avoir des parents qui les aideraient aux tâches pratiques a augmenté la peur de mort et de ses processus.</p> <p>Un modèle semblable a montré qu'un certain nombre de personnes se tournent vers une crise personnelle. Un état de santé auto-évalué plus pauvre, une maladie de longue durée, des difficultés à marcher, ont été associées à la crainte de la mort dans l'échantillon de l'Etnibus (<math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>Dans l'échantillon Etnibus, il y a une corrélation inverse significative entre être dans le groupe ethnique indien, une plus grande peur de ne pas être en mesure de contrôler sa mort pour maladie de longue durée, pour leur capacité à marcher (<math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>Le peuple chinois était moins susceptible d'exprimer des craintes au sujet de mourir que les autres groupes ethniques (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>Les répondants dans les deux échantillons présentant le meilleur score comparé au moins bon avaient une façon significative d'avoir des peurs extrêmes de mourir. Les deux échantillons présentent les mêmes résultats (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Dans le dernier échantillon, un âge avancé était un facteur protecteur de la peur de la mort.</p> <p>L'ethnicité n'est pas ressortie comme significative. Cependant, le peuple pakistanais avait plus de deux fois les chances d'avoir des craintes extrêmes sur la mort que le peuple chinois.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de tableaux afin de différencier de manière claire les deux groupes.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>C'est la première étude à examiner les craintes au sujet de la mort dans un échantillon de la population britannique de plus de 65 ans et dans un échantillon de la population âgée de 65 ans et plus ethniquement diversifiée en G-B.</p> <p>Plus de 7 répondants sur 10 (Etnibus) contre 4/10 (ONS) ont exprimés au moins une peur extrême de la mort.</p> <p>En confirmation des attentes, une qualité de vie plus élevée protège de la peur de la mort dans les deux échantillons.</p> <p>Dans l'échantillon Etnibus, un plus grand réseau familial (parent) pouvant les aider aggrave les craintes de mourir. Une hypothèse est formulée : les individus sont amenés à être moins efficaces et coordonnés. Cohérent avec la théorie du réseau social qui soutient qu'en cas de crise, plus le réseau est petit plus les personnes sont efficaces.</p> <p>Les différentes significations de la maladie dans les différentes cultures peuvent également jouer un rôle important dans les craintes exprimées.</p> <p>Dans l'échantillon Etnibus seulement, les répondants qui ont déclaré avoir une maladie de longue durée sont deux fois plus susceptibles d'avoir une peur extrême par rapport à ceux qui n'ont pas de longue maladie déclarée.</p> <p>Les groupes minoritaires souffrant de maladies chroniques peuvent trouver plus difficile que les autres à accéder aux services de santé adaptés, ce qui augmente leurs inquiétudes.</p> <p>L'augmentation de l'âge a réduit les chances d'exprimer la peur de mourir seulement parmi l'échantillon</p>

	de l'ONS, ce qui suggère qu'avec l'âge, ils ont accepté de plus la mort ainsi que son processus.
Perspectives futures	La recherche n'a pas abordé les préférences pour le lieu de la mort. Plusieurs pistes émergent de cette recherche : -Est ce que les réseaux sociaux et de soutiens influencent la taille des craintes à propos de la mort ? -Est ce qu' avoir une meilleure qualité de vie réduit les craintes liées à la mort ? -Les craintes concernant la mort varient-elles selon le groupe sociodémographique ou en ayant une maladie de longue durée ?
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien écrit, structuré. Les résultats sont présentés de manière claire.
Evaluation globale	Les résultats peuvent être utilisés dans la pratique afin d'améliorer les soins de fin de vie.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche mixte**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Éléments de l'article
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Bath, D. M. (2010). <i>Separation from loved ones in the fear of death. Death Studies</i> , 34(5), 404-425.  La séparation des êtres aimés dans l'expérience de la mort.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé de l'article ne présente pas les différents chapitres de l'article. Cependant, un état des lieux concernant les connaissances ainsi que le devis de recherche sont spécifiés.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	Le problème de recherche n'est pas explicité clairement.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits est très complète. Le lecteur arrive très bien à situer où les connaissances actuelles en sont. Les instruments de mesure concernant plusieurs thématiques sont expliqués.
	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Aucune théorie, ni concept n'est développé.
Question de R / Buts	-Question		X		Pas de question clairement définie.
	-Buts de l'étude	X			Le but de l'étude est de fournir une explication plus riche de cette relation entre la peur de sa propre mort et la mort des autres.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis de recherche est mentionné. Il s'agit d'un devis mixte.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillonnage est bien détaillé. Le pourcentage homme/femme est présenté, ainsi que les origines et le pourcentage d'individus religieux.
	-La taille de l'échantillon est-		X		L'échantillonnage est petit si le but de la recherche est de confirmer des recherches antérieures.

	elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Le questionnaire distribué est détaillé. Il inclut des graphiques, des questions sur les expériences passées en lien avec la mort, suivi par un chapitre sur la peur de la mort.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		X	La procédure de recherche est décrite de manière très précise.  Les participants ont reçu une adresse Web afin d'avoir un accès sécurisé permettant l'anonymat. Il n'y a pas d'autre information concernant une procédure éthique.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)	X			Oui, des analyses statistiques ont été entreprises. Les liens entre les résultats sont expliqués de manière claire.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Des données quantitatives et qualitatives sont transmises de manière précise à l'aide de tableaux et graphiques. Les résultats sont également commentés dans le chapitre.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont présentés en lien avec les connaissances antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		L'échantillon n'est pas assez grand pour faire une généralisation. Il serait bien de faire la même recherche avec un échantillonnage plus large.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'échantillon ne comprend pas un spectre complet d'âge et le nombre égal d'homme/femme n'est pas respecté. Les données qualitatives présentées ci-dessus ont été tirées des réponses au questionnaire à une question ouverte plutôt que d'entrevues en profondeur. Afin de comprendre les craintes des particuliers sur la mort, une approche plus en profondeur doit être entreprise. Il est possible que les réponses des participants ont été influencées par l'ordre des composantes de l'enquête.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences	X			Comme l'âge et le sexe ont été trouvés comme facteur influençant l'anxiété de la mort (Neimeyer et al., 2004), il est important que les travaux futurs tentent d'étudier la

	de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				relation entre la peur de sa propre mort et la peur de la mort des autres avec une tranche d'âge plus large et des proportions plus égales d'hommes et de femmes.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré et permet au lecteur d'effectuer une analyse pertinente.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats peuvent être utilisés dans la pratique. Les craintes face à la mort sont bien réelles et sont influencées par une multitude de facteurs. Ces résultats permettent aux professionnels de la santé de proposer des interventions adaptées.

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bath, D. M. (2010). <i>Separation from loved ones in the fear of death</i> . <i>Death Studies</i> , 34(5), 404-425.
<b>Résumé</b>	L'inquiétude mortelle de l'individu ou la peur de la mort ont été traitées à plusieurs reprises dans différentes études. Il y a de nombreuses conceptualisations utilisées dans la littérature en incluant une distinction entre les dimensions de mort (mourant de moi) et de mort (mourant des autres). Cet article adresse un espace de littérature et réexamine la relation de ces deux dimensions, qui sont supposées être rattachées positivement de manière linéaire. Cette étude utilise des données qualitatives et quantitatives. Elles indiquent que sans tenir compte du degré auquel les individus craignent leur propre mort, la plupart des individus craignent la mort ainsi que celle des autres. Tout spécialement, le départ ou la perte d'être aimés. C'est un thème central dans la peur des gens face à la mort.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Un état des lieux est effectué et permet de mettre en avant des contradictions.
Recension des écrits	De nombreuses recherches durant les dernières décennies ont été effectuées sur les attitudes liées à la mort, y compris la peur de la mort, l'angoisse de mort et la mort des compétences. Une grande partie de ces recherches ont aidé à établir des mesures ainsi qu'à les affiner en terme de fiabilité et de validité (Neimeyer, Moser et Wittkowski, 2003). L'utilisation de ces instruments dans différents contextes cliniques et professionnels est très répandue. Il existe maintenant beaucoup d'instruments afin de quantifier la peur de la mort ou l'angoisse de mort. Tandis que les premiers travaux ont tendance à être unidimensionnels, (Handal, 1975, McMordie, 1979 ; Templer, 1970) plus récemment des instruments ont montré la nature multidimensionnelle. (Collett et Lester, 1969 ; Florian & Kravetz, 1983 ; Hoelter, 1979 ; Leming & Kickinson, 1985 ; Wittkoyski 2001). Par exemple, le score multidimensionnel de la peur de mort (MFODS : Hoelter, 1979) comprend 8 facteurs : peur du processus de mort, peur des morts, peur d'être antruit, peur pour la signification des autres, peur de l'inconnu, peur de la mort consciente, peur pour le corps après la mort et peur d'une mort prématurée. L'échelle de la peur mortelle personnelle (FPDS, Florain et amp ; Kravetz, 1983) distingue des inquiétudes intrapersonnelles (perte de l'accomplissement de soi, anéantissement de soi), inquiétude interpersonnelle (pertes d'identités sociales, conséquences de la famille et des amis) et inquiétudes transpersonnelles

	<p>(conséquences transcendantes, punition dans l'après). Cependant, l'Echelle de la peur de la mort de Collet-Lester (CLFD) (Collett &amp; Lester, 1969) est probablement l'instrument le plus utilisé qui distingue systématiquement deux dimensions clés impliquant la mort :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A) l'état de mort par rapport au processus de mort</li> <li>➤ B) Sa propre mort contre celle des autres.</li> </ul> <p>Quatre sous échelles sont incluses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mort de moi (isolement total, courte vie)</li> <li>➤ Le mourant de soi (douleurs impliquées par la mort, dégénération intellectuelle, manque de contrôle sur le processus, le chagrin des autres)</li> <li>➤ La mort des autres (perte d'un proche, ne jamais être en mesure de communiquer à nouveau, sentiment de solitude)</li> <li>➤ La mort d'autrui (regarder la personne souffrir, être avec quelqu'un qui est en train de mourir).</li> </ul> <p>Depuis son début, l'échelle a été révisée afin de supprimer des éléments problématiques ou déviants. (Lester, 1994 ; Lester et Abdel-Khalek, 2003).</p> <p>Il y a des opinions divergentes au sujet de la validité factorielle de cette échelle et donc de son utilisation. Les recherches utilisant le CLFD ont examiné un large éventail de variables en association avec la peur de la mort, comme l'âge, le sexe, la religiosité, la dépression, l'anxiété générale, l'extraversion, la névrose, les attitudes envers le suicide (Lester, 1994). Des études ont souvent montrées des résultats mitigés ; alors que certains ont signalé que les scores CLFD sont plus faibles pour les adultes plus âgés par rapport aux jeunes adultes (Smith, Nehemkis &amp; Charter, 1983-1984). Les femmes signalent avoir plus peur de la mort que les hommes (Neimeyer, Baglex &amp; Moore, 1986, Robbins 1990), d'autres études ont montré que la peur variait entre les différents groupes (Lester 1972, 1984-1985 ; Loo, 1984).</p> <p>Le CLFD a également été utilisé dans l'évaluation de l'impact du programme de formation sur la peur de la mort tels que les soins palliatifs (Claxton-Oldfield, Crain, et Claxton-Oldfield, 2007 ; Hayslip &amp; Walling, 1985-1986) ou chez les étudiants infirmiers (Mooney, 2005 ; Mooney &amp; O'Gorman, 2001). Elle a été aussi utilisée pour examiner des niveaux d'inquiétudes chez les veuves (Straub &amp; Roberts, 2001), les personnes âgées (Clements, 1998), les donateurs d'organes (Robbins, 1990), ainsi qu'avec des groupes de praticiens impliqués avec la mort comme les étudiants médicaux (Jordan, Ellis, &amp; Grallo, 1986), les psychologues (Soghomonian, 2000), les « ouvriers d'intervention aux suicides » (Neimeyer &amp; Dingemans, 1980-1981), ainsi que les stagiaires conseillères (Larrabee, 1978).</p> <p>Des études psychométriques concernant d'autres instruments ont également utilisées le CLFD afin d'établir la validité (Abdel Khalek, 2002a), Vargo, 1980).</p> <p>Un examen des corrélations entre les quatre sous-échelles CLFD a montré une corrélation fortement positive entre les différentes dimensions. Par exemple, Mooney et O'Gorman (2001) ont rapporté des corrélations de 0,54 entre « la mort de l'autonomie » et de « la mort de soi », 0,49 entre « la mort de l'autonomie » et de « la mort des autres », 0,51 entre « la mort de l'autonomie » et de « la mort d'autres », entre « la Mort de l'autonomie » et de « la mort des autres », 0,61 entre « mourir de soi » et de « la Mort d'autrui », et de 0,67 entre « la mort d'autrui » et de « la Mort d'autrui ».</p> <p>Ces résultats sont similaires à des analyses plus récentes par Lester (2004), bien que les corrélations ont tendance à être plus élevées que certaines études antérieures (voir Lester, 1994).</p> <p>Ces relations indiquent que par exemple, les personnes qui obtiennent un score élevé sur « la peur de la mort du Soi » obtiendront également un score élevé sur « la peur de la mort des autres », et vice versa. Ceux qui ont un faible score sur « la peur de la mort de l'autonomie » ont également marqué un score plus faible sur « la peur de la mort des autres ». Cependant, étant donné l'ampleur des corrélations rapportées, il y a évidemment beaucoup de personnes qui n'obtiennent pas ces résultats.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'est exposé.
Question de recherche	L'objectif de la question de recherche est de fournir une explication plus riche de cette relation entre la peur de sa propre mort et celle des autres.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est mentionné. Il s'agit d'un devis mixte : qualitatif ainsi que quantitatif.
Population et contexte	<p>Des élèves inscrits à un module d'introduction à la psychologie se sont montrés volontaires pour participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'âge moyen est de 20.8 ans allant de 16 à 54 ans.</li> <li>➤ 23 (25%) des hommes.</li> <li>➤ 68 (75%) des femmes.</li> </ul> <p>La plupart des participants venaient d'Australie (89%) le reste d'Amérique du nord, d'Angleterre, de Suède, d'Afrique du sud, des Philippines, ou de Taïwan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 36% étaient religieux.</li> <li>➤ 23% étaient incertains de leur religiosité.</li> </ul>

