

Travail de Bachelor

Directrice de Travail : **Naamat Messmer**

REC

La Spiritualité de l'infirmier dans l'accompagnement des personnes en fin de vie



Spiritualite2000.com,. (2015). repéré à <http://www.spiritualite2000.com/wp-content/uploads/2015/01/Soins-palliatifs-loi-leonetti-e13559936331681.jpg>

Larissa Kabore

Etudiante Bachelor-Soins Infirmiers

09/12/2015

Résumé :

Problématique :

La situation particulière de la fin de vie est une phase de rupture. Les soignants sont alors confrontés à la réalité d'une souffrance spirituelle parfois intense. En tant que soignants, nous sommes formés à nous centrer sur les besoins du patient et de ses proches. Nous avons constaté que lors des soins de fin de vie, on se focalise pour la plupart du temps sur la spiritualité de la personne soignée. Pourtant, celle des soignants est autant importante. D'après Dunn et al. (2009), Certaines études démontrent que le bien être spirituel des infirmières a une forte influence sur leur attitude face aux soins spirituels. Nous recherchons à savoir En quoi la spiritualité des soignants influence les soins de fin de vie.

Méthodologie :

Une question de recherche a été formulé en utilisant la méthode PICOT. Nous avons ensuite exploité principalement deux bases de données, il s'agit de Cinhal et pubmed. Six articles ont été sélectionnés et analysés à l'aide de la grille de Fortin(2010)

Résultats et conclusion :

Pour Balboni et al (2014), les soins spirituels des patients à la fin de la vie ont été identifiés comme un domaine de base par l'Organisation mondiale de la Santé. Les résultats des analyses démontrent que la spiritualité a plusieurs

sortes de significations. Les personnes en fin de vie sont souvent confrontées par des questions spirituelles. Les infirmiers connaissent peu leur responsabilité par apport aux soins spirituels. Certains infirmiers estiment qu'ils manquent de compétences en soins spirituels, indiquant qu'ils ont reçu une orientation insuffisante. Les résultats révèlent que certains infirmiers par rapport à leurs traditions et croyances se sentent vulnérables et ont l'impression d'être marginalisés sur la base de leur propre religion.

La spiritualité du soignant est un sujet assez vaste et rare dans la littérature, c'est un sujet qui mérite d'être développé car elle est d'autant plus importante que celle des patients.

Mots clés : Nurse attitudes, Terminally Ill Patients, Spirituality, Spiritual care, Palliative care

Remerciements :

« Il y'en a peu parmi nous, qui dépassent soixante-dix années et pourtant, pendant ce temps si court, la plupart d'entre nous créent et vivent une biographie unique, notre fil dans le tissu de l'histoire des hommes. » (Kübler-Ross, 1969)

Je remercie ma directrice de TB Naamat Messmer, pour son suivi et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie Monsieur Gérard Berney pour toute la documentation fournie et le temps consacré.

Je remercie Monsieur Walger Olivier pour son aide et ses encouragements.

Je remercie Mes collègues de travail du home de la Promenade à Delémont pour les discussions très constructives.

Je remercie mes proches qui ont été un soutien depuis le début de ce travail

Je remercie toutes les personnes que j'ai omis de citer, qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Table des matières

A. Introduction	1
B. Problématique :	3
1. Question de départ :	3
2. Problématique :	5
3. Pertinence de la question de départ	9
3.1 Le méta paradigme infirmier Fawcett (1984)	9
3.1.1 La personne	10
3.1.2 La santé	11
3.1.3 Le soin infirmier	12
3.1.4 L'environnement :	13
3.2 Les savoirs :	14
3.2.1 Le mode personnel	15
3.2.2 Le mode esthétique	15
3.2.3 Le mode éthique	17
3.2.4 Le mode empirique	18
3.3 Revue exploratoire:	19
3.4 Propositions et perspectives pour la pratique :	23
C. Concepts et champs disciplinaire infirmier	24
1. Les concepts :	24
1.1 Définition de la spiritualité :	24
1.2 Le besoin spirituel :	26
1.3 L'accompagnant spirituel :	28
1.4 La détresse spirituelle	29
1.5 Les soins palliatifs	29
1.6 Les soins infirmiers :	31
2. Eclairage du sujet par une théorie	34
D. Méthode	37
1. La question de recherche :	37
2. Recherche et sélection des articles :	38

3.	Présentation des articles :	39
E.	Synthèse des résultats	45
1.	Synthèse :	45
1.1	La définition de la spiritualité :	45
1.2	Le rôle des soins infirmiers face aux soins spirituels:	48
1.3	Le manque de formation :	50
1.4	L'environnement de soin :	53
2.	Développement en lien avec PICOT	55
3.	Perspectives et proposition pour la pratique :	57
F.	Conclusion	59
1.	Apport du travail de bachelor	59
2.	Les limites	62
3.	Perspectives pour la recherche	63
G.	Les références bibliographiques:	65
H.	Annexes :	69

Thématique : Soins infirmiers et inter-culturalité en lien avec la mort

A.Introduction

Dans le cadre de notre dernière année de formation Bachelor HES-SO en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail de Bachelor. Ce dernier se présente sous la forme d'une revue de littérature. Celle-ci consiste en l'élaboration d'un questionnement clinique professionnel, en la recherche d'articles scientifiques, grâce aux bases de données, traitant du sujet principal de notre travail, en l'analyse pertinente et approfondie de ses études et de leurs résultats, afin d'effectuer une comparaison et d'en distinguer les recommandations principales pour la pratique.

Afin de réaliser ce travail de Bachelor, nous nous sommes basés sur le document intitulé «Le travail de Bachelor dans le cadre du PEC 12 » qui s'inspire lui-même de la littérature suivante (Eymard-Simonian & Moncet, 2003, p. 19-21 ; Fortin, 2010, p. 117-122 ; Grove et al, 2013 p. 81 ; Melynk & Fineout-Overholt, 2011, P. 28-29). En ce qui concerne la forme, nous nous sommes appuyés sur la trame proposée par ce document qui nous permet de construire notre travail selon six parties distinctes.

La première partie concerne l'introduction puis l'élaboration de la problématique. Le but de la problématique sera au final de poser une question de recherche. Concrètement, nous exposerons la manière dont la question de départ est survenue, puis nous montrerons en quoi cette

question est pertinente pour les soins infirmiers. Nous réaliserons une revue exploratoire et prendrons des avis d'experts dans le but de tester la pertinence de notre sujet. Nous préciserons par la suite et répertorierons les concepts qui ont été retenus comme étant pertinents. Pour clore cette partie, nous indiquerons en quoi la problématique amènera des perspectives/ propositions pour la pratique.

Dans la troisième partie, nous définirons les concepts qui ont été répertoriés, la définition des concepts permet une compréhension plus approfondie de la question de recherche. Ensuite nous ferons un choix de cadre théorique et nous montrerons en quoi celui-ci permet d'éclairer le sujet et d'y répondre.

La partie suivante concerne la méthode. La méthode PICOT sera utilisée afin de préciser et délimiter la question de recherche. Cette méthode facilite la formulation de la question clinique de manière structurée et précise elle permet aussi d'effectuer une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données. Suite à cela, la question de recherche sera élaborée et nous déterminerons de quel type de question il s'agit. Les données seront ensuite exploitées dans les bases de données telles que Pubmed, Cinhal, Psycinfo, Medline, Cochrane et JBI. A cette fin, nous analyserons les articles avec la grille de Fortin (2010).

Dans la partie suivante qui concerne la synthèse de résultats, nous ferons une synthèse des résultats des articles analysés, puis nous développerons les résultats en lien avec la question PICOT et pour terminer nous exposerons les perspectives et les propositions pour la pratique.

Dans la dernière partie, nous concluons en démontrant les apports de ce travail de Bachelor, les limites et les perspectives pour la recherche.

B.Problématique :

1.Question de départ :

D'origine africaine et ayant vécu au Burkina-Faso jusqu'à l'âge de 14 ans, la mort a toujours été un sujet qui ne concernait que les personnes adultes. Les multiples rites et croyances qui entourent la mort, les pleurs et autres lamentations des adultes, sont source d'angoisse et de peur pour les enfants.

Depuis le début de la formation, deux expériences vécues lors des formations pratiques ont été déstabilisantes et source de questionnement.

La première expérience a consisté en une visite d'un corps à la morgue. Le fait d'être confrontée directement à la mort a généré d'énormes angoisses, des troubles du sommeil et des difficultés à reprendre le stage.

La deuxième expérience s'était déroulée lors d'une toilette mortuaire, il y'avait eu ce sentiment d'être brusquée (prendre les vêtements du défunt et aller les mettre dans le bac de linges sales). D'après Kübler-Ross (1969), le comportement de certains adultes lors d'un décès vis-à-vis d'un enfant génère plus tard à l'âge adulte un traumatisme et il considérera cet évènement comme effrayant.

Suite à ces expériences très marquantes et difficiles, les questions suivantes s'avèrent pertinentes :

- Les croyances, l'éducation et la culture de l'infirmière ont-elles une influence sur ses prises en charges ?
- Comment peut-on prendre en charge un patient en fin de vie avec toutes ces appréhensions qui, pour nous, sont liées à la culture ?

Après plusieurs recherches, sur de nombreuses bases de données, des prises de contact avec des professeurs experts dans les soins palliatifs et de l'inter culturalité qui nous ont conseillé des ouvrages, il était difficile de trouver des documents concernant la culture personnelle des infirmières en lien avec la prise en charge des patients. De plus, le mot « culture » est très vaste et les recherches manquaient de structure.

Pendant nos recherches, sur la culture en lien avec les soins de fin de vie, nous avons lu quelques ouvrages qui évoquaient différentes visions de la mort et la manière de la côtoyer selon les religions. Nos expériences vécues peuvent alors être considérées comme découlant de nos croyances. Nous avons donc, dans un premier temps, décidé d'orienter notre travail en tenant compte des considérations religieuses mais, ce sujet nous a semblé très délicat à traiter.

Après discussions et réflexion, la spiritualité conviendra mieux à ce travail de recherche pour deux raisons : d'une part, elle permet d'englober des notions plus vastes que la religion. D'autre part, contrairement à la culture qui est collective, la spiritualité est individuelle. Mais, en réalité, la spiritualité étant aussi un élément de la culture, les deux notions sont difficilement détachables. En témoigne cette définition de la culture de l'Organisation des

Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO, 1982), «La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.»

Nous étions intéressés par les soins post mortem compte tenu de nos expériences vécues en stage, mais cela nous réduisait uniquement à la toilette mortuaire. Nous nous sommes donc décidés à nous diriger vers la fin de vie qui est plus vaste.

Au regard de tous ces constats préliminaires, nous pouvons formuler notre question de départ de la manière suivante :

En quoi la spiritualité des soignants influence-t-elle les soins de fin de vie ?

2.Problématique :

Quel que soit le lieu où travaille l'infirmière, elle est souvent amenée à être en contact avec la fin de vie.

Pour Saunders (2011), « La personne qui approche du terme de sa vie verbalise souvent sa souffrance. Elle peut s'exprimer par la recherche d'un sens à sa vie ou à ce qui lui arrive, une question concernant la vie après la mort, un sentiment de communion avec le monde, l'humanité ou la nature, ou bien par le désir d'une démarche religieuse ».(p.40)

Selon Echard (2006), la situation particulière de la fin de vie est une phase de rupture : une rupture du temps, du lien de soi à soi, du lien de soi à autrui et du lien de soi à une transcendance. Cette rupture est le creuset d'une perte de sens. Les soignants alors sont confrontés à la réalité d'une souffrance spirituelle parfois intense.

Tout au long de notre formation en soins infirmiers, nous apprenons à prendre en charge les patients selon quatre dimensions : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Il serait pertinent de définir en quelques lignes l'élément central de la question de départ qui est la spiritualité afin d'aborder notre problématique.

La définition du mot « spirituel » n'est pas évidente car très souvent on l'a perçoit sous l'angle religieux. Nous tenterons de la définir à travers le sens que l'on donne à la vie, à la santé, à la maladie, à ce que l'on est et à la mort.

Pour l'organisation mondiale de la santé (OMS 1990), « on qualifie de "spirituels" les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. Ce n'est pas la même chose que le religieux, quoique pour de nombreuses personnes la dimension spirituelle de leur vie comporte un élément religieux ».

En tant que soignants, nous sommes formés à nous centrer sur les besoins du patient et de ses proches. Nous avons constaté que lors des soins de fin de vie, on se focalise pour la plupart du temps sur la spiritualité de la personne soignée. Pourtant, celle des soignants est autant importante.

Toujours d'après nos observations, les ressentis, les croyances du soignant ne sont pas explorés et sont rarement pris en compte. Or, la spiritualité du patient peut souvent amener le soignant à considérer sa propre spiritualité. En discutant avec des soignants sur la thématique de leur propre spiritualité, les questions qui revenaient le plus souvent étaient : *Dans quel but s'intéresser à la spiritualité du soignant vu qu'on est là pour les patients ? Qui va s'intéresser à la spiritualité des soignants ?*

Selon Rosselet (2002), il peut exister quelques blocages à la prise en charge des questionnements de type spirituel en soins palliatifs. D'après lui, le premier blocage se situe au niveau individuel du personnel soignant. Le soignant qui n'a pas pris conscience de la présence, en lui-même de la dimension spirituelle ne pourra pas se tenir à l'écoute de cette dimension chez l'autre. Un deuxième blocage pour Mr Rosselet est le fait que dans une équipe, il y ait une culture spécifique qui se crée et devient une manière inconsciente de fonctionner. Dans ces équipes de soin, les mots « foi » ou « spiritualité » deviennent des tabous que les soignants s'abstiendront de prononcer pour ne pas transgresser les règles.

Enfin le dernier blocage est causé par une « religion laïque », dans ce cas, la décision consiste à faire appel à un aumônier pour au cas où.

Ce qui nous amène à nous poser les questions suivantes :

- Le soignant peut-il prendre en charge la dimension spirituelle d'un patient tout en ignorant sa propre spiritualité ?

- Comment pouvons-nous aider une personne à donner un sens à sa vie ou à sa mort si nous ne savons pas exactement qui nous sommes, si nous avons des doutes sur notre existence et nos croyances ?
- Ne risquons-nous pas d'influencer le patient avec nos propres croyances ?
- Si la prise en charge de la spiritualité du soignant fait partie du rôle infirmier, ne devons-nous pas être plus formés ?

Selon Kohler (1999), l'enseignement des infirmières sur les besoins spirituels est souvent limité à un bref aperçu de la notion de besoins spirituels. Pour elle, la littérature de soins a mis de côté les aspects métaphysiques du concept de la spiritualité.

Il est clair que tous les soignants réagissent de façon différente face à un patient qui démontre un besoin spirituel. D'après Dunn et al.

(2009), certaines études démontrent que le bien être spirituel des infirmières a une forte influence sur leur attitude face aux soins spirituels.

Cela signifie que le fait d'être à l'aise et ouverte envers sa propre spiritualité aura un impact sur l'attitude de l'infirmière à l'égard des soins spirituels qui seront proposés aux patients.

Certains soignants sont bien-évidemment au clair avec leur propre spiritualité et ne rencontrent pas de problème à accompagner le patient à ce niveau.

Nous avons néanmoins ressortis deux comportements qui peuvent être problématiques dans la prise en charge:

- **La fuite** « ce n'est pas mon domaine, je n'y connais rien » selon Kohler (1999), pour certaines infirmières les soins spirituels consistent à aider les patients à maintenir des pratiques religieuses. Pour elle, l'infirmière n'a pas à se substituer aux aumôniers ou au psychologue. Nier ou refuser l'existence des besoins spirituels et leur expression l'amènerait à soigner le patient dans une vision partielle, ce qui est contraire à la mission de l'infirmière.

- **Influencer le patient avec nos propres croyances.** Pour Simard (2006), un soignant serait fortement critiqué s'il transposait ou imposait sa propre spiritualité ou ses croyances religieuses, en abusant de son autorité, ou en portant atteinte aux droits de ses patients.

3. Pertinence de la question de départ

3.1 Le méta paradigme infirmier Fawcett (1984)

Les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement infirmier. Ces modèles ont contribué à définir le métier d'infirmier.

« La discipline infirmière s'intéresse au soin dans diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. »

Il en ressort quatre concepts fondamentaux qui fondent le méta paradigme infirmier :

- La personne
- La santé
- L'environnement
- Le soin infirmier

A cette fin, nous montrerons les liens qui unissent la question de départ avec les 4 concepts du méta paradigme infirmier (Fawcett, 1984,2005).