	<p>➤ 41% ne sont pas religieux.</p> <p>Parmi ceux qui étaient identifiés comme religieux, 86 % (21% de ceux-ci étant catholique) ont déclaré être de la foi chrétienne. Le reste des participants n'ont pas donné plus de précision.</p>
Collecte des données et mesures	Un questionnaire comprenant à la fois des données qualitatives et quantitatives a été développé pour l'étude et a inclus également des graphiques démographiques (âge, sexe, nationalité et religion), des questions sur les expériences passées de décès, suivies par un chapitre sur la peur de la mort.
Déroulement de l'étude	<p>Après avoir abordé des questions démographiques, ils ont demandé aux participants s'ils avaient déjà perdu un être, puis ils ont dû indiquer qu'elle relation il entretenait avec cette personne, son âge, quand elle est décédée et à quel point ils étaient proches sur une échelle de un à cinq.</p> <p>Les participants ont ensuite été invités à répondre à une question ouverte générale au sujet de leur peur de la mort: " Beaucoup de gens craignent la mort. De votre point de vue, quels sont les aspects de la mort que vous trouvez le plus inquiétant ou redoutable?"</p> <p>Suite à cette question, la version révisée de la CLFD a été présentée. Les participants sont invités à examiner "Comment êtes-vous anxieux en lien avec les aspects suivants de la mort et les mourants? "</p> <p>Et d'évaluer chaque éléments en utilisant l'échelle de Likert allant de un (absence) à cinq (maximum).</p> <p>La version révisée a montré une amélioration du facteur de la structure, avec le soutien renforcé pour les quatre sous-échelles proposées que l'instrument original, et une bonne fiabilité test avec alpha de Cronbach compris entre 0,88 et 0,92 (Lester et Abdel-Khalek, 2003; Mooney &amp; O'Gorman, 2001).</p> <p>-Malgré les arguments avancés concernant l'instabilité factorielle du CLFD, les quatre sous-échelles ont été retenues pour la présente étude afin de fournir une plus grande richesse exploratoire pour examiner la peur de la mort de participants et de les comparer avec les recherches antérieures.</p> <p>Les participants ont reçu une adresse Web afin d'avoir un accès sécurisé et permettre l'anonymat.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	
Présentation des résultats	<p>➤ 82 % des individus avaient subi la perte d'un être cher, la proximité avec le défunt était généralement « modérément proche ».</p> <p>➤ La personne décédée était généralement un grand-parent( 40%), un ami (20%) ou un membre de la famille élargie (19%), bien que pour 16% ce soit un membre de la famille proche (père, mère, frère, sœur, ou partenaire).</p> <p>➤ L'âge auquel les participants ont connu la mort d'un être cher variait de 5 à 45 ans avec en majorité en fin de l'adolescence. 48% entre 15 et 17 ans.</p> <p>Les scores moyens de l'CLFD, les corrélations bivariées et coefficients alpha pour les quatre sous-échelles de l'CLFD sont présentés dans le tableau 1.</p> <p>La fiabilité de l'échelle et les corrélations sont conformes à l'ampleur avec les études précédentes ( Lester, 2003 ; Abdel-Khalek, 2003; Mooney, 2001 &amp; O'Gorman, 2001).</p> <p>Il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge et l'échelle CLFD, mais il convient de noter que l'échantillon ne comprenait pas les participants âgés de plus de 54, quelques-uns étaient plus âgés que 35 ans.</p> <p>Les différences entre les sexes ont été examinées en utilisant des analyses mixtes avec le sexe comme un facteur inter-sujets et le CLFD comme un facteur intra-sujets. Un effet principal de l'CLFD était évident, (<math>p &lt; 0,0001</math>) avec des scores sur la mort d'autrui qui étaient significativement plus élevés que toutes les autres sous-échelles (<math>p &lt; 0,0001</math>). De plus, aucune différence significative entre la peur de la mort de soi et de la mort d'autrui n'a été démontrée. Il y avait aussi un effet principal de sexe, (<math>p &lt; 0,0001</math>) les femmes montrant une plus grande crainte en général que les hommes.</p> <p>- Pour les hommes, la peur de la mort de soi, de l'autonomie et des d'autres ne sont pas significativement différents entre eux, mais étaient tous significativement plus faible que la peur de la mort d'autrui (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>-Toutefois, pour les femmes, la peur de la mort de l'autonomie était significativement plus faible que la peur de la mort de soi et des autres et ces trois sous-échelles étaient significativement plus basses que la peur de la mort d'autrui (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>-Comme on peut le voir sur la figure 1, la distinction entre les hommes et les femmes est marquée sur toutes les sous-échelles, sauf la mort des autres, où les hommes et les femmes sont les plus craintifs et sont les plus semblables les uns aux autres.</p> <p>-Afin d'examiner la peur de la mort en terme de soi et des autres, les scores des participants sur les quatre sous échelles ont été reclassés en deux catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les grandes peurs (au dessus de la moyenne)</li> <li>➤ les petites peurs (en dessous de la moyenne).</li> </ul> <p>Le tableau 1 montre des relations positives modérées entre la mort des échelles de soi et la mort des autres échelles. Les figures 2 et 3 évaluent une hypothèse.</p> <p>Comme attendu, les analyses ont montrés que l'action réciproque entre « la mort de moi » est significatives. La figure 2 démontre que ceux qui ont un niveau élevé de peur de leur propre mort avaient</p>

tendance à toujours avoir un grand niveau de peur pour les autres. Cependant, ceux qui ont un niveau bas concernant leur propre mort ont montré une tendance égale concernant un grand niveau de peur et bas pour la mort des autres. (43. 5 % et 56. 5 %).

-L'analyse concernant le rapport entre « la mort du moi » et « la mort des autres » est significative. Comme observé dans la troisième figure, les participants présentant un grand niveau de peur concernant leur propre mort ont aussi généralement un grand niveau de peur concernant la mort des autres.

Ces analyses indiquent que, en général, les personnes avec un niveau de peur élevé concernant leur propre mort montreront probablement une peur élevée plutôt que basse concernant la peur de la mort des autres.

#### Données qualitatives :

##### Incertitude de la mort :

Comprend : Ne pas savoir comment mourir (événement traumatisant, crise cardiaque, accidents), quand ils allaient mourir (imprévisibilité). Une minorité craint la possibilité d'avoir une base prévisible, une mort certaine.

##### Vie après la mort inconnue

Les individus présentent des craintes au sujet de ne pas être certains de ce qui se passe après la mort. « Ciel ou enfer ? : Où va l'âme ? » Nous allons à quelque part ou nous disparaissions ? Continuons-nous à vivre après la mort physiquement ou spirituellement ?

##### Finalité de la mort

Certain n'ont aucun doute sur l'au-delà mais avaient peur du néant perçu que la mort apporte, la finalité absolue. Difficile d'imaginer la fin de leur existence physique, spirituelle, leur esprit et le corps, ainsi que leur existence dans la société. Pour ces individus, la futilité et l'inutilité de la vie faisait partie de ce qu'ils craignaient. « Comment tout d'un coup, vous ne pensez plus où ne vous sentez plus comme quelqu'un. » « Ne plus penser de respirer, et être oublié, » « Nous aimons profondément et nous luttons tellement mais à la fin tout est parti. »

##### Vie non réalisée :

Cette crainte est perçue particulièrement si la mort survient alors que l'individu est jeune, rattaché à l'idée que la mort est complètement finie. Il est important pour l'individu d'avoir accompli ce qui était important pour lui. « Les pensées du regret d'une vie gaspillée ».

##### Douleurs de mort

Beaucoup d'individus craignent la possibilité d'une mort physiquement pénible. La crainte est amplifiée si la douleur devrait être d'une intensité extrême ainsi que de longue durée. Par exemple, « la pensée d'une mort lente et pénible », « mourir dans la douleur ».

##### Perte d'être aimés

Pour beaucoup de personnes, ce qu'ils craignent de la mort est rattachée à la perte d'un être cher. « Ma propre mort ne m'inquiète pas autant que la mort de quelqu'un qui est proche de moi ». La peur que leur propre mort créera la douleur et la souffrance pour l'être qui leur est cher. « J'ai peur de provoquer la douleur des d'autres si je meurs ».

#### Groupes : grande contre petite peur de la mort.

Afin d'explorer des différentes possibilités entre les accentuations sur le thème entre ceux qui présentent une grande et une petite peur de la mort, les participants ont été regroupés selon les scores moyens pour la mort combinée et l'échelle de la mort. Chaque groupe a également été réparti selon le sexe. Ceux présentant un score supérieur à la moyenne ont été séparés à ceux présentant un score inférieur à la moyenne. Les analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes suivant chaque thème. La peur de la mort était la variable des groupes. Ce processus a également été mené sur la base des scores moyens pour l'échelle de la mort combinée. → La fréquence des réponses est présentée dans le tableau n° 2.

Il y avait un nombre égal de femme dans les groupes de la grande et petite peur de la mort dans les deux groupes. Toutefois, pour les hommes, il y avait un nombre égal de participants à travers les groupes de grande et de petite peurs de la mort mais moins d'hommes dans le groupe de la petite peur que dans le groupe de la grande peur de la mort des autres.