3.1.1 La personne

Pour Watson (1997), La personne est un être biopsychosocial, culturel et spirituel. Elle a des besoins qu'elle peut satisfaire ou non elle-même. La personne est considérée comme un système ouvert qui est en interaction constante avec son environnement. La personne dans cette problématique concerne les soignants et leur spiritualité ainsi que les patients en fin de vie avec des besoins spirituels. Dans un article que nous avons lu sur la spiritualité et la fin de vie, l'auteur et médecin Rousseau (2003), met en évidence les questions spirituelles communément envisagées par les patients en fin de vie. D'après lui, « A l'approche de la mort, les patients entament souvent un voyage spirituel intérieur qui les amène à aborder des questions existentielles et la signification de la vie et de la mort. » « *Pourquoi vit-on ?, Est-ce que la vie a un sens ?, L'Homme fait-il partie de quelque chose de plus grand que lui ?, Y a-t-il une force suprême telle que Dieu ?, Pourquoi les*

êtres souffrent-ils ?, Pourquoi meurent-ils ? La mort a-t-elle un sens ?

Pourquoi cela m'arrive-t-il ? » Rousseau (2003, p.3)

Ces questionnements mentionnés par cet auteur, ne sont pas étrangers chez les soignants. Cela peut créer un sentiment de peur chez les soignants et les renvoyer à des questionnements sur leur propre existence.

3.1.2 La santé

Selon OMS (1946), la santé est « *Un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition nous questionne par rapport à notre problématique, la personne en fin de vie peut-elle être en santé ? Si on formule l'hypothèse que le patient mourant peut être en santé nous y rajouterons à la définition de l'OMS le bien être spirituel. La définition de la santé donnée par Watson est intéressante. En mettant cette définition en lien avec la question de départ, nous formulerons l'hypothèse que le patient en fin de vie s'efforcera de se réaliser et d'établir une harmonie dans les trois sphères « l'âme, le corps et l'esprit » en cherchant des réponses d'ordre spirituel.

« Des sondages ont révélé que les personnes malades considèrent leur santé spirituelle aussi importante que leur santé physique. » (Simard, 2006, p.118)

Egalement d'après Simard (2006), reconnaître la dimension spirituelle de la santé est incontournable, car la santé est rattachée à des réalités existentielles fondamentales telles que la souffrance, la maladie, le temps et la mort. Il en ressort que la spiritualité est de plus en plus reconnue comme

ayant le potentiel de prévenir, de guérir ou de faire face à la maladie. Malgré des désaccords sur ce sujet, la majorité des recherches scientifiques sur l'influence de la spiritualité dans la santé soutient que les valeurs spirituelles contribuent à la santé physique et psychique.

Pour une conception globale de la santé, il est nécessaire d'intégrer la dimension spirituelle dans les soins de santé. Pour intégrer cette dimension, il est nécessaire de clarifier le concept de spiritualité.

3.1.3 Le soin infirmier

Selon M. Nidegger (Histoire de la profession [Présentation PowerPoint], 24 septembre 2012), à l'origine de l'humanité, les soins de maintien de la vie étaient procurés par les femmes. En ce qui concernait la vie spirituelle, les questions autour de la recherche abstraite sur l'être et l'univers et rites autour de bonnes et mauvaises pratiques étaient confiées au shaman ensuite au prêtre. Florence Nightingale a été la première professionnelle à expliquer l'essence des soins infirmiers. Selon Pepin et Cara (2001), lors des soins, les infirmières sont souvent confrontées à des questions fondamentales comme celles du sens de la vie, de la santé, de la souffrance et de la mort. Ces questions se posent non seulement pour les personnes qu'elles soignent mais aussi pour elles-mêmes. Les deux auteures soulèvent les questions suivantes : « Comment jour après jour faire face à la douleur, à l'inévitable, à l'incompréhension et demeurer toujours engagée, présente, prête à

l'écoute ? Comment ne pas penser à sa propre vulnérabilité, à sa propre mort? » (Pepin et Cara, 2001, p.5)

Intégrer la dimension spirituelle dans les soins fait partie du rôle de l'infirmier. Il n'est pas évident d'aborder l'aspect spirituel, cela nécessite de penser à ses propres croyances, réticences et questions. La nécessité de tenir compte de la dimension spirituelle dans les soins infirmiers a été démontrée par Simard (2006), lorsqu'il/elle affirme que :

« Inclure les préoccupations ou besoins spirituels dans sa pratique permet au professionnel de la santé de maximiser son efficacité en tant que thérapeute. » (Simard, 2006, p.121)

Ainsi comme le souligne Kübler-Ross, « Le travail auprès des mourants exige une certaine maturité qui ne naît que de l'expérience. »(Kübler-Ross, 1969, p.271)

3.1.4 **L'environnement :**

D'après Watson (1997), l'environnement est composé du monde physique ou matériel, ainsi que du monde mystérieux/spirituel et existentiel.

La spiritualité est donc une composante de l'environnement du patient en fin de vie. En l'occurrence, pour Jouteau-Neves et Malaquin-Pavan (2013), l'environnement peut être défini comme un ensemble de stimuli internes et externes qui sont d'ordres physique, psychologique, social et spirituel. Pour elles ces stimuli influent sur le développement et le comportement des individus. Ils peuvent aussi les perturber. Pour faire le lien avec notre travail, la spiritualité serait un stimuli qui influence et peut aussi perturber le

développement et le comportement du patient en fin de vie et celle de l'infirmière.

Pour Kolher (1999), l'environnement interne se rapporte à l'état biophysique, alors que l'environnement externe concerne les facteurs sociaux, écologiques ou autres qui peuvent influencer la personne ou interagir sur elle. La spiritualité est donc un facteur qui influence la personne et peut interagir avec les autres facteurs.

3.2 Les savoirs :

Nous pouvons lire dans le cours de Monsieur Compte, P. (2012).

Epistémologie [Présentation Powerpoint]. Neuchâtel : HEdS-Arc. que

Carper (1978), a été la première à définir les contours du savoir infirmier en analysant les savoirs requis pour les infirmières praticiennes. Il existe 4 modes de savoir infirmiers selon elle. Nous allons mettre en évidence les questions qui unissent ces savoirs avec notre question de départ en illustrant par des exemples:

- Le savoir personnel
- Le savoir esthétique
- Le savoir éthique
- Le savoir empirique

Les savoirs nous permettent de prendre des décisions cliniques.

3.2.1 Le mode personnel

« Le mode personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Dans l'ouvrage de Pepin, Kerouac, et Ducharme, (2010), Plusieurs théoriciens disent que l'infirmière doit se baser sur son expérience personnelle pour venir en aide aux patients. Si nous mettons ces propos dans le contexte d'un patient en fin de vie qui aurait un besoin spirituel, l'infirmière devra alors se baser sur ses propres croyances pour pouvoir y répondre. Nous formulons l'hypothèse, que ce comportement nous mènera dans les comportements énoncés précédemment qui peuvent être problématiques. « Influencer le patient avec nos propres croyances ». Par contre, nous trouvons la proposition de Munhall (1993 ; dans Pepin, Kerouac, et Ducharme, 2010). intéressante, à savoir « l'inconnaissance » comme attitude personnelle que l'infirmière doit adopter. Le fait de savoir est un risque de fermeture ou d'imperméabilité qui pousserait à ne pas considérer d'autres options comme potentiellement valables. L'auteur décrit l'inconnaissance ou le fait de ne pas savoir comme une présence ouverte, empreinte de compassion et de non jugement.

3.2.2 Le mode esthétique

« Il est lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière: la beauté d'un geste, l'intensité d'une

interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui font une différence pour l'autre. »(Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Durant un stage aux soins palliatifs, nous avons pu remarquer que le soin spirituel était du domaine de l'aumônier et durant nos différentes recherches, nous avons pu constater qu'aborder la spiritualité était parfois « tabou » dans certaines institutions, peut être de par sa connotation religieuse. Selon Pepin et Cara (2001), il y a des aspects plus connus du soin infirmier car ils sont plus visibles, il s'agit du domaine de l'instrumental et de l'éducatif, par exemple l'infirmière prépare une perfusion, distribue des médicaments, elle aide la nouvelle mère à positionner son bébé. Toutefois, les aspects réflexifs et expressifs du soin infirmier sont moins connus car eux sont invisibles.

L'infirmière donne forme à son soin dans sa manière d'être, dans son engagement, dans une présence vraie et authentique. En discutant avec plusieurs infirmiers, il en ressort qu'il est souvent plus facile pour les soignants de s'occuper de la dimension physique du malade, que de parler de spiritualité.