Seules deux analyses ont révélées des différences significatives entre les groupes, cependant, dans certains cas, cela a été probablement dû à un manque de taille ou d'inégalité entre les groupes.

-En termes de l'incertitude de la mort, la fréquence des réponses était semblable dans la mort de soi et des autres, mais plus répandue pour les individus ayant une plus grande crainte que les participants avec une faible peur.

L'au-delà inconnu était un thème commun et modérément nouveau, les fréquences globales de réponses étaient similaires dans les autres analyses que dans celle-ci. Cependant les femmes présentant une forte peur face à leur propre mort sont moins susceptibles que ceux avec une grande peur de la mort des autres.

Une vie non réalisée est aussi un thème modérément commun. En général, il y avait des fréquences



	<p>similaires de réponses entre les groupes, sauf pour les hommes qui avaient une petite peur de la mort.</p> <p>En accord avec les résultats quantitatifs évoqués ci-dessus, les individus ont tendance à craindre la mort quel que soit le degré auquel ils craignent leur mort ainsi que la mort des autres. La perte d'un être cher était le thème le plus répandu. 50 % des participants ont fait un commentaire à ce sujet.</p> <p>Les grandes peurs des participants liées à la mort ont tendance à signaler une variété de craintes sur plusieurs thèmes. Souvent, la perte d'un être cher était le seul thème commenté par les participants présentant des petites craintes.</p> <p>En effet, tous les participants dans les groupes avec une petite peur de la mort ont déclaré qu'ils craignaient pas leur propre mort ont vraiment exprimé une crainte concernant l'effet que leur mort pourrait provoquer sur les autres et/ou la douleur qu'ils subiraient de la perte d'un être cher. Pour certain, cette position implique d'avoir une vue très claire sur le cours naturel de la vie, de la mort, qui est tout simplement une partie. Alors que pour d'autres, cela n'a pas été nécessairement lié à une vision positive ou d'acceptation de la mort, mais a plutôt été basée sur la contemplation de quelque chose de bien pire, la perte d'un être cher.</p>
<b>Discussion</b> Intégration théorie et des concepts	Aucune concept ou théorie exposée.
Perspectives	<p>La présente étude a exploré la relation entre la peur de sa propre mort et celle des autres, en utilisant les réponses des participants sur le CLFD et à la question « Quels sont les aspects de la mort que vous trouvez inquiétants ou redoutables ? ».</p> <p>Il est important de noter que les résultats par rapport à cet objectif sont similaires à d'autres recherches précédentes et les scores moyens sur l'échelle CLFD sont cohérents avec des recherches antérieures.</p> <p>Les craintes de la mort identifiées dans les données qualitatives sont également compatibles avec des recherches antérieures et les éléments ou dimensions compris dans les mesures élaborées à partir de ces recherches.</p> <p>La cohérence des données présentées ici avec les recherches antérieures fournit une indication que l'échantillon courant des répondants ne représente pas un groupe inhabituel, et donc les résultats peuvent être interprétés avec une certaine confiance.</p> <p>Les relations entre l'échelle de l'CLFD représentant la peur de sa propre mort et celle des autres ont généralement été examinées en utilisant des analyses de corrélation. Celle-ci-ci indiquent que les relations sont positives et linéaires.</p> <p>Ceux qui ont une crainte élevée de leur propre mort auront aussi plus probablement une crainte élevée de la mort des autres. Toutefois, contrairement aux corrélations, ceux qui ont une faible peur de leur propre mort sont presque aussi susceptibles d'avoir une faible peur de la mort et des celle des autres. Donc, si l'ampleur de la peur est pas le seul élément qui explique la relation entre la peur de sa propre mort et la peur de la mort des autres, cela signifie que d'autres facteurs sont importants ?</p> <p>La peur de la mort est une dimension multidimensionnelle. Cependant, avoir peur de sa propre mort ne signifie pas avoir peur de la mort en général : tous les participants dans cette catégorie ont indiqué qu'ils craignaient certains aspects de la mort, mais ceux-ci étaient liés à la perte d'être chers ou la douleurs que les proches pourraient subir en raison de leur propre mort. Beaucoup d'individus présentant une petite peur de leur propre mort ont effectivement une crainte élevée de la mort des autres.</p> <p>La perte d'un être cher, sa propre mort ou la mort des autres ne sont pas seulement les thèmes les plus répandus pour le groupe présentant la peur la plus faible mais étaient aussi les réponses les plus fréquentes dans le groupe présentant la peur la plus élevée. Encore une fois, compte tenu des données quantitatives, ce n'est pas surprenant.</p> <p>Les différences de genre dans la recherche de l'angoisse de mort ont eu tendance à être concluantes et parfois contradictoires. Par exemple, certaines études montrent que les femmes en général craignent plus la mort que les hommes alors que d'autres rapportent aucune différence (Neimeyer, 1994).</p> <p>-Les résultats ici ne sont pas différents à cet égard. Par exemple, des recherches antérieures ont rapporté que les femmes montrent une plus grande peur de la douleur par rapport à la mort que les hommes (Cicirelli, 1998). En outre, dans une étude de significations personnelles de la mort, Holcomb, Neimeyer, et Moore (1993) ont constaté que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de considérer la mort comme impliquant une grande certitude et l'existence continue, alors que dans la présente étude, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes à se soucier de l'incertitude possible de la mort et de la finalité de la mort.</p> <p>En outre, dans son étude des significations personnelles de la mort et de la peur de la mort, Cicirelli (1998) a constaté que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de considérer la mort en des termes de la finalité de l'existence. Cependant, il n'a trouvé aucune différence entre les sexes ainsi qu'à la peur de quitter leurs proches. Bien que l'étude actuelle est compatible avec cette dernière constatation, elle est incompatible avec d'autres recherches qui ont constaté que les hommes ont tendance à considérer la mort comme ayant moins d'impact personnel sur eux, en comparaison avec les</p>

	<p>femmes qui considèrent la mort de façon très émotionnelles et négatives (Holcomb et al., 1993). -Il est probable, comme suggéré par d'autres, que, plutôt que le sexe lui-même étant un facteur influent sur l'anxiété de la mort, ces différences entre les sexes peuvent en fait être entraînées par d'autres variables connexes, tels que le focus de contrôle (Neimeyer, 1994) ou le style d'attachement (Beggs, 2000; Waskowic &amp; Chartier, 2003).</p> <p>Les résultats du point de vue de la recherche actuelle, sous-tend une conclusion que les individus ont tendance à craindre la mort des autres quel que soit le degré auquel ils craignent leur propre mort et que le détachement ou la séparation des autres par la mort est l'un des aspects les plus redoutables de la mort. Une crainte qui est partagée par la majorité des participants.</p> <p>Diverses cultures et religions ont évolué, cependant la tendance des médias actuelle semble également indiquer un intérêt croissant afin de continuer d'avoir des contacts avec leurs proches qui sont décédés.</p> <p>La conclusion de la présente étude démontre une façon dont la recherche sur l'anxiété de la mort peut éclairer la recherche et la pratique dans le chagrin et le deuil.</p> <p>Neimeyer, Badwin et Gillies (2006) ont suggéré que les plus grandes difficultés à surmonter le deuil sont lorsque les individus n'ont pas la capacité de donner un sens à la perte d'un être cher. La capacité à donner un sens à la perte peut être fortement influencée par les croyances et les craintes au sujet de la mort. De nouvelles connaissances sur les craintes liées à la mort, en particulier l'abandon ou la perte d'un individu, de proches, comme indiqué par la présente étude peut aider aux développements d'interventions thérapeutiques.</p>
<b>Questions générales</b>	L'article est bien structuré et permet la bonne compréhension de l'étude.
<b>Présentation</b>	
<b>Evaluation globale</b>	Bon article.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

#### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			<p>Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., &amp; Lo, C. (2015). Initial Validation of the Death and Dying Distress Scale for the Assessment of Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 49(1), 126-134.</p> <p>Validation initiale de la mort, échelle de détresse pour l'évaluation de la mort, anxiété chez les patients atteints de cancer avancé</p> <p>Oui, il permet de saisir le problème de recherche.</p> <p>DADDS= Death and Dying Distress Scale</p>
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Il résume le contexte, l'objectif de l'étude, la méthode prise et les résultats
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			<p>Le problème de recherche n'est pas clairement énoncé mais le but est présenté.</p> <p>Le but de la présente étude était d'examiner la fiabilité et la validité de cette mesure chez les patients atteints de cancer avancé ou métastatique.</p> <p>Le DADDS a été conçu comme un résultat empirique pour évaluer l'efficacité des interventions psychologiques et sociaux des soins</p>

					palliatifs pour atténuer l'anxiété de décès chez les patients atteints de cancer avancé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Oui, les recension des écrits résument les connaissances sur les variables étudiées.  Dans les populations de cancer, l'anxiété de mort a été associée à la douleur et la détresse physique, comorbidité psychiatrique, à de l'anxiété généralisée, dépression, déficience spirituelle, à la qualité de vie et au fardeau psychologique pour les proches aidants. Grumann, Spiegel (2003) ; Cella, Tross (1987) Bien que plusieurs échelles d'autoévaluations ont été développées pour évaluer l'anxiété de la mort, celles-ci ne sont pas spécifiquement conçues pour une utilisation dans le contexte de la mort imminente et la mort de mourant. Shermann, Norman & McSherry (2010)
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Il n'y a pas de cadre théorique définit.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Comme preuve de la validité de construction, nous avons supposé que le DADDS serait associée négativement à la préparation pour la fin de vie, qui sert a une deuxième mesure de l'anxiété de mort et positivement associé à l'anxiété généralisé et à la dépression qui sont également des faiblesse associées à la construction.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Dans les populations de cancer, l'anxiété de mort a été associée à la douleur et la détresse physique, comorbidité psychiatrique, à de l'anxiété généralisée, dépression, déficience spirituelle, à la qualité de vie et au fardeau psychologique pour les proches aidants. Grumann, Spiegel (2003) ; Cella, Tross (1987)
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			x	Non il n'est pas décrit.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Description du type de l'échantillon, diagnostics, critère d'exclusion, âge, consentement éclairé.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			316 patients ont été identifiés comme ayant un diagnostic de cancer avancé grâce à la présélection du dossier électronique du patient et ont été approchés par un membre du personnel de recherche. Sur les 316 individus, 77 (24%) ont accepté de participer et 60 (19%) ont été inscrit à l'étude. La non-participation était pour cause de manque d'intérêt ou de temps et d'être trop malade.  Les simulations indiquent qu'une taille de 60 personnes pour l'échantillon est suffisant pour une bonne récupération.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Description des différentes échelles et scores.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Mort d'anxiété a été mesurée en utilisant 15 items DADDS récemment mis au point pour une utilisation avec les individus avec un cancer avancé ; explication du développement de la mesure ; explication des options de réponses.

					Explication de la mesure de la dépression. Explication de l'évaluation de la préparation de la fin de vie ; sous-échelle de quatre éléments de la qualité de la fin de vie du cancer.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Health Network.  Reçu un consentement éclairé qui a dû être signé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Comme hypothèse, l'anxiété de mort a été associée à moins de préparation pour la fin de vie. Etat de préparation peut dépendre de la situation financière, la discussion de la façon dont les besoins de dépendance doivent être remplis et suffisamment de temps pour terminer son travail inachevé.  La recherche a montré que la planification préalable des soins pour les décisions de fin de vie peut avoir un effet marqué sur l'abaissement de la détresse sur la population des soins palliatifs.  Les professionnels avec un soutien psychosocial peuvent faciliter la communication entre la famille et l'équipe de soins et promouvoir une adaptation psychologique. Anxiété de la mort a été associée avec des symptômes de dépression et d'anxiété. Dans la mesure ou la préoccupation liée à la mortalité sous-tendent ces présentations plus générale de la détresse, l'DADDS peut donner une orientation utile pour les cliniciens qui cherchent à aborder des antécédants comme facteur.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			La présente étude est bien structurée avec différents chapitres et thèmes. Il y a des statistiques, des tableaux et des commentaires face aux différents tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			x	Il n'y a pas de cadre théorique donc pas d'interprétation par rapport à celui-ci.  Cette étude était un examen préliminaire de la validité de la DADDS dans un échantillon de patients atteints de cancer avancé. Conformément à la psychométrie d'une version antérieure de l'échelle, les 15 Items DADDS ont démontré une structure interne fiable et ont montré une bonne validité de construction. Les personnes atteintes de dépression mineure ont été trouvées à des niveaux similaires de l'anxiété de mort que ceux souffrant de dépression majeure, qui laisse à penser que la dépression, même sous le seuil de la maladie avancée peut être associée à des niveaux importants sur le plan clinique de détresse qui peuvent bénéficier d'une intervention.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Le DADDS est une mesure valide de l'anxiété de mort chez les patients atteints de cancer avancé. Il peut fournir des informations utiles à l'évaluation et traitement de la détresse chez les

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x		patients en fin de vie.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x		<p>-Les limites de l'étude comprennent des données autodéclarées, qui peuvent affecter la fiabilité des résultats.</p> <p>-Le faible taux de recrutement</p> <p>-La petite taille de l'échantillon</p> <p>-La conduite de l'étude dans le cadre d'un essai thérapeutique psychologique peut avoir influencé sur la représentativité de l'échantillon, qui a son tour affecte la reproductibilité et la généralisation des résultats.</p> <p>Les futures recherches pourraient chercher à mieux tester l'échelle DADDs dans un échantillon plus large et plus représentatif de patients atteints de cancer avancé, avec une attention particulière aux questions de la validité discriminante, de la stabilité de l'évaluation dans le temps et l'acceptation de l'instrument par les patients.</p> <p>En conclusion, l'échelle DADDs avec ses 15 éléments est une mesure prometteuse de l'anxiété de mort dans la maladie avancée qui peut fournir des informations utiles aux cliniciens, techniciens et chercheurs qui cherchent à intervenir auprès de personnes en détresse face à la fin de vie.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x		L'article est structuré par des chapitres bien précis, il est facile de retrouver les informations que l'on cherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x		<p>C'est une échelle que les infirmières peuvent utiliser afin de détecter le degré de l'anxiété de mort chez les personnes en fin de vie avec un cancer avancé.</p> <p>La recherche a montré que la planification préalable des soins pour les décisions de fin de vie peut avoir un effet marqué sur l'abaissement de la détresse sur la population de fin de vie ; les infirmières en sachant cela, peuvent anticiper leur soins en demandant aux patients leurs souhaits pour la fin de leur vie.</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<p>Initial validation of the Death and Dying, Distress scale for the Assessment of Death, Anxiety in Patients with Advanced Cancer</p> <p>Validation initiale de la mort, échelle de détresse pour l'évaluation de la mort, anxiété chez les patients atteints de cancer avancé.</p> <p>DADDs= Death and Dying Distress Scale</p> <p>Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., &amp; Lo, C. (2015). Initial Validation of the Death and Dying Distress Scale for the Assessment of Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer. <i>Journal of Pain and Symptom management</i>, 49(1), 126-134.</p>
<b>Résumé</b>	<b>Contexte</b> : L'expérience de l'anxiété de mort chez les patients atteints de cancer avancé a été étudiée en partie à cause de l'absence d'une mesure adaptée à cette population.

	<p><b>Objectifs</b> : Cette étude vise à valider la dernière DADDS 15-points en examinant sa structure factorielle et sa validation.</p> <p><b>Méthode</b> : 60 participants atteints de cancer avancé ou métastatique ont été recrutés à partir du centre de cancérologie de la princesse Margaret University Health Network Toronto, Canada, dans un essai pilote d'une intervention psychologique.</p> <p>Cette article analyse les mesures de base sur l'anxiété de mort, les symptômes dépressifs, l'anxiété généralisée, et la préparation à la fin de vie.</p> <p><b>Résultats</b> : l'analyse factorielle a révélé un seul facteur dominant expliquant plus de 75% de la variation partagée entre les éléments. La mort d'anxiété a été associée à moins de préparation pour la fin de vie. Les personnes souffrant de dépression majeure avaient une plus grande anxiété de la mort que les non déprimés, de même que les personnes souffrant de dépression mineure.</p> <p><b>Conclusion</b> : Le DADDS est une mesure valide de l'anxiété de mort chez les patients atteints de cancer avancé. Il peut fournir des informations utiles à l'évaluation et aux traitements de la détresse chez les patients en fin de vie.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Le but de la présente étude était d'examiner la fiabilité et la validité de cette mesure chez les patients atteints de cancer avancé ou métastatique.</p> <p>Le DADDS a été conçu comme un résultat empirique pour évaluer l'efficacité des interventions psychologiques et sociaux des soins palliatifs pour atténuer l'anxiété de décès chez les patients atteints de cancer avancé.</p> <p>Il a été conçu pour être utilisé chez les patients avec un pronostic plus de six mois pour permettre d'avoir suffisamment de temps pour les interventions.</p> <p>Le DADDS se concentre sur les préoccupations soulevées par l'imminence de la mortalité qui affecte la capacité de vivre de façon significative dans le temps jusqu'à la mort, y compris les préoccupations psychosociales, les opportunités perdues, l'anticipation des craintes a propos de la mort.</p> <p>La mesure porte sur l'évaluation de la souffrance cliniquement significative telle que haut score indiquent la nécessité d'un traitement. Il ne permet pas d'évaluer les attitudes de mort pour laquelle l'effet escompté de l'intervention clinique est ambiguë.</p> <p>Une version initiale de la DADDS a été trouvée pour avoir une bonne fiabilité et validité et l'échelle a été modifiée dans sa forme finale avec 15 items.</p>
Recension des écrits	<p>Dans les populations de cancer, l'anxiété de mort a été associée à la douleur et la détresse physique, comorbidité psychiatrique, à de l'anxiété généralisée, dépression, déficience spirituelle, à la qualité de vie et au fardeau psychologique pour les proches aidants.</p> <p>Grumann, Spiegel (2003) ; Cella, Tross (1987)</p> <p>Bien que plusieurs échelles d'autoévaluation ont été développées pour évaluer l'anxiété de la mort, ceux-ci ne sont pas spécifiquement conçus pour une utilisation dans le contexte de la mort imminente et la mort de mourant.</p> <p>Shermann, Norman &amp; McSherry (2010)</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique
Hypothèses	Comme preuve de la validité de construction, nous avons supposé que le DADDS serait associée négativement à la préparation pour la fin de vie, qui sert a une deuxième mesure de l'anxiété de mort et positivement associé à l'anxiété généralisé et à la dépression qui sont également des faiblesse associées à la construction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif mais pas décrit.
Population et contexte	<p>Les participants étaient des patients ambulatoires atteints de cancer avancé Centre de cancérologie de la princesse Margaret, qui fait partie du Réseau universitaire de la santé à Toronto, Canada. Ils ont été recrutés à partir de juin 2011 jusqu'à février 2012 à l'intérieur d'une étude pilote de phase 2b, qui étudiait les interventions psychologiques pour soulager la détresse.</p> <p>Les participants ont fourni un consentement éclairé écrit, ont participé à un test pour évaluer s'ils avaient une déficience cognitive ( Orientation-Memory-Concentration Test), et à un statut sur leur état de santé (L'indice de Karnofsky est un indicateur synthétique d'état de santé global) et ont donné d'autres informations médicales et démographiques de base.</p> <p>Les participants admissibles avaient de 18 ans et plus, ils devaient comprendre l'anglais de manière suffisante à comprendre le consentement éclairé et avoir un diagnostic confirmé dans le dossier médicale de la phase IIIB ou IV anticancéreux du poumon, ou de stade IV endocrinien, du sein, gastro-</p>

	<p>intestinales, génito-urinaire, ou d'un cancer gynécologique.</p> <p>Les patients atteints de cancer de stades III du tube de l'ovaire de Fallope et de tous les stades de cancer du pancréas étaient admissibles en raison de l'agressivité de la maladie.</p> <p>Critère d'exclusion étaient des preuves de troubles cognitifs comme indiqué dans leur dossier médicale ou mesurée par le concentration test d'orientation-mémoire (score plus petit que 20). Les patients hospitalisés recevant déjà un traitement psychologique à partir d'un psychiatre ou d'un psychologue.</p> <p>316 patients ont été identifiés comme ayant un diagnostic de cancer avancé grâce à la présélection du dossier électronique du patient et ont été approchés par un membre du personnel de recherche pour le recrutement de l'étude tout en fréquentant des cliniques ambulatoires en oncologie à la Princess Margaret. Sur les 316 individus, 77 (24%) ont acceptés de participer et 60 (19%) ont été inscrit à l'étude.</p> <p>Au total 59 participants ont fourni des données complètes et ont été inclus dans l'analyse factorielle.</p> <p>Les simulations indiquent qu'une taille de 60 personnes pour l'échantillon est suffisant pour une bonne récupération.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Mort d'anxiété a été mesurée en utilisant 15 items DADDS, récemment mis au point pour une utilisation avec les individus avec un cancer avancé ou métastatique</p> <p>Le développement de la mesure a commencé avec la construction d'un bassin initial d'articles inspirés par des échelles d'anxiété de la mort existante. Ces éléments ont été affinés en consultant une équipe pluridisciplinaire de cliniciens et de chercheurs en psychologie, de la psychiatrie, et des soins palliatifs sur les craintes des patients ayant une maladie avancée.</p> <p>La première version de l'instrument se composait de 14 items et montrait une psychométrie prometteuse. Une légère modification en une version de 15 items ( la clarification de la crainte que la mort aurait lieu très prochainement de la crainte que cela arriverait soudainement ou de manière inattendue) était généré suite à l'étude initiale et est l'objet de la présente validation.</p> <p>Les options de réponse sont les suivantes :</p> <p>0 = n'a pas été bouleversée par cette pensée ou cette préoccupation</p> <p>1= J'ai connu très peu de détresse</p> <p>2 = J'ai connu une légère détresse</p> <p>3 = J'ai vécu une détresse modérée</p> <p>4 = J'ai connu une grande détresse</p> <p>5 = J'ai connu une détresse extrême</p> <p>Les scores totaux DADDS peuvent varier de 0 à 75 points, les scores les plus élevés indiquent une plus grande angoisse de mort.</p> <p>- La dépression a été mesurée en utilisant le Patient Santé Questionnaire ( PHQ-9) et la composante de la dépression des troubles de l'humeur et des options des troubles de l'humeur par SCID ; Module of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual Disorders ; entretien semi-structuré qui permet aux intervieweurs de faire des diagnostics basés sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Il est considéré comme une norme pour les diagnostics de recherche de dépression et a été utilisé chez les patients avec un cancer avancée.</p> <p>- Anxiété a été évaluée avec le trouble anxiété généralisée « disorder 7 » largement utilisé et validé en 7 items, mesure autodéclaré de l'évaluation primaire des troubles mentaux qui a été administré dans la population cancer.</p> <p>Les scores peuvent varier de 0 à 21, les scores les plus élevés indiquent une plus grande anxiété généralisée .</p> <p>- la préparation pour la fin de vie a été évaluée en utilisant une sous-échelle de quatre éléments de la qualité de vie à la fin de vie du cancer. L'échelle a été spécifiquement développée pour évaluer la qualité de vie des populations en soins palliatifs et a été validée pour les cancers avancés. La sous-échelle de préparation évalue les préoccupations financières et émotionnelles qui indiquent un manque de préparation en cas de décès . Les scores peuvent aller de 4 à 20, les scores les plus élevés indiquent une plus grande préparation</p>
Déroulement de l'étude	<p>Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Health Network.</p> <p>Reçu un consentement éclairé qui a dû être signé.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Le tableau 1 présente les statistiques descriptives sur l'échantillon, l'échantillon était essentiellement féminin, de race blanche, marié et instruit au dessus du niveau secondaire. Le cancer le plus commun était gastro-intestinal et le temps moyen depuis le diagnostic de cancer était de 2,5 ans.</p> <p>Basé sur le SCID ( = Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental</p>