Rivier, Hongler et Suter (2008) dans le guide des soins palliatifs du médecin Vaudois, affirment qu'il existerait une corrélation positive entre spiritualité et qualité de vie, qui serait aussi significative que l'association entre bien-être physique et qualité de vie. Reconnaître la dimension spirituelle nous relie intimement les uns aux autres, inspirant une attitude de respect et de bienveillance.

3.2.3 Le mode éthique

« Le mode éthique fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins. Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable, et s'appuie sur des principes et des codes. » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Pour Jouteau-Nesves et Malaquin Pavan (2013), en tant que soignants, nous agissons tous pour le bien de l'autre, ce qui peut être problématique, c'est lorsque nous vivons mal une situation ou lorsqu'il y a un conflit de valeurs entre le soignant et le soigné.

L'infirmière est confrontée tout au long de sa profession à des valeurs qui ne sont pas les siennes. Dès lors il est important qu'elle fasse preuve de respect et d'empathie pour assurer des soins appropriés.

Lors de la fin de vie comme cela a déjà été souligné, le patient peut avoir des questionnements spirituels, il va chercher un sens à son vécu, à sa maladie, à sa mort... Dans notre problématique, nous avons ressortis les comportements de professionnels qui peuvent être problématiques dans la prise en charge du patient. D'où la question de savoir si l'infirmière qui influence le patient avec ses propres valeurs a un comportement éthique ? La prise en charge de la dimension spirituelle est du rôle propre de l'infirmière autant que la prise en charge de la dimension physique, la fuite comme comportement ne reviendrait t'elle pas à fuir ses responsabilités ?

3.2.4 Le mode empirique

« Le mode empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes.

Diverses méthodes de recherche, qu'elles soient de type qualitatif ou quantitatif, traduisent l'approche scientifique. » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

En 1860, pour Florence Nightingale, la discipline infirmière devait s'intéresser aux lois de la Nature et de Dieu, concernant la connexion entre le corps de la personne soignée et son environnement. Pour elle la spiritualité est le sens d'une présence plus grande que l'humain. Au cours des années 1960, Virginia Henderson propose à l'infirmière d'aider l'individu dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux (respirer, boire et manger...), dont le besoin d'agir selon ses croyances spirituelles. A partir des années 1970, Madeleine Leininger relie culture et soins, elle ne parlait pas de spiritualité mais de la religion, des croyances et de la philosophie de vie. Pour Leininger, ces trois facteurs influencent la santé et les soins de la personne, de la famille, ou de la communauté. Toujours dans les années 1970, Martha Rogers présente quant à elle une vision de la personne unitaire et indivisible. Elle décrit la personne et son environnement comme des champs d'énergie en constante interaction. Rosemarie Parse, inspirée par Roger va présenter une théorie de l'humain en devenir où la personne est un tout indivisible qui a une préoccupation de sens. Selon Parse, le rôle de l'infirmière est d'accompagner la personne dans sa recherche de sens. En

1994, également inspirée par les travaux de Rogers, Margaret Newman présente sa théorie de l'expansion de la conscience. Elle émet que l'humain vise l'expansion de sa conscience à travers les différents processus de la vie. Newman explique que ces processus impliquent une transcendance du soi spatio-temporel vers le domaine spirituel. En 1979, Jean Watson va beaucoup plus loin dans la reconnaissance de la dimension spirituelle de l'être. D'après elle l'âme est l'essence même de la personne, ce qui lui permet de transcender l'ici-maintenant vers une prise de conscience plus profonde sur le sens de la vie. Le rôle de l'infirmière est dans ce cas d'accompagner l'individu dans sa quête de sens afin de promouvoir une harmonie corps-âme-esprit (Pepin & Cara, 2001).

3.3 Revue exploratoire:

Afin de mieux cerner le sujet, nous avons fait des recherches sur les bases de données telles que googlescholar, BDSP, medline, cinhal et pubmed. Nous avons consulté des revues de soins palliatifs et différents ouvrages disponibles en bibliothèque qui traitent de notre sujet. Nous avons aussi pris contact avec des professionnels-experts en spiritualité et nous avons recueilli des avis de plusieurs professionnels de la santé. En explorant la littérature nous avons remarqué qu'il existait plusieurs divergences au niveau de la définition de la spiritualité. Plusieurs auteurs soulignent la difficulté à mettre en pratique les concepts de soins spirituels.

Quel que soit le lieu où travaille l'infirmière, elle est souvent amenée à être confrontée à la fin de vie et à la mort. Selon les écrits de pepin et cara (2001), le rôle des infirmières est d'accompagner les personnes et leurs proches dans différentes étapes de la vie: la naissance, la maladie, la mort... La profession infirmière a longtemps été exercée dans un cadre religieux qui intégrait la notion d'âme.

Suite aux différents questionnements que nous avons évoqués dans la problématique, nous avons eu l'occasion de discuter avec deux spécialistes de la spiritualité (aumôniers), qui nous ont effectivement laissé entendre qu'il est très important que les soignants puissent être au clair avec leur propre spiritualité pour venir en aide au patient dans sa spiritualité.

Nous nous sommes entretenus avec un aumônier des soins palliatifs à la retraite, qui nous a fait savoir que, dans un premier temps, il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste pour accompagner spirituellement. A titre illustratif, « un patient en fin de vie demanda à la femme de ménage s'il allait bientôt mourir, la femme de ménage alla chercher l'infirmière référente, lorsqu'elle arrive dans la chambre, le patient réitère sa question, l'infirmière toute gênée dit qu'elle n'est pas capable de répondre à cette question et alla chercher le médecin pour qu'il lui réexplique son diagnostic ». D'après l'aumônier, le patient voulait parler à la femme de ménage car en ce moment même il se sentait en confiance pour aborder cette question de la mort, il ne voulait pas forcément parler avec l'infirmière ou au médecin.

Certaines études démontrent une corrélation positive et significative entre le bien-être spirituel des infirmières et leur attitude face aux soins spirituels (Dunn et al., 2009). Cela indique donc que le fait d'être à l'aise et ouverte envers sa propre spiritualité influence l'attitude de l'infirmière à l'égard des soins spirituels qui seront proposés aux patients. Selon le concept proposé par Saunders, en soins palliatifs, la spiritualité est régulièrement citée comme étant une des dimensions essentielles de l'être humain.

« Toutes personnes, du plus croyant au moins croyant, à l'approche de la fin de vie se questionne sur l'au-delà. Où vais-je aller ? » Aumônier du home de la promenade, Delemont

D'après Kübler-Ross (1969), le malade en fin de vie a des besoins particuliers qui peuvent être comblés si les soignants prennent le temps de les écouter.

« ...si la mort est envisagée comme un sujet affreux, horrible et tabou, nous ne pourrions jamais en parler calmement et utilement avec un malade » (Kübler-Ross, 1969, p.39)

Dans le rapport de Hennezel (2003), à l'intention du ministre de la santé, il est relaté dans une lettre de mission⁶ qu'en France, la loi du 9 juin 1999 affirme que toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement que cela soit à l'hôpital ou à domicile. D'après ce rapport, de nombreux professionnels de la santé sont, de nos jours démunis face à ces situations difficiles, faute de formation.

Le manque de connaissance de soi des soignants selon saunders fait partie des lacunes rencontrées au début de la pratique palliative, il peut être la

conséquence d'une formation qui n'a pas été suffisante sur le plan du développement personnel ou encore un défaut de soutien au cours des accompagnements. Le soignant alors se sous-estime ou méconnaît ses limites, il s'engagera dans la relation de manière disproportionnée et inadéquate.

Quant à Jouteau-Neves et Malaquin-Pavan (2013), elles parlent de mécanismes de défense et de stratégies d'adaptation. Pour elles, lors d'une maladie grave et la mort les soignants doivent se protéger de l'angoisse qu'elles génèrent. Elles en citent six mais nous allons ressortir les deux mécanismes qui sont en lien avec notre problématique.

- L'évitement qui est un comportement de fuite et de mise à distance du patient en tant que personne. L'infirmière dans ce cas considérera le patient comme un objet de soin afin de se protéger. Nous pouvons mettre en lien cette stratégie avec la « fuite » comme nous l'avons énoncée précédemment dans la problématique.
- L'identification projective est l'opposé de l'évitement, le soignant n'a plus de distance protectrice avec le patient, l'infirmière a tendance à s'identifier au patient et ne dissocie plus son ressenti avec celui du malade. Elle est convaincue d'être la seule à percevoir et comprendre la souffrance que vit le malade et est convaincue d'avoir des réponses adaptées. nous supposons que cette stratégie mènera la soignante à l'autre comportement problématique qui est d'influencer le patient avec ses propres croyances.

Tout au long de nos recherches, nous avons pu constater que des études sur la spiritualité dans le milieu des soins infirmiers ont été réalisées au cours des dernières années, mais l'intégration de ces concepts dans la pratique reste rare.

Suite à cette revue, nous avons décidé de dégager les concepts suivants :

- La spiritualité : le besoin spirituel, la détresse spirituelle et l'accompagnement spirituel
- Le soin infirmier
- Les soins palliatifs

3.4 Propositions et perspectives pour la pratique :

Au terme de cette problématique, nous avons émis le souhait d'acquérir des connaissances sur l'influence de la spiritualité des soignants dans les soins de fin de vie. Nous avons alors remarqué, la difficulté à définir la spiritualité et à intégrer ses concepts. La fin de vie est un moment délicat, certains patients ont besoin de donner un sens à leur vie, à leur situation et à leur mort. Les questions de sens peuvent faire peur aux soignants car celles-ci les renvoient à leur propre existence. Comme le dit Kolher (1999), « ...prendre en charge le domaine spirituel est beaucoup plus que le développement d'une gamme de compétences, de conseils; cela implique le soignant entièrement et cela peut parfois déséquilibrer son système de valeurs et de croyances. C'est aussi reconnaître qu'il y a des moments où il n'y a pas de réponses aux problèmes « de sens ». (p.58)

Nous pensons qu'il est nécessaire pour les soignants, de se familiariser avec cette dimension spirituelle. Ils doivent se questionner et prendre conscience de leur propre spiritualité afin de permettre une prise en charge du patient dans toutes ses dimensions. Comme affirment les résultats de Kolher (1999), « si les infirmières distinguent ce qu'elles veulent dire par soin religieux et spirituel, elles seront alors capables de fournir les soins appropriés. (p.58)

C. Concepts et champs disciplinaire infirmier

1. Les concepts :

Suite à la revue exploratoire, nous avons répertorié différents concepts jugés pertinents. Il convient de les définir dans ce chapitre afin de permettre une compréhension approfondie de la question de recherche. Il s'agit du concept de spiritualité qui inclut les besoins spirituels, l'accompagnement spirituel et la détresse spirituelle. D'autres concepts tels que les soins palliatifs et les soins infirmiers feront également l'objet de définition.

1.1 Définition de la spiritualité :

Selon les Dr Rivier, Hongler et Suter (2008), Il est difficile théoriquement et pratiquement de définir la spiritualité de manière universelle. La spiritualité prend en compte toutes les dimensions de la personne; son identité, ses

valeurs, ce qui lui donne du sens, de l'espoir, de la confiance et de la dignité à son existence. Elle se vit de manière significative dans le rapport à soi, à l'autre, et à Dieu ou autre force supérieure. Elle concerne également les questions que l'on peut se poser lors d'une maladie, lors de la fin de vie. Elle dépend du contexte social et culturel de chaque personne. La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme qui se caractérise par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Elle fait partie du développement de l'homme. A l'inverse, « La spiritualité ne vise pas à définir le rapport de soi à Dieu, mais le rapport de soi à soi ; elle s'occupe avant tout du rapport avec soi-même. Parler de spiritualité, ce n'est pas parler de quelque chose hors de soi, c'est parler d'un rapport au monde qui est le sien. » (Bergeron, 1999, p.6).

Quant à l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1990) « on qualifie de "spirituels" les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. Ce n'est pas la même chose que le "religieux", quoique pour de nombreuses personnes la dimension spirituelle de leur vie comporte un élément religieux ».

A ce propos, « La vie spirituelle est une entreprise par laquelle la personne humaine tend à unifier son expérience de vie dans l'achèvement et le dépassement de soi-même. Cette démarche spirituelle peut se dérouler dans la foi explicite en Dieu en nous, dans l'appartenance à une religion organisée ou pas. » (Bergeron, 1999, p.8)

En Effet, « Ce n'est pas en tant que chrétien, musulman ou hindou que l'homme emprunte le chemin spirituel mais en tant qu'être humain en devenir qui cherche la réalisation de soi et la divinisation — ce qui est la même chose. La spiritualité ne vise pas à faire de meilleurs chrétiens ou hindous, mais à faire des humains. Le terme du chemin, c'est la réalisation en soi de l'humain intégral ; et puisque l'humain n'est jamais accompli en soi, ce chemin, à vrai dire, n'a pas de fin. » (Bergeron, 1999, p.8)

Rochat (2005), cite quatre concepts clefs qui caractérisent la dimension spirituelle :

- Le sens : ce qui oriente, la nécessité pour toute personne d'avoir une raison de vivre dans son existence.
- Les valeurs : ce qui caractérise le bien et le vrai chez la personne, ce qui a du poids dans sa vie.
- La transcendance : rapport à l'ultime, élément qui dépasse la personne.
- L'identité : cohérence singulière de la personne, résultat d'une combinaison des trois autres éléments qui produit l'unicité du sujet au niveau de ses réflexions, émotions et relations.

L'équilibre de ce système contribue au bien-être global de la personne, et son déséquilibre provoquera la détresse spirituelle (Rochat, 2005, p.4).

1.2 Le besoin spirituel :

Pour les théoriciens de l'école des besoins en sciences infirmières, la personne a des besoins d'importance différente allant de ceux de base, comme les besoins physiologiques jusqu'aux besoins plus complexes comme celle de l'appartenance et de l'estime de soi. Les besoins spirituels sont placés au sommet de la pyramide des besoins de Maslow. (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Dans le travail de Kohler (1999), sur la détresse spirituelle, elle définit le besoin spirituel comme la nécessité que l'individu a de trouver un sens à sa vie, à satisfaire un besoin d'amour et à avoir des relations harmonieuses avec soi-même et autrui.

Pour Rougeron (2002), les besoins spirituels sont classés en trois groupes :

- Les besoins spirituels cognitifs : c'est le besoin d'être reconnu en tant que personne vivante, lié au besoin de la connaissance de soi et se manifestant par la présence.
- Les besoins spirituels existentiels : les besoins retenus dans cette catégorie se résument au besoin de lutter pour la vie et d'être emmené à accepter la mort, au besoin de rester dans la mémoire collective, dans la solidarité et en paix, au besoin de se réconcilier avec soi et avec les autres, à celui de pardonner et d'être pardonné.
- Les besoins spirituels émotionnels : ceux-ci consistent à la manière dont le malade dans un état grave éprouve chaque émotion. Ces émotions intenses sont la manifestation d'un besoin de relation.

Les besoins spirituels seraient alors la nécessité qu'a l'individu de trouver des signes de reconnaissance à travers lesquels il puisse trouver et choisir un sens à sa vie, satisfaire un besoin d'amour, de relations harmonieuses avec soi-même et autrui. (Kolher, 1991, p.21)

« Aussi longtemps que l'être humain cherche sa propre densité dans l'accomplissement de ses besoins primaires et de ses appétits physiques et que sa vie est dominée par le souci d'être en bonne santé, de procréer, de dominer et de s'amuser, il n'est pas encore spirituel. On accède au spirituel lorsqu'on découvre une dimension « autre », celle de l'amour, de la connaissance, de la liberté, de la compassion, de la conscience de soi et qu'on cherche à se réaliser humainement en prenant le chemin du divin en soi. » (Bergeron, 1998, p.6)

1.3 L'accompagnant spirituel :

Selon Bernard (2011), la notion d'accompagnement est apparue, il y'a une vingtaine d'années, au niveau de la formation et des soins. C'est à ce moment que le terme est alors inscrit dans le programme de formation professionnelle continue. Avec le développement des soins palliatifs, la dimension spirituelle de l'accompagnement est présente dans les démarches de soins. L'accompagnement spirituel, paraît particulièrement innovant dans la mesure où il s'intègre dans un champ médical laïc.

Dans le code déontologique de l'association pour l'accompagnement spirituel (AASPIR), l'accompagnement spirituel est défini comme un partenariat qui

implique la relation d'aide, en faisant place au souffle divin. Il se base sur l'écoute et la prise en compte de la quête de sens et de transcendance de la personne accompagnée.