	<p>Disorders ; SCID categories : 0 = pas de depression, 1 = dépression mineure, 2 = dépression majeure) un tiers des participants ont été diagnostiqués avec une forme de dépression avec 16% de participants répondant aux critères de la dépression majeure.</p> <p>La plupart des participants avec une bonne capacité physique avec 70% des participants avec un score de 80 (« activité normale avec effort, certains signes et symptômes de la maladie »)</p> <p>The DADDS a pris environ 5 – 10 minutes aux patients pour les remplir. Au total 59 participants ont fourni des données complètes et ont été inclus dans l'analyse factorielle.</p> <p>Fig. 1 ; le dépistage a indiqué la présence d'un seul facteur dominant. Ce facteur a représenté un peu plus de 75% de la variance commune entre les éléments.</p> <p>La mesure Kaiser-Meyer-Olkin d'échantillonnage était de 0,9 et le test de Bartlett était significative ( chi-carrés (degrés de liberté) = 719 (105), <math>P &lt; 0.0001</math>) les deux indiquent que l'analyse factorielle était appropriée.</p> <p>Le tableau 2 présente la saturation des facteurs et d'autres statistiques des items. La saturation des facteurs étaient élevées et allaient de 0,57 à 0,87 point. L'Items 7 ( courir après le temps), l'Item 5 ( ne pas avoir de futur), Item 1 ( ne pas avoir faire toutes les choses que je voulais faire) et item 6 ( les opportunités manquées dans ma vie) ont les plus hauts scores, tous supérieur a 0,80.</p> <p>Les items les plus pénibles sont relation avec la nature ( relational in nature), concernant l'impact de la mort de l'un sur les autres et d'être un fardeau pour eux</p>
Présentation des résultats	<p>-Mort d'anxiété était corrélée négativement avec la préparation pour le fin de vie (<math>r = -0.68</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>)</p> <p>- Mort d'anxiété a été positivement corrélée avec anxiété généralisée (<math>r = 0.63</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>) et dépressif symptôme (PHQ-9 ; <math>r = 0.50</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>)</p> <p>- il y avait une relation significative entre diagnostic SCID et l'angoisse de mort (<math>F(2,54) = 9.82</math>, <math>P = 0.0002</math>)</p> <p>Mort d'anxiété a été associée à moins de préparation pour la fin de vie (<math>r = -0.68</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>), plus anxiété généralisée (<math>r = 0.63</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>) et plus de symptômes sévères de dépression (<math>r = 0.50</math>, <math>P &lt; 0.0001</math>)</p> <p>- les personnes souffrant de dépression majeure avaient une plus grande angoisse de la mort que les non déprimés. Les personnes souffrant de dépression mineure ont également une plus grande angoisse de la mort que les non déprimées.</p> <p>- Il n'y avait aucune différence significative dans l'angoisse de mort entre les individus avec dépressions majeures et mineures.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cette étude était un examen préliminaire de la validité de la DADDS dans un échantillon de patients atteints de cancer avancé. Conformément à la psychométrie d'une version antérieure de l'échelle, le 15 éléments DADDS a démontré une structure interne fiable et a montré une bonne validité de construction.</p> <p>- les personnes atteintes de dépression mineure ont été trouvées à des niveaux similaires de l'angoisse de mort que celles souffrant de dépression majeure, qui laisse à penser que la dépression, même sous le seuil de la maladie avancée peut être associée à des niveaux importants sur le plan clinique de détresse qui peuvent bénéficier d'une intervention</p> <p>-Les limites de l'étude comprennent des données autodéclarées, qui peuvent affecter la fiabilité des résultats.</p> <p>-Le faible taux de recrutement</p> <p>-La petite taille de l'échantillon</p> <p>-La conduite de l'étude dans le cadre d'un essai thérapeutique psychologique peut avoir une influence sur la représentativité de l'échantillon, qui a son tour affecte la reproductibilité et la généralisation des résultats.</p>
Perspectives futures	<p>Les futures recherches pourraient chercher à mieux tester l'DADDS dans un échantillon plus large et plus représentatif de patients atteints de cancer avancé, avec une attention particulière aux questions de la validité discriminante, de la stabilité de l'évaluation dans le temps et l'acceptation de l'instrument par les patients.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	
Evaluation	<p>En conclusion, l'échelle DADDS avec ses 15 éléments est une mesure prometteuse de l'angoisse de</p>



globale	mort dans la maladie avancée qui peut fournir des informations utiles aux cliniciens techniciens et chercheurs qui cherchent à intervenir auprès de personnes en détresse face à la fin de vie
---------	--

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative**

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 19(12), 599-605.  Le titre est clair, détaillé.  Interventions de soutien spirituel en soins infirmiers pour les patients souffrants d'anxiétés de la mort dans la phase finale de la vie.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Il contient les objectifs, la méthodologie, les résultats et une conclusion.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			x	L'objectif de l'étude est nommé clairement mais pas le problème de recherche.  Objectif : Le but de cette étude est d'étudier quelles sont les activités de l'intervention de soutien spirituel de la NIC utilisées chez les patients avec le diagnostic infirmier « mort anxiété » en république Tchèque et quelles activités pourraient réalistement être mises en œuvre en pratique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Plusieurs résultats de différentes recherches sont formulés.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Pas de cadre théorique clairement formulé mais certains concepts découlent de cette introduction.  Spiritualité : La spiritualité est un phénomène humain universel. Il est un facteur d'intégration dans la recherche du sens de la vie, y compris les aspects existentiels et religieux (Byrne 2002)  Soutien spirituel : aider le patient à se sentir en équilibre et d'une connexion avec une plus grande puissance » (Mok et al 2010) Activité de soins infirmiers pour un soutien spirituel sont liées à l'écoute active, la présence avec le patient, le respect et le soutien de la dignité (Cavendish et al, 2003 ; van Leewen et al, 2006 ; doorenbos et al 2011)
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x		Il n'y a pas de formulation d'hypothèse
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		x		
<b>Méthodes</b>	-Le devis de recherche est-il	x			L'étude interroge 468 infirmières de la République

Devis de recherche	décrit ?				Tchèque et utilise un questionnaire quantitatif avec une échelle de Likert.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Explication de la population d'intérêt, de la taille de l'échantillon, des données où ils les ont trouvées.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	Selon Tichacek (2004), une taille appropriée pour un échantillon de recherche est de 2,5% de la population, soit 750 infirmières. Un total de 750 questionnaires ont donc été distribués. Dès 750 questionnaires distribués, 468 infirmières ont pris part (62,4 %) Le taux de 62,4 % de réponses se compare favorablement avec un taux de 54% dans la recherche sur l'intervention NIC chez les infirmières paroissiales aux Etats-Unis.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Questionnaire créé sur la base d'une étude phénoménologique pilote. Demande de données démographiques, religiosité. 29 séries de questions qui correspondaient à chaque activité définie dans l'intervention soutien spirituel NIC.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			-évaluation des participants sur 2 échelles. Un de likert à 5 points relatifs à la fréquence d'utilisation et l'autre à la faisabilité de la mise en œuvre dans la pratique avec les valeurs de la première échelle allant de 1= toujours à 5 = jamais et pour la deuxième de 1 = toujours à 5= ne savent pas .  La cohérence interne a été testée dans une étude pilote qui a été suivi par 20 infirmières de pratique clinique.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			L'approbation éthique a été obtenue à partir du comité d'éthique de la faculté des sciences de la santé Université Palacky. Le but de l'étude a été expliqué aux participants potentiels et le consentement éclairé a été obtenu.  -date et durée de la collecte des données. -description de la procédure.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			x	Analyses et statistiques présentes.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Présentation des résultats sous forme de tableaux, statistique, commentaires présents pour argumenter les résultats.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Les résultats indiquent que les infirmières tchèques comprennent un soutien spirituel plus dans la dimension existentielle, par exemple le traitement de l'individu avec dignité et respect, l'écoute active, en étant présent avec le patient
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Il y avait une préoccupation que certaines infirmières auraient répondu par rapport aux attentes perçues, même si l'anonymat est garanti.

				Il y avait peu de réponses à la question ouverte sur les circonstances liées à l'utilisation des activités mais les résultats étaient toujours valables.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x		Conclusion qui explique que les infirmières peuvent utiliser les activités de soutien spirituel de la carte réseau avec la patient souffrant d'anxiété de la mort dans les soins de fin de vie.  D'autres recherches devraient se concentrer sur la documentation des activités de soutien spirituel et de l'analyse de la planification des soins infirmiers.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x		L'article contient différentes parties bien structurées et définies. Il y a un résumé, qui représente bien l'étude. L'article est bien analysé. Il y a plusieurs tableaux avec commentaires. L'écriture est simple.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x		Conclusion qui explique que les infirmières peuvent utiliser les activités de soutien spirituel de la carte réseau avec la patient souffrant d'anxiété de la mort dans les soins de fin de vie. Se soutien spirituel aide à protéger contre l'anxiété de la mort et des préoccupations concernant la perte de la dignité. Il aide à faire face à la réalité de la mort imminente. Changement dans l'enseignement et du programme.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Titre : Interventions de soutien spirituel en soins infirmiers pour les patients souffrant d'anxiété de la mort dans la phase finale de la vie.  Références : Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 19(12), 599-605.
<b>Résumé</b>	Quelles sont les interventions infirmières pour le classement NIC pour les patients qui ont le diagnostic infirmier « anxiété face à la mort » en République Tchèque. Et quelles activités peuvent être implanter dans la pratique.  <b>Objectif</b> : le but de cette étude était d'étudier quelles activités de l'intervention du soutien spirituel de la carte réseau sont utilisées chez les patients avec le diagnostic infirmier « mort anxiéuse » dans la République Tchèque et quelles activités pourraient réalistement être mis en œuvre dans la pratique.  <b>Méthode</b> : 468 infirmières de République Tchèque, qui ont utilisé un questionnaire de Likert scales.  <b>Résultats</b> : Plus utilisé l'intervention pour « la dignité et le respect » et moins souvent « prier avec l'individu ».  <b>Conclusion</b> : Dans les société de la république Tchèque, les infirmières peuvent utiliser les intervention de la NIC pour les interventions spirituelles pour la fin de vie.
Recension des écrits	-Peur de la mort et d'être mourant est généralement liée à un sentiment de perte ou une menace à la dignité, il peut causer un désir d'accélérer la mort. En concervant la dignité cela protège contre l'angoisse de la mort et constitue une priorité pour les patients en fin de vie (Chochinov, 2006 ; Shim et Hahm, 2011). - un soutien spirituel offre une perspective sur une fin de vie naturelle et aide à surmonter l'inconnu et