1.4 La détresse spirituelle

Rivier, Hongler et Suter (2008), définissent la détresse spirituelle telle une crise du à un changement soudain se caractérisant, entre autres, par une rupture de l'identité spirituelle. Elle remet en cause les valeurs vécues de la personne jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie.

Il s'avère possible d'identifier chez la personne soignée et les membres de sa famille une verbalisation de conflits internes relatifs à sa propre existence (ex., culpabilité face à la maladie chronique transmise génétiquement à un enfant...). L'écoute de ces expressions de détresse invite l'infirmière à prodiguer des soins qui tiennent compte de la dimension spirituelle. (Pepin et Cara, 2001, p.42)

Enfin, la détresse spirituelle peut être vu comme l'« Etat d'une personne ou d'un groupe dont le système de croyances ou de valeurs qui procure la force, l'espoir et un sens à la vie est perturbé. » (Carpenito-Moyet, 2009, p.74).

1.5 Les soins palliatifs

Selon palliativ.ch (2015), les soins palliatifs existaient déjà au Moyen-âge dans toute l'Europe, des maisons accueillaient les pauvres, les malades et les

mourants. Les malades y bénéficiaient d'une aide physique et psychologique, ils étaient soignés et accompagnés avec respect jusqu'à la mort. Cette tradition a été reprise par Cicely Saunders en 1967 , fondatrice du St. Christopher's Hospice à Londres. Les malades incurables et mourants bénéficiaient à St. Christopher non seulement d'un traitement médical spécifique et de soins adaptés, mais aussi d'un soutien émotionnel, spirituel et social. Les soins palliatifs regroupent toutes les mesures qui sont mises en place et qui visent à soulager la souffrance d'une personne atteinte d'une maladie incurable et à lui assurer la meilleure qualité de vie possible jusqu'à sa mort. Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles ou chroniques évolutives. Ils interviennent principalement au moment où le pronostic vital paraît engagé et où les soins curatifs ne suffisent plus. Compte tenu de leur situation, les patients bénéficient de la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la fin, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins palliatifs prennent en charge le patient dans toute sa globalité. Le but est d'anticiper et de diminuer le plus possible les symptômes et les souffrances. Pour une qualité adéquate des soins le personnel soignant doit avoir des compétences professionnelles dans ce domaine. Dans la mesure du possible, les soins palliatifs sont prodigués dans le lieu souhaité par le malade en fin de vie. La mise en réseau des structures permet d'assurer la continuité du traitement et du soutien.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la philosophie des soins palliatifs se définit comme étant une approche visant à améliorer la qualité de vie des patients et des proches étant aux prises avec des problèmes associées à une maladie mettant la vie en danger, en prévenant et en atténuant la souffrance au moyen d'une détection rapide, d'une évaluation rigoureuse et du traitement efficace de la douleur et des autres problèmes de nature physique, psychosociale et spirituelle.

1.6 Les soins infirmiers :

D'après Spichiger et al., «les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des risques pour la santé; ils soutiennent les personnes durant leur traitement et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les traitements et les soins, et de maintenir la qualité de vie la meilleure possible à toutes les périodes de la vie et jusqu'à la mort.

Les soins infirmiers...

- s'adressent aux personnes à tous les âges de leur vie, à des individus, des familles, des groupes et des communautés, aux personnes malades et à leurs

proches, aux personnes handicapées, aux personnes en bonne santé;

- incluent, dans un continuum, des activités de maintien et de promotion de la santé, de prévention, lors de la préparation à la naissance et de l'accouchement, en situations de maladies aiguës, de convalescence et de réadaptation, dans les soins de longue durée et dans les soins palliatifs;
- s'appuient sur une relation entre les personnes soignées et les soignants, relation empreinte d'attention, de compréhension et de souci de l'autre. Cette relation permet le développement des ressources de chacun, l'ouverture à la proximité nécessaire aux soins et l'établissement de buts communs;
- recensent les ressources et les besoins en soins des personnes soignées, fixent des buts, planifient des interventions de soins, les appliquent (en mobilisant les capacités relationnelles et techniques nécessaires) et évaluent les résultats;
- se basent sur l'évidence, l'expérience réflexive et les préférences des personnes soignées, prennent en compte les aspects physiques, psychiques, spirituels, socioculturels, liés au monde vécu et perçu

(Lebenswelt), à l'âge et au genre, et respectent les directives éthiques;

- incluent des activités cliniques, pédagogiques, scientifiques et de leadership assumées en complémentarité par des généralistes et des spécialistes, des soignants au bénéfice d'une formation de base et des soignants ayant suivi diverses formations ultérieures;
- se déroulent en collaboration avec les personnes soignées, les proches soignants et les membres de professions auxiliaires, dans des activités multi professionnelles avec les médecins (responsables du diagnostic et de la thérapie) et les membres des autres professions de la santé. Les soignants y exercent des fonctions dirigeantes ou travaillent sous la direction d'autrui. Ils sont pourtant toujours responsables de leurs décisions, de leurs actes et de leur comportement;
- s'exercent aussi bien dans des institutions de santé qu'à l'extérieur, là où des personnes vivent, se forment, travaillent.»

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et

aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. » (Conseil international des infirmières [CII], 2015)

Pour Jouteau-Neves et Malaquin-Pavan, (2013), les soins infirmiers sont de nature complexes, Que le champ du soin prodigué soit préventif curatif ou palliatif, il nécessite que l'infirmière utilise des compétences relationnelles, techniques et éducatives.

Dans un autre ordre d'idées « La pratique professionnelle de l'infirmière est centrée sur le soin à la personne ou à la famille qui vit des expériences de santé en interaction continue avec son environnement. » (Pepin et Cara, 2001, p.31)

D'autre part « La pratique infirmière est une discipline professionnelle basée sur une science évolutive, qui change en fonction de la société, des pathologies émergentes et des résultats des recherches. Elle se traduit dans des courants de pensée qui influent directement sur la dispensation des soins ».(Kolher, 1999, p.17)

Enfin « La « pratique infirmière englobe la création d'un soin individualisé, l'utilisation de soi en tant qu'outil thérapeutique et l'intégration de savoir-faire spécifiques. » (Pepin et cara, 2001, p.31)

2.Eclairage du sujet par une théorie

Pour cette partie, nous avons décidé de choisir une théorie infirmière et nous allons montrer en quoi elle aide à éclairer notre sujet. « Les théories de soins infirmiers sont définies comme des conceptualisations de certains aspects de la réalité des soins infirmiers et qui sont communiquées dans le but de décrire des phénomènes, d'explicitier les relations entre les phénomènes, prévoir les conséquences ou décrire des soins ». (Meleis, 2012). Notre choix s'est porté sur la théorie de Watson. Sa théorie se veut existentielle, phénoménologique et spirituelle, elle s'inspire de la métaphysique, des humanités, des arts et des sciences.

« Pour Watson (1999), la relation de caring transpersonnelle caractérise un type particulier de connexion entre le soignant et le soigné, laquelle s'appuie sur des valeurs humanistes » Cara et O'Reilly (2008)

Mme Watson a proposé dix processus de Caritas qui proviennent de ses dix facteurs caratifs. Les facteurs caratifs constituent la base du développement de la science infirmière et oriente la pratique, permettant ainsi à l'infirmière de les utiliser pour prodiguer des soins. Dans ces processus qui découlent des facteurs, la dixième convient au mieux à notre situation :

« Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée. » Cara et O'Reilly (2008, p.39)

En outre, pour être en connexion avec le patient et avoir une pratique en lien avec le caring de Watson, le soignant devra alors orienter son soin, en s'ouvrant aux dimensions spirituelles de sa propre vie-mort et ceux du

patient. Ce dixième facteur confirme les affirmations de certains auteurs et de l'aumônier interviewé dans notre problématique. Il s'agit des affirmations comme quoi pour venir en aide au patient, le soignant doit maîtriser sa propre spiritualité. Une prise en charge empreinte du caring est alors une prise en charge qui tient compte de toutes les dimensions du patient, mais aussi du soignant.

Un autre auteur, Aucoin-Gallant (1990), présente le caring comme une théorie qui propose une « approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers ». Dans son article, elle nous propose un résumé de la pensée de Watson : L'infirmière tient compte de la globalité de l'expérience de la personne à un moment spécifique de son existence.