	<p>d'une mort anxieuse ( shih et al, 2009)</p> <p>-Un environnement compatissant et bienveillant apporte de l'espoir, aide les gens à faire face à la réalité de la mort, et affecte le bien-être spirituel dans la phase terminale de la vie (Mok et al, 2010)</p> <p>-Les activités de soins infirmiers pour un soutien spirituel sont liées à l'écoute active, la présence avec le patient, le respect et le soutien à la dignité (Cavendish et al, 2003, van Leeuwen et al, 2006 ; Doorenbos et al, 2011)</p> <p>- Fournir un soutien spirituel est aussi influencé par la façon dont les infirmières perçoivent la spiritualité ( Aubin, 2009 ; Costello, 2009).</p> <p>Dans un pays avec plusieurs cultures religieuses, soutien spirituel est entendu dans plusieurs dimensions religieuses ( Baldacchino 2006 ; Cavendish et al, 2003 ; Kuuppelomäki 2001)</p> <p>-La classification infirmier Intervention (NIC) du centre de la classification des soins infirmiers et de l'efficacité clinique est un langage standardisé complet décrivant les traitements que les infirmières effectuent dans tous les milieux et dans toutes les spécialités (Bulechek et al, 2008). Il a été utilisé partout dans le monde et a été traduit dans les langues de pays à très différentes traditions culturelles et a des degrés variables de laïcisation de la société ( par exemple chinois, japonais, allemand, néerlandais, espagnol et italien).</p> <p>Le NIC énumère 25 interventions liées au diagnostic infirmier « mort d'anxiété ». L'intervention « soutien spirituel » se classe parmi les priorités et comprend 29 activités avec des dimensions religieuses et existentielles.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Pas formulé clairement ;</p> <p>Anxiété, peur, mort, spiritualité :</p> <p>La spiritualité est un phénomène humain universel. Il est un facteur d'intégration dans la recherche du sens de la vie, y compris les aspects existentiels et religieux ( Byrne 2002)</p> <p>Soutien spirituel : aider le patient à se sentir en équilibre et d'une connexion avec une plus grande puissance » (Mok et al 2010)</p> <p>Activité de soins infirmiers pour un soutien spirituel sont liés à l'écoute active, la présence avec le patient, le respect et le soutien de la dignité ( Cavendish et al, 2003 ; van Leewen et al, 2006 ; doorenbos et al 2011)</p>
Hypothèses	Il n'y a pas d'hypothèse
Méthodes Devis de recherche	L'étude interroge 468 infirmières de la République Tchèque et utilise un questionnaire quantitatif avec une échelle de Likert.
Population et contexte	<p>La population d'intérêt a été enregistré par des infirmières travaillant dans les établissements de santé et de services sociaux qui offrent souvent des soins de fin de vie. Un total de 750 questionnaires ont été distribué aux 34 établissements de santé et de services sociaux au République tchèque.</p> <p>Les participants admissibles ont été les infirmières avec une expérience d'au moins 1 an de travail dans un centre de soins palliatif, oncologie, gériatrie, établissement de soins à long terme, un foyer pour personne âgées, ou les soins à dom.</p>
Collecte des données et mesures	<p>750 questionnaires</p> <p>La recherche a été menée de Janvier à Mai 2011 dans le cadre d'un vaste programme de recherche axé sur les soins infirmiers par rapport à l'angoisse de mort. Les questionnaires ont été distribués à toutes les infirmières dans tous les centres de soins palliatifs, d'oncologie et de gériatrie de la République Tchèque . Il a également été distribué aux infirmières des établissements de soins à long terme , des maisons pour les soins aux personnes âgées et la maison qui a assisté à la conférence nationale « Mourir avec dignité II à Olomouc . Les administrateurs du questionnaire ont visité personnellement chaque site avec des boîtes de collecte de questionnaire. Les chercheurs ont été aveuglés aux noms et lieux de travail des participants de maintenir l'anonymat.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Questionnaire a été créé sur la base de l'étude phénoménologique pilote (Kisvetrová Kutnohorská , 2010) Ainsi que sur des demandes de données démographiques, y compris la religion. Il contenait 29 séries de questions qui correspondaient à chaque activité définie dans les interventions soutien spirituel NIC. Ils ont demandé aux participants d'évaluer chaque élément sur 2 échelles ; une likert à 5 points relative à la fréquence d'utilisation et l'autre à la faisabilité de la mise en œuvre dans la pratique avec les valeurs de la première échelle allant de 1 = toujours à 5 = jamais et pour la deuxième de 1 = toujours 5 = ne savent pas. La cohérence interne a été testée dans une étude pilote qui a été suivi par 20 infirmières de pratique clinique, et l'alpha de Cronbach a été jugée 0,92 .</p>

<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les données ont été traitées à l'aide du logiciel statistique SPSS version 15. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour afficher les données démographiques. Les différences dans la fréquence déclarée de l'utilisation des activités et avis sur la faisabilité de lieu de travail et de la religiosité ont été évaluées par le test du chi carré. Si la signification statistique a été trouvée, le test du chi carré avec correction de Bonferroni a ensuite été utilisé avec le niveau de signification statistique fixé à <math>P &lt; 0,05</math>. Les différences par l'expérience de travail ont été évaluées par le test de Kruskal-Wallis. Si la signification statistique a été trouvée, le test de Mann - Whitney avec correction de Bonferroni a été appliqué, avec une signification statistique fixée à <math>P &lt; 0,05</math>.</p>
<b>Présentation</b> des résultats	<p>-L'activité la plus fréquemment utilisée était « traiter un individu avec dignité et respect », l'activité utilisée le moins souvent était « prier avec l'individu »</p> <p>-Foyers pour personnes âgées avaient les participants les plus expérimentés (expérience médian 21 ± 9,4 ans) ; les hospices avaient les participants moins expérimentés (expérience médiane de 10 ± 10,1 ans).</p> <p>Seulement 8,3% (39) des infirmières indiquent des circonstances spécifiques qui affectent l'implantation d'interventions spirituelles dans leur pratique. 5 catégories de déclaration ont été définies par l'analyse du contenu : les compétences, la religion, la vie privée, le temps et gestion du travail. Box 1.</p> <p>Le tableau 3, énumère les activités pour lesquelles les infirmières de soins palliatifs ont répondu « toujours » ou « souvent » en ce qui concerne la fréquence d'utilisation nettement plus que les infirmières des autres sites. Les infirmières religieuses ont répondu « parfois » ou « rarement » en ce qui concerne la fréquence d'utilisation nettement plus souvent que les infirmières non-religieuses pour « Prier avec l'individu » (46% vs 22,8% ; <math>P &gt; 0,001</math>) et « être à l'écoute de son individu sentiments » (20,5% vs 12,7 % ; <math>P = 0,007</math>). Il n'y avait pas de résultats significatifs en ce qui concerne la fréquence pour tous les autres sous-groupes.</p> <p>Tableau 4 ; recense les activités pour lesquels il y a eu beaucoup d'infirmières qui ont répondu « oui » ou « partiellement » au sujet de la faisabilité d'une activité, se sont les infirmières qui sont dans les hospices, ensuite celles qui sont dans les EMS puis les infirmières religieuses. Les activités : « la participation dans les interactions entre les membres de la famille, les amies et les autres », « être ouvert aux problèmes individuels » « être disponible pour écouter les sentiments des individus ». Les infirmières religieuses pensent que c'est plus difficile de proposer ses trois activités.</p> <p>Activité « offrir l'opportunité pour une discussion au sujet de différents systèmes de croyance et vision du monde » Pour cette activité, les infirmières avec le plus grand nombre d'années d'expérience répondent « je ne sais pas » tandis que celles qui répondaient « oui » ou « partiellement » étaient celles qui avaient moins d'années d'expériences.</p> <p>« être ouvert /écouter aux problèmes des individus » et « être à l'écoute de la manière dont les individus expriment leur solitude et leur impuissance ». Face à ces activités les infirmières qui ont beaucoup d'années d'expériences répondent qu'il est difficile de faire ses deux activités tandis que les infirmières avec moins d'années d'expériences répondent que « oui » c'est possible ou « partiellement ».</p> <p>Activité : « offrir des supports spirituels voulus, selon les préférences de l'individu » face à cette activité, les infirmières avec plus d'expériences répondent « difficilement » ou « non ».</p> <p>L'activité « être disponible pour écouter les individus » était considérée comme très importante par un tiers des infirmières. C'est la troisième activité la plus fréquemment utilisée. Celle-ci était surtout utilisée par les infirmières hospitalières.</p> <p>Un cinquième des infirmières pensent que cette activité est très importante.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats indiquent que les infirmières tchèques comprennent un soutien spirituel plus dans la dimension existentielle, par exemple le traitement de l'individu avec dignité et respect, l'écoute active, en étant présent avec le patient.</p> <p>En 2011, seulement 20,6 % de la population se sont identifiés comme croyants (Office tchèque des statistiques, 2011). Une tendance similaire a été perçue dans la population britannique (Paley, 2008). Dans la présente étude, 42,7 % ont déclaré qu'ils étaient croyants.</p> <p>Selon les études de Walter et Davie (1998), van Leeuwen et al (2006), et Paley (2008), les soins pour la phase terminale étaient renforcés par les croyances des infirmières et par leur sexe. Certains auteurs ont spécifiquement discuté de la façon que le soutien spirituel peut être affecté par les croyances religieuses des infirmières (Cavendish et al, 2003 ; Aubin, 2009 ; Costello, 2009). Dans la présente étude les croyants ont plus fréquemment utilisés les activités «encourager l'utilisation des ressources spirituelles, si cela est souhaité», « propre perspective spirituelle », le cas échéant » et « prier avec l'individu ».</p>

	<p>Une recherche parmi les infirmières finlandaises a révélé que la moitié a pris part à des discussions sur le sens de la vie (Kuuppelomäki, 2001). Une activité similaire « partager ses propres croyances sur le sens et le but selon le cas » a été effectuée très rarement par les infirmières de la présente étude. Cette activité a été utilisée plus fréquemment par les infirmières de soins palliatifs. Cela peut être parce que, dans un hospice infirmières d'un environnement face à la mort et mourir la manière est très ouverte. (Penson et al, 2005)</p> <p>Similaire aux infirmières américaines (Cavendish et al, 2003), les infirmières dans la présente étude utilisent fréquemment les activités « assurer l'individu que l'infirmière sera disponible pour les soutenir dans les moments de souffrance » et « Être ouvert aux sentiments de l'individu sur la maladie et la mort ».</p> <p>Les activités des soins infirmiers de soutien spirituel sont connectés avec empathie, l'écoute active, la présence avec le patient, l'effort pour aider le patient à accepter leurs pensées et sentiments, et le respect (Cavendish et al, 2003, Penson et al, 2005 ; van Leewen et al, 2006).</p> <p>En soins palliatifs, l'écoute active peut aider le patient à exprimer leurs émotions et à soulager l'anxiété de la mort (Nixon et narayanasamy, 2010) La présente étude peut soutenir cet argument en ce qui concerne l'activité « être disponible pour écouter les sentiments individuel » a été signalé être très important pour un tiers des infirmières et était la troisième activité la plus fréquemment utilisée.</p> <p>Cette activité a été signalé être plus fréquemment utilisé par les infirmières des soins palliatifs, peut-être parce que les infirmières de la République Tchèque dans les établissements des soins de santé sont généralement évaluées par leur productivité.</p> <p>La documentation des soins infirmiers ne reflète pas la valeur du temps passé avec le patient (Edwards et al, 2010). Cependant, la recherche a démontré l'importance d'être disponible pour écouter les sentiments de l'individu dans les soins pour les personnes âgées les patients dans les maisons de soins infirmiers et les patients en oncologie (Taylor, 2006 ; Lopez, 2007 ; Sherman et al, 2010).</p> <p>Les résultats pour les infirmières de soins palliatifs tchèques dans cette activité sont similaires à ceux des infirmières irlandaises de soins palliatifs (Bailey et al, 2009). Cela peut être une conséquence de la notion de soins palliatifs, dans lequel l'écoute et l'accompagnement sont des éléments importants des soins de fin de vie des soins infirmiers.</p> <p>Solitude est également un besoin spirituel. C'est un sensible challenge pour les infirmières de fournir du temps et de l'espace pour expérimenter la paix et le calme ( Nixon et naryanasamy, 2010 ; Milligan, 2011) . Cela correspond à l'activité « assurer l'intimité et des périodes calmes pour les activités spirituelles » qui a été jugée importante par un cinquième des infirmières. Elle a été réalisée de manière significative plus fréquemment dans les hospices, où les patients peuvent être plus conscient et accepter que la mort soit imminente.</p> <p>L'activité « traiter l'individu avec dignité et respect » est d'une importante majeure pour un patient en fin de vie qui souffre d'une mort avec anxiété ( Coenen et al, 2007).</p> <p>Les infirmières de la présente étude ont également indiqué que lors de la réalisation des activités, elles ont été limités par certains facteurs, qui ont été regroupés dans les domaines suivants : la compétence, la religion, la vie privée, le temps et la gestion du travail.</p> <p>D'autre études indiquent que les infirmières sont compétentes dans les activités de soutien spirituel lié à des soins holistiques (Baldacchino, 2006)</p>
Perspectives futures	<p>L'étude a révélé que dans la société tchèque d'aujourd'hui, les infirmières peuvent utiliser les activités de soutien spirituel de la carte réseau avec les patients souffrant d'anxiété face à la mort dans les soins de fin de vie. Si les infirmières réalisent l'importance de ces activités, ils se soucient pour le patient avec empathie, avec dignité et respect. Le soutien spirituel aide à protéger contre l'anxiété et les préoccupations concernant la perte de la dignité et la mort. Il aide à faire face à la réalité de la mort imminente.</p> <p>L'étude a également révélé qu'il est nécessaire d'apporter des modifications à ce cycle contemporain et du programme des soins infirmiers et d'intégrer l'enseignement de compétence de soutien spirituel.</p> <p>Les questionnaires de soins de santé devraient soutenir la formation infirmière à l'appui spirituel et définir les compétences pour les soins spirituels</p>
<b>Questions générales</b>	
Evaluation globale	D'autres recherches devraient se concentrer sur la documentation des activités de soutien spirituel et de l'analyse de la planification des soins infirmiers.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative**

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			<p>Tsai, J. S., Wu, C. H., Chiu, T. Y., Hu, W. Y., &amp; Chen, C. Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 29(4), 344-351.</p> <p>Oui, le titre permet de saisir le problème de recherche, il est clair et bien détaillé.</p> <p>Peur de la mort et de la bonne mort parmi les jeunes et les personnes âgées avec un cancer terminal à Taïwan</p>
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Oui, il contient les objectifs de l'étude, la méthodologie, une conclusion. Par contre le cadre théorique n'est pas clairement défini ainsi que le devis.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Cette étude visait à étudier la relation entre le niveau de la peur de la mort et de l'échelle de bonne mort en deux groupes d'âge.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			<p>Il y a un résumé d'étude et des résultats déjà chercher pour ce thème</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les études ont réalisé que l'âge, le sexe, les croyances religieuses sont associés avec un niveau d'anxiété de la mort et que les personnes âgées ont une attitude plus modérée face à la mort que les jeunes adultes (Keller, Sherry &amp; Piotrowski 1984 ; Kalish 1985).</li> <li>- Jeffers et Verwoerd (1977) ont trouvé que les personnes âgées exposaient des émotions ambiguës / attitudes face à la mort.</li> <li>- Neimeyer et Fortner (1995) signalent que les femmes âgées affichent des niveaux plus élevés d'anxiété de la mort que leur contrepartie homologue.</li> <li>- C'est une évidence qu'il y a une relation entre une forte croyance religieuse et la peur de la mort. Et que le manque de croyance religieuse, de soutien social ou d'estime de soi peuvent contribuer à un degré plus élevé de peur face au décès ( Bond CW. Religiosity, age, gender and death anxiety. Available at <a href="http://dunamai.com/surrey/fddy4/fddy.htm">dunamai.com/surrey/fddy4/fddy.htm</a> )</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	Il y a une définition d'une « bonne mort » selon Weisman (1988). Mais pas de définition concrète sur la « peur de la mort »
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			x	<p>Il y a une formulation d'une hypothèse face à la « bonne mort » chez les personnes âgées. Mais elle n'est pas formulée clairement</p> <p>A Taïwan, plus de 50 % des patients atteints de cancer en phase terminale sont des personnes âgées . Ceux-ci souffrent aussi généralement de symptômes plus graves, détérioration des fonctions et plus de complications que les jeunes patients.</p>

				Les conditions physiques et mentales de ces patients conduisent souvent à l'implication étroite de leurs familles dans les décisions médicales, par rapport à leurs homologues plus jeunes ou les patients sont moins gravement malade. La participation de la famille dans la prise de décision pourrait compromettre l'autonomie des patients et interférer avec la réalisation de leur belle mort.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x		Il y a eu aucune étude empirique présentée visant à comprendre la cause de la peur face à la mort et de sa relation avec une bonne mort.  Weisman a défini une bonne mort comme celle où la souffrance d'un patient est réduite autant que possible et que la mort est accompagnée par de la dignité.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		x	Devis quantitatif mais il n'est pas formulé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x		Oui ; patients avec divers cancers terminaux, admis à l'unité de soins palliatifs à l'hôpital de l'université nationale de Taïwan. Identification par les membres du comité d'admission et étaient sous des soins actifs fournis par une équipe multidisciplinaire. Rencontre : une fois par semaine. 2 groupes formés par rapport à leur âge.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x		Pas mentionné clairement dans le texte qu'il est adéquat par rapport au contexte de la recherche.  Les sujets de cette étude inclus 224 patients hospitalisés atteints de cancers terminaux ; 129 hommes et 95 femmes.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x		Oui, ils sont décrits.  Rencontre une fois par semaine  Une clinique appropriée à l'instrument de la qualité de mourir doit être dérivée du point de vue des participants de soins de fin de vie et comprennent des multiples domaines d'expériences importantes pour les patients et les familles.  Évaluation de la bonne mort selon 5 facteurs Évaluation de la peur de la mort avec 5 scores sur l'échelle
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x		Toutes les données ont été analysées à l'aide de SPSS 10.0 logiciel de cal. Fréquence, moyenne et l'écart type ont été utilisés pour décrire les données démographique.  Moyenne et écart type ont été utilisés pour l'analyse de « peur de la mort » et la « bonne mort » .
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x		Oui la procédure de recherche est décrite.  L'étude a été approuvée par le ministère de la Santé Yuan exécutif de Taïwan et le comité de l'éthique de l'hôpital universitaire de Taïwan.



<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Ils ont utilisé des test <i>t</i> pour comparer les différences de toutes les variables entre deux groupes d'âge ; et le test <i>t</i> apparié a été utilisé pour comparer les différences de la « peur de la mort » entre les trois points dans le temps au sein de chaque groupe d'âge. A <i>P</i> valeur inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			La recherche contient plusieurs tableaux (8 tableaux) avec des commentaires par rapport à chaque résultat des différents tableaux.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			x	Les résultats parlent de la peur de la mort et de leurs différences face à l'âge. Ils parlent de son évolution face à une prise en charge hospitalière. Et de la corrélation face à la crainte de la mort et de la bonne mort. Pourtant le cadre théorique n'est pas formulé clairement.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Ces résultats suggèrent que la réduction de la peur de la mort représente un facteur important vers une bonne mort.  Bien que les études précédentes indiquent que le niveau de la peur de la mort des patients âgés est généralement inférieur à celui de leurs homologues plus jeunes, cette études n'a montré aucune différence significative dans le niveau de la peur de la mort entre les deux groupes d'âge à l'admission et une semaine après l'admission. Le niveau de la peur de la mort du groupe des personnes âgées ont tendance à être plus élevé que celui des personnes plus jeunes lors des deux jours avant la mort.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			L'observation globale par l'équipe de soins palliatifs a été utilisée dans cette étude. Selon Steinhäuser et al, l'observation est plus utilisée lorsque l'évaluation directe par le patient n'est pas disponible, mais il n'est pas un très bon indice de sentiment subjectif du patient. Ainsi les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, car les données ne sont pas directement rapportées par les patients.  Comme un seul élément a été utilisé pour évaluer la peur de la mort dans l'étude, d'autres aspects de la peur de la mort n'ont pas été évalués. Bien que nous estimons que des soins complets actifs dans une unité de soins palliatifs est utile pour diminuer la peur de la mort et améliorer la qualité de la mort, les résultats de l'étude ne pouvaient pas préciser les effets de la prise en charge globale des patients atteints de cancer en phase terminale
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Ils font référence à l'importance des soins psychospirituels pour les personnes âgées, de la communication avec la famille, du respect, de l'autonomie.  Ils mettent en évidence l'importance d'une équipe

					pluridisciplinaire ( aumôniers..)
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				L'article est bien écrit, il y a un résumé, une introduction, la méthodologie est bien détaillée, les résultats sont mis en évidence avec des tableaux, la discussion est très complète.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Importance d'une équipe pluridisciplinaire, importance des soins psychospirituels pour les personnes âgées, communication avec la famille, du respect, de l'autonomie

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<p>Fear of death and good death among the young and elderly with terminal Cancers in Taiwan</p> <p>Peur de la mort et de la bonne mort parmi les jeunes et les personnes âgées avec un cancer terminal à Taiwan</p> <p>Tsai, J. S., Wu, C. H., Chiu, T. Y., Hu, W. Y., &amp; Chen, C. Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 29(4), 344-351.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Objectif</b> : cette étude visait à étudier la relation entre le niveau de la peur de la mort et de l'échelle de bonne mort en deux groupes d'âge.</p> <p><b>Méthodologie</b> : étude menée chez 224 patients avec un cancer terminal et admis dans une unité de soins palliatifs au National Taiwan University Hospital.</p> <p><b>Cadre théorique</b> : pas de description</p> <p><b>Conclusion</b> : la prise en charge globale de l'unité de soins palliatifs pourrait porter au secours de la peur de la mort des patients atteints de cancer en phase terminale. Il y a une nécessité de prise en charge psychologique et spirituelle chez les patients âgés</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Cette étude visait à étudier la relation entre le niveau de la peur de la mort et de l'échelle de bonne mort en deux groupes d'âges.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les études ont réalisées que l'âge, le sexe, les croyances religieuses sont associés avec un niveau d'anxiété de la mort et que les personnes âgées ont une attitude plus modérée face à la mort que les jeunes adultes.</li> <li>- Jeffers et Verwoerd (1977) ont trouvé que les personnes âgées exposaient des émotions ambiguës / attitudes face à la mort.</li> <li>- Neimeyer et Fortner (1995) signalent que les femmes âgées affichent des niveaux plus élevés d'anxiété de la mort que leur contrepartie homologue.</li> <li>- C'est une évidence qu'il y a une relation entre une forte croyance religieuse et la peur de la mort. Et que le manque de croyance religieuse, de soutien social ou d'estime de soi peuvent contribuer à un degré plus élevé de peur face au décès. ( Bond CW. Religiosity, age, gender and death anxiety. Available at <a href="http://dunamai.com/surrey/fddy4/fddy.htm">dunamai.com/surrey/fddy4/fddy.htm</a>.)</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre conceptuel décrit.
Hypothèses	<p>A Taiwan, plus de 50 % des patients atteints de cancer en phase terminale sont des personnes âgées . Ceux-ci souffrent aussi généralement de symptômes plus grave, détérioration des fonctions et plus de complications que les jeunes patients. Les conditions physiques et mentales de ces patients conduisent souvent à l'implication étroite de leurs familles dans les décisions médicales, par rapport à leurs homologues plus jeunes ou les patients sont moins gravement malades. La participation de la famille dans la prise de décision pourrait compromettre l'autonomie des patients et interférer avec la réalisation de leur belle mort. Bien que les personnes âgées sont généralement considérées comme ayant un plus haut degré d'acceptation de l'inévitabilité et moins peur de la mort, des autres recherches supplémentaires justifient les interrelations entre la peur de la mort, de la bonne mort et l'âge</p> <p>Il y a eu aucune étude empirique présentée visant à comprendre la cause de la peur face à la mort et de sa relation avec une bonne mort.</p>