Chaque personne possède un champ phénoménal unique, subjectif et métaphysique qui lui permet de faire face aux différentes situations de la vie. L'infirmière considère la personne dans sa globalité qui en devenir, qui possède un corps, un esprit et une âme. L'auteur expose également que lors d'une situation pénible telle une maladie, l'équilibre de la personne est perturbé. C'est alors que l'infirmière, grâce à une meilleure connaissance du champ phénoménal, peut venir en aide au patient. C'est cette aide qui permet de transcender le moment difficile de la situation vécue. Enfin pour l'auteur, le caring permet à chacun et chacune de découvrir la signification de son existence et de ses expériences vécues, d'augmenter son contrôle de soi et dans la façon de faire face au stress.

D. Méthode

1. La question de recherche :

Afin de préciser et de délimiter la question de recherche, la méthode PICOT sera utilisée. Cette méthode facilite la formulation de la question clinique de manière structurée et précise. Elle permet aussi d'effectuer une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données.

Ensuite nous élaborerons la question et déterminerons de quel type il s'agit (intervention, pronostic, diagnostic, étiologie, Meaning).

Pour formuler notre question selon la méthodologie PICOT, nous nous sommes basés sur notre question de départ qui est : «En quoi la spiritualité des soignants influence-t-elle les soins de fin de vie ? » Et des différents concepts ressortis dans la revue de littérature en vue de l'affiner et de la rendre plus pertinente. La question formulée est donc la suivante :

En quoi la spiritualité de l'infirmier influence t'elle la prise en charge des patients en fin de vie ?

Il s'agit d'une question de type « Meaning ». Ce type de question, nous enseigne comment une expérience ou un phénomène influe sur le résultat.

Dans notre question de recherche, pour le phénomène, il s'agit de la spiritualité de l'infirmier et le résultat concerne « La prise en charge d'un patient en fin de vie ». Nous rechercherons alors comment la spiritualité de l'infirmier influence sa prise en charge du patient en fin de vie.

2. Recherche et sélection des articles :

Dans le cadre de la recherche des articles, nous avons exploité principalement deux bases de données, il s'agit de Cinhal et pubmed. Celles-ci regroupent un ensemble important d'articles concernant les soins infirmiers et le domaine médical. De plus elles font partie de la liste imposée des bases de données à explorer.

Nous avons défini des limites de recherche comme les années de publication au maximum 10 ans, les articles disponibles en texte intégral et des recherches dans le domaine de la santé. Pour que les articles correspondent au meilleur niveau de preuve possible, nos recherches sont faites sur la base d'un impact factor égale ou supérieur à 1,5 et un niveau de preuve entre 1 et 2.

Afin de trouver des descripteurs pertinents de notre question de recherche, nous avons défini les champs PICO avec des mots clés (voir tableau ci-dessous). Nous avons ensuite recherché des descripteurs dans les bases de données en nous servant de nos mots clés traduits en anglais.

	P	I	C	O
Mots –clés	L'infirmier et sa spiritualité Anglais : nurse's spirituality Le patient en fin de vie Anglais : Patient end of life	Impact de la spiritualité Anglais : impact of spirituality		Prise en charge des patients en fin de vie : end of life care
Descripteurs MeSH	Nurse attitudes Terminally Ill Patients	Spirituality Spiritual care		Palliative care

3.Présentation des articles :

Avec les mots-clés, nous les avons combinés de différentes manières, dans chacune de ces deux bases de données afin d'élargir la recherche et trouver des articles pertinents.

Cinahl :

Mots –clés	Limites	Articles trouvé	Articles retenus
Nurse attitudes AND Terminally Ill Patients AND Spirituality AND Palliative care	Texte intégral 10 ans	1	0
Spirituality AND Nurse attitudes	Texte intégral 10 ans	15	1
Nurse attitudes AND spiritual care	Texte intégral 10 ans	20	2
Palliative care AND spiritual care	Texte intégral 10 ans	43	2
Terminally Ill Patients AND Spirituality	Texte intégral 10 ans	20	0

Choix des articles Cinhal :

Nous avons introduit les mots clés suivants dans la base de données Cinhal : « Nurse attitudes AND Terminally Ill Patients AND Spirituality Palliative care » Nous n'avons trouvé qu'un seul résultat. Nous avons alors réduit les mots clés à «Spirituality AND Nurse attitudes » afin d'élargir la recherche. 22 résultats ont été trouvés, nous avons fait un survol initial des titres et des résumés de quelques résultats fournis puis nous en avons sélectionné un.

1. McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(21/22), 3170-3182. doi:10.1111/jocn.12411

Nous avons décidé de prendre cet article malgré un impact factor de 1.23 car le titre de l'article nous a interpellé, il s'agit d'une étude qualitative sur la perception dont ont les infirmières sur la spiritualité. La recherche contient trois de nos mots clés, de plus, nos principaux concepts comme la spiritualité et les soins spirituels y sont traités. Cet article a un niveau de preuve entre 1 et 2 selon (Melnyk& al., 2013).

En modifiant les mots clés à « Nurse attitudes AND spiritual care» dans la même base de données, 20 résultats ont été trouvés, nous avons procédé comme pour l'article précédent et nous en avons sélectionné 2 :

2. Baldacchino, D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(7), 885-896. doi : 10.1111/ j.1365-2702.2006.01643.x

Nous avons choisis cet article avec un impact factor de 1.25 car trois de nos concepts y sont cités. De plus nous pensons que la connaissance des compétences infirmières pour les soins spirituels est primordiale pour notre travail. Cet article a un niveau de preuve entre 1 et 2 selon (Melnyk& al., 2013).

3. Van Leeuwen, R., Tiesinga, L., Post, D., & Jochemsen, H. (2006).

Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(7), 875-884.

doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x

Cet article malgré un impact factor de 1.23 contient 4 de nos mots clés sur 5 et peut répondre à certaines questions de notre travail. Le niveau de preuve se situe entre 1 et 2 selon (Melnyk& al., 2013)

En changeant les mots clés à « Palliative care AND spiritual care » toujours dans la même base de données, 43 résultats ont été trouvés, nous avons procédé comme pour les articles précédents et nous en avons sélectionné 2 :

4. Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012).

Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal Of Clinical*

Nursing, 21(15/16), 2126-2135. doi:10.1111/j.1365-

2702.2012.04180.x

Cet article a un impact factor de 1.25 mais apportera des éléments supplémentaires et importants sur les soins palliatifs à notre travail.

5. McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality:

implications for nursing practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(8),

934-941. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x

Nous avons choisis cet article car il nous paraît très utile pour notre travail même s'il a un impact factor de 1.25. Nous pensons qu'il est très important qu'on puisse donner une définition à la spiritualité qui est l'élément central de notre travail.

Pub Med

Mots –clés	Limites	Articles trouvés	Articles sélectionnés
Nurse attitudes AND Terminally Ill Patients AND Spirituality Palliative care	Texte intégral 10 ans	2	1
Spirituality AND Nurse attitudes	Texte intégral 10 ans	18	0
Nurse attitudes AND spiritual care	Texte intégral 10 ans	24	0
Palliative care AND spiritual care	Texte intégral 10 ans	227	0
Terminally Ill Patients AND Spirituality	Texte intégral 10 ans	19	0

Choix des articles Pubmed :

En introduisant les mots clés dans la base de données Pubmed : « Nurse attitudes AND Terminally Ill Patients AND Spirituality AND Palliative care », nous avons trouvé 2 résultats et avec toujours le même procédé de sélection, nous en avons sélectionné un :

1. Balboni, M., Sullivan, A., Enzinger, A., Epstein-Peterson, Z., Tseng, Y., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. and Balboni, T. (2014). Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), pp.400-410. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020.

Nous avons sélectionné cet article car l'impact factor est de 2.79 donc supérieur à la moyenne de tous les articles que nous avons pu trouver par rapport à la thématique de la spiritualité , de plus la majorité de nos concepts y sont traités. Nous considérons qu'il serait très intéressant d'étudier les barrières qui peuvent empêcher les infirmières de prodiguer des soins spirituels. Cet article est donc très important pour la compréhension de certains points du travail.

En conclusion sur cette méthodologie, nous espérons trouver plus d'articles sur les soins de vie en lien avec la spiritualité du soignant. Sur six articles trouvés deux seulement font le lien entre les deux.

E. Synthèse des résultats

Dans ce chapitre, nous allons faire une synthèse des articles analysés, mettre ensuite en lien les résultats avec notre question PICOT et enfin, exposer les perspectives et propositions pour la pratique. Les études analysées apportent chacune à sa manière des éléments très intéressants pour le travail. Même si elles ne répondent pas à la question de recherche de façon spécifique, elles appuient et confirment plusieurs des hypothèses qui ont été énoncées dans la problématique. La synthèse des résultats sera regroupée en quatre principaux thèmes : la définition de la spiritualité, le rôle des infirmier/ères face aux soins spirituels, le manque de formation sur la spiritualité et l'environnement de soin.

1.Synthèse :

1.1 La définition de la spiritualité :

Tout au long du travail, il a été énoncé à plusieurs reprises la difficulté à donner une définition à la spiritualité, pour McSherry et Jamieson (2013), la dimension spirituelle ne peut pas être séparée de l'histoire des soins infirmiers. La spiritualité n'est pas un sujet nouveau dans les soins infirmiers, mais c'est tout récemment que le mot est entré dans le langage commun. Les deux auteurs cités ci-dessus ont réalisé une étude quantitative avec un sondage en ligne pour connaître les perceptions sur la spiritualité et des

soins spirituels. L'étude a été menée au Royal College of Nursing (RCN) qui est le plus grand syndicat et organisme professionnel pour les soins infirmiers au Royaume-Uni avec plus de 410.000 membres. Cet organisme est composé d'infirmières, de sages-femmes, de travailleurs de soutien des soins de santé et d'étudiants. Les résultats de leur analyse démontrent que la spiritualité a plusieurs sortes de significations. Le sondage a été réalisé du 10 au 31 mars 2010. Un total de 4054 membres environ a participé au sondage, ce qui représente 10% de tous les membres RCN. Les membres qui ont participé à l'étude considèrent que la spiritualité a plusieurs sens: par exemple, religieux, la croyance, la foi en Dieu, la paix, les relations, la connexion et l'existentialisme. Ces résultats confirment que la spiritualité est interprétée de manière unique et personnelle et que la probabilité d'élaborer une définition officielle est faible. Baldacchino (2006), a fait une étude exploratoire et descriptive afin d'enquêter sur les compétences des infirmières dans la prestation de soins spirituels aux patients atteints d'infarctus du myocarde. L'étude concernait tous les infirmiers qualifiés, âgés de 21 à 55 ans qui ont travaillé dans les services médicaux aigus des hôpitaux généraux à Malte et Gozo. Au total 215 infirmiers soit 160 femmes et 55 hommes ont participé à l'étude qui s'est déroulé en Novembre 2000. Les résultats de son étude indiquent que les infirmières avaient tendance à associer soins spirituels et religion. Cela pourrait être la raison du manque de connaissances sur la définition de la spiritualité et des soins spirituels. Dans l'article de McSherry, Cash et Ross (2004), ils ont réalisé une recherche

qualitative qui avait pour objectif général de rechercher et d'acquérir une connaissance plus approfondie de la façon dont les patients, les infirmières et des religieux comprennent le concept de la spiritualité. L'étude a impliqué 53 participants. Cet article présente certains des résultats de la phase I de l'étude dans laquelle 22 personnes ont été interrogées au cours de janvier 2001 et février 2002. Les infirmières, les patients et les religieux ont été choisis à partir de trois zones mais résidant dans différents lieux géographiques dans le Yorkshire, au ROYAUME-UNI. Lorsque l'on compare les définitions de la spiritualité des infirmières avec celles des patients, il semble y avoir des différences significatives entre la définition, l'interprétation et la compréhension du concept. Cinq ont été interrogés sur leur compréhension du terme « spiritualité ». Tous expriment une grande difficulté à articuler une définition ou même identifier le terme. Certains patients considèrent la spiritualité et la religion comme synonymes. En résumé, leur étude démontre, que les infirmières fournissent des définitions de la spiritualité en lien avec la définition de Murray et Zentner (1989)¹ tandis que les patients n'étaient pas au clair sur la signification et estimaient qu'il serait synonyme à la religion.

¹Une qualité qui va au-delà de l'appartenance religieuse qui cherche l'inspiration, le respect, la crainte, le sens et le but, même dans ceux qui ne croient pas en Dieu. La dimension spirituelle cherche à être en harmonie avec l'univers, essaye d'obtenir des réponses sur l'infini, et vient essentiellement au point en période de stress émotionnel, maladie physique (et mentale), la perte, le deuil et la mort "

1.2 Le rôle des soins infirmiers face aux soins spirituels:

Une question que peuvent se poser certains infirmiers est celle de savoir si la prise en charge de la dimension spirituelle fait entièrement partie du rôle infirmier ?

McSherry et Jamieson (2013) répondent à la question. En effet les résultats qualitatifs de leur étude révèlent que la spiritualité est reconnue par les infirmières comme étant une dimension fondamentale de leur pratique. Il y a une prise de conscience que la spiritualité est un droit fondamental et une composante de la pratique infirmière. Pourtant, cela n'empêche pas des débats autour de la signification et l'importance de la spiritualité. Leurs résultats fournissent des indications précieuses pour les infirmiers. De nombreux répondants considèrent les soins spirituels comme une partie intégrante de la pratique infirmière, exprimée à travers des valeurs fondamentales et des principes de soins infirmiers. Les soins spirituels se manifestent dans les attitudes et comportements des infirmières et impliquent des qualités telles que la compassion, la bonté et la préservation de la dignité. Dans les résultats du travail de Baldacchino (2006), sur les compétences des infirmiers en soins spirituels, les infirmières ont reconnu leur rôle en tant que professionnel qui devrait donner les soins aux patients de manière holistique. Il en ressort que les infirmiers ont des connaissances physiologiques et médicales. En revanche, les autres dimensions, psycho-sociale et spirituelles sont négligées et les infirmiers ne

se sentent pas compétents pour cela. Les infirmiers se sentaient frustrés lorsque certains patients avaient besoin d'une aide supplémentaire et qu'ils ne se sentaient pas capables de répondre à ces besoins. En outre, les infirmiers démontrent une préoccupation actuelle au sujet de leurs soins qu'ils considèrent comme étant incomplets. Dans la problématique, une des questions posées était : « Le soignant peut-il prendre en charge la dimension spirituelle d'un patient tout en ignorant sa propre spiritualité ? ». Dans les résultats de Baldacchino (2006), les infirmiers affirment qu'ils devraient être bien développés au niveau personnel et devraient avoir la conscience spirituelle. La conscience personnelle de leur vie peut aider les infirmiers à avoir une bonne connaissance de la façon dont ils doivent traiter les besoins des patients, ce qui répond aussi à la question suivante de la problématique : « Comment pouvons-nous aider une personne à donner un sens à sa vie ou à sa mort si nous ne savons pas exactement qui nous sommes, si nous avons des doutes sur notre existence et nos croyances ? »

McSherry, Cash et Ross (2004), constatent dans leurs résultats que les expériences et le rôle attendu de l'infirmière varient selon les patients, les infirmiers et l'aumônier. Pour eux, les infirmiers connaissent peu leur responsabilité par apport aux soins spirituels et certains aspects de la spiritualité sont mal ancrés dans les soins infirmiers. Enfin ils affirment que les soins de base avec une présence, une écoute et un respect sont considérés comme étant l'essence des soins spirituels.

Balboni et al (2014), ont réalisé une étude multi sites basée sur un sondage effectué à partir d'octobre 2008 à janvier 2009.

L'étude visait à décrire la volonté des infirmiers et des médecins à fournir des soins spirituels en phase terminale et d'évaluer 11 barrières² potentielles. Tous les infirmiers et médecins en oncologie admissibles de quatre centres universitaires de Boston ont été approchés pour participer à l'étude. Au total 339 infirmiers et médecins ont participé. Ils évoquent une différence significative entre le désir de fournir des soins spirituels et les soins spirituels fournis. C'est à dire que 74% des infirmiers et médecins souhaitent fournir des soins spirituels lors des entretiens avec les patients en fin de vie mais il n'y'a que 9% qui en fournissent.

1.3 Le manque de formation :

« Si la prise en charge de la spiritualité du soignant fait partie du rôle infirmier, ne devons-nous pas être mieux formés ? » La réponse à cette question de la problématique est unanime. Les résultats de McSherry et Jamieson (2013), en concluent que les répondants estimaient qu'ils manquaient de compétences en soins spirituels, indiquant qu'ils ont reçu une orientation insuffisante. Plusieurs d'entre eux ont demandé des conseils

² **1** Pas assez de temps. **2** Le manque d'espace