	Weisman (1988) a défini une bonne mort comme celle où la souffrance d'un patient est réduite autant que possible et que la mort est accompagnée par de la dignité.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Pas formulé ; devis quantitatif
Population et contexte	<p>Les participants inscrits à l'étude étaient des patients avec divers cancers terminaux admis à l'unité de soins palliatifs à l'hôpital de l'université national de Taïwan au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 octobre 2001.</p> <p>Les participants ont été identifiés par les membres de comité d'admission et étaient sous des soins actifs fournis par une équipe multidisciplinaire qui comprenait des médecins, des infirmières, des psychologues cliniques, des travailleurs sociaux, des aumôniers bouddhistes cliniques et des bénévoles . L'équipe les a rencontré une fois par semaine.</p> <p>Les récoltes de données pour cette étude, ont été recueillies à partir des dossiers de routines maintenus à des réunions d'équipe, qui ont inclus l'information démographique du patient ( âges, sexe, les origines primaires de cancer, l'implication et la durée des soins par les aumôniers bouddhiste clinique, le nombre de jours d'hospitalisation, et le nombre de jour de survie), et les évaluations de la bonne mort à « deux jours avant la mort » et les évaluations de la peur de la mort au niveau des points de temps de « l'admission », « une semaine après l'admission » et « deux jours avant la mort » .</p> <p>Les sujets ont été divisés en deux groupes d'âge, «jeunes groupe non âgées » et « groupe des personnes âgées » avec le point de coupure de 65 ans, selon la définition de la personne âgée proposée par l'OMS.</p> <p>Les sujets de cette étude inclus 224 patients hospitalisés atteints de cancers terminaux ; 129 hommes et 95 femmes.</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'évaluation de la bonne mort dans l'étude se compose de 5 facteurs, incluant ; la conscience que l'on est en train de mourir ( 0 = ignorance complète, 3 = complète prise de conscience) ; acceptation de la mort paisiblement ( 0 = non acceptation, 3 = acceptation) ; organisation de sa volonté ( 0 = aucune référence sur la volonté du patient , 1= suivre la volonté de la famille seule, 2 = suivant la volonté du patient seul, 3 = suivre la volonté à la fois du patient et de sa famille) ; le moment de la mort ( 0 = pas de préparation, 1 = la famille avait préparé seule, 2 = le patient seul avait préparé, 3 = le patient et sa famille avaient préparé) , et le degré de confort physique 3 jours avant la mort ( 0 = beaucoup de souffrance , 1 = souffrance, 2 = un peu de souffrance , 3 = aucune souffrance.</p> <p>Après la mort de chaque patient, un score de 0 à 15 a été enregistrée pour résumer la mesure dans laquelle il était dans une bonne mort.</p> <p>L'avis de chaque membre a été examiné et le score final pour chaque patient a été décidé conjointement lors de la réunion d'équipe.</p> <p>Le bon score de 163 patients a été recueilli et analysé.</p> <p>L'évaluation de la peur de la mort, a été décidée conjointement par les membres lors de la réunion d'équipe, avec 5 scores sur l'échelle.</p> <p>1 = très peu de crainte, paisible et heureuse ; 2 = peu peur, mais peut être géré sans la présence de quelqu'un ; 3 = peur et un accompagnement est requis mais la peur peut être gérée ; 4 = peur extrême, besoin d'accompagnement/présence et peur de s'endormir la nuit ; 5 démence et confusion, perte d'autonomie, et rejet de l'aide des autres.</p>
Déroulement de l'étude	Ils ont recueilli les réponses de 173 patients face à leur crainte de la mort à l'admission. , puis de 100 patients après une semaine d'admission, puis 2 jours avant la mort de 122 patients.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Toutes les données ont été analysées à l'aide de SPSS 10.0 logiciel de cal. Fréquence, moyenne et l'écart type ont été utilisés pour décrire les données démographique.</p> <p>Moyenne et écart type ont été utilisés pour l'analyse de « peur de la mort » et la « bonne mort » .</p> <p>Ils ont utilisé des teste <i>t</i> pour comparer les différences de toutes les variables entre deux groupes d'âge ; et le test <i>t</i> apparié a été utilisé pour comparer les différences de la « peur de la mort » entre les trois points dans le temps au sein de chaque groupe d'âge. A <i>P</i> valeur inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative</p>
Présentation des résultats	<p>Les sujets de cette étude inclus 224 patients hospitalisés atteints de cancer terminaux : 129 hommes et 95 femmes. L'âge moyen était de 62.13 ans. En ce qui concerne les origines de cancer primaire dans le groupe, les patients atteints de cancer du poumon étaient le plus grand groupe (21,0%), suivi par les patients atteints de cancer du foie (17,4%) et les patients atteints de cancer de la tête et du cou (11,6%). La durée moyenne de l'hospitalisation du groupe de l'objet était de 12,62 jours. Le temps moyen de survie du goupe en question était de 17.01 jours (tableau 1). L'âge moyen des hommes était de 63,80 ans, alors que l'âge moyen des femmes était de 59,85 ans. Il n'y avait pas de différence statistique entre les groupes d'âge des femmes et des hommes.</p> <p>Il y avait 114 sujets dans le « jeune » goupe non âgée dont 62 étaient des hommes et 52 étaient des</p>

	<p>femmes. Et 110 patients dans le groupe âgées , 67 hommes et 43 femmes. La moyenne de la durée d'hospitalisation pour le groupe non âgé était significativement plus longue (12,08 jours ) que celle du groupe des personnes âgées (8.85 jours) Toutefois la durée de survie n'a pas montré de différence statistique entre les deux groupes d'âge (tableau 3)</p> <p>En ce qui concerne la crainte de la mort, le score de la peur de la mort du groupe des personnes âgées était significativement plus élevé alors que le groupe non personnes âgées à l'époque de « deux jours avant la mort ». Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes d'âge les deux autres points dans le temps, qui sont « à l'admission » et « une semaine après l'admission » ( tableau 4).</p> <p>Concernant les différences au sein du groupe entre les périodes de temps sur la peur de la mort , le score de la peur de la mort à « l'admission » était significativement plus élevé que celui à « une semaine après l'admission » et le score de la peur de la mort à une semaine après l'admission » était significativement plus élevé qu'à « deux jours avant la mort » dans les deux groupes (tableau 5 )</p> <p>En bref, les niveaux de crainte de la mort ont diminué graduellement après l'admission dans les deux groupes d'âge.</p> <p>En ce qui concerne l'échelle de « bonne mort », il n'y avait pas de différence significative entre les non-personnes âgées et les personnes âgées dans le groupe . Toutefois en ce qui concerne la corrélation entre la « peur de la mort » et « la bonne mort » dans le groupe non-personnes âgées, il y avait une corrélation négative significative entre le score de la peur de la mort à « une semaine après l'admission » et « acceptation » sous-échelle de la bonne échelle de la mort.</p> <p>Il y avait aussi des corrélations négatives significatives entre le score de la peur de la mort à « deux jours avant la mort » et la sous-échelle « sensibilisation », « acceptation » et « rapidité » et le score total de l'échelle de la bonne mort (tableau 7)</p> <p>Dans le groupe des personnes âgées, il y avait d'importantes corrélations négatives entre le score de la peur de la mort à « deux jours avant la mort » et la sous échelle « bienséance » (convenance de ce qui se dit ou se fait avec ce qui est dû aux personnes, à l'âge, au sexe, à la condition, et avec les usages reçus, les mœurs publiques, le temps, le lieu, etc) « rapidité », « confort » et le score total de l'échelle de bonne mort ( tableau 8)</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Dans cet échantillon de 224 patients, les analyses suggèrent les choses suivantes : d'abord que le groupe des personnes âgées affichait un plus haut degré de la peur de la mort comparativement au groupe de non âgées à deux jours avant la mort. Deuxièmement, le niveau de la peur de la mort, indépendamment de l'âge, a diminué sous la prise d'une charge globale dans un cadre palliatif. Troisièmement, les patients qui affichaient un niveau bas de crainte face à la mort avaient un score plus élevé face à la bonne mort deux jours avant la mort. Ces résultats suggèrent que la réduction de la peur de la mort représente un facteur important vers une bonne mort.</p> <p>Bien que les études précédentes indiquent que le niveau de la peur de la mort des patients âgés est généralement inférieur à celui de leurs homologues plus jeunes, cette étude n'a montré aucune différence significative dans le niveau de la peur de la mort entre les deux groupes d'âge à l'admission et une semaine après l'admission. Le niveau de la peur de la mort du groupe des personnes âgées a tendance à être plus élevé que celui des personnes plus jeunes lors des deux jours avant la mort.</p> <p>Il peut également être vrai que les patients plus jeunes sont susceptibles d'avoir une plus grande importance de détresse spirituelle, une anxiété face à la mort et par conséquent l'équipe médicale fournit plus de soins. Ces facteurs pourraient expliquer pourquoi les patients âgés affichent un degré plus élevé de la peur de la mort deux jours avant la mort. Ainsi on ne peut pas tenir pour acquis que les personnes âgées affichent un plus haut degré d'acceptation de l'inévitabilité de la mort et de moins de crainte dans leur visage.</p> <p>En plus de soulager leurs malaises physiques, les cliniciens devraient prêter une attention à l'importance des soins psychospirituels pour les personnes âgées. Il est nécessaire de garder une attention à la communication avec leurs familles, le respect de leur autonomie et de promouvoir leur spiritualité.</p> <p>En plus d'autres spécialistes professionnels, aumôniers bouddhistes cliniques jouent un rôle important dans le processus en fournissant des conseils spirituels aux patients et aux membres de la famille face à la mort. Cela peut atténuer des souffrances physiques et psychologiques et atténuer le degré de peur face à la mort.</p> <p>Les participants avec un niveau de crainte de la mort inférieur obtiennent de meilleurs résultats sur l'échelle de la bonne mort dans les deux groupes d'âge, en particulier au niveau de deux jours avant la</p>

	<p>mort.</p> <p>Si nous nous concentrons sur les éléments individuels de l'échelle de la bonne mort, il est intéressant de noter que les articles corrélatifs sont différents entre les deux groupes d'âges . Si un patient atteint de cancer sait parfaitement que la mort est proche, si l'on peut accepter pacifiquement le fait de mourir, et si les patients et les membres de la famille sont prêts à accepter la mort du patient se sont des facteurs importants associés à une bonne mort dans le jeune groupe.</p> <p>D'autre part, si les membre de la famille du patient sont prêts à accepter la mort du patient, si les membres de la famille du patient sont satisfaits de l'arrangement des volontés du patient et si les patients sont à l'aise physiquement sont associés à une bonne mort dans le groupe des personnes âgées. Ainsi les questions soulignées pour une bonne mort sont différents selon l'âge.</p>
Perspectives futures	<p>Ils font référence à l'importance des soins psychospirituels pour les personnes âgées, de la communication avec la famille, du respect, de l'autonomie.</p> <p>Ils mettent en évidence l'importance d'une équipe pluridisciplinaire ( aumôniers..)</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	
Evaluation globale	<p>L'observation globale par l'équipe de soins palliatifs a été utilisée dans cette étude. Selon Steinhauser et al., l'observation est plus utilisée lorsque l'évaluation directe par le patient n'est pas disponible, mais il n'est pas un très bon indice de sentiment subjectif du patient.</p> <p>Ainsi les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, car les données ne sont pas directement rapportées par les patients.</p> <p>Comme un seul élément a été utilisé pour évaluer la peur de la mort dans l'étude, d'autres aspects de la peur de la mort n'ont pas été évalués. Bien que nous estimons que des soins complets actifs dans une unité de soins palliatifs est utile pour diminuer la peur de la mort et améliorer la qualité de la mort, les résultats de l'étude ne pouvaient pas préciser les effets de la prise en charge globale des patients atteints de cancer en phase terminale.</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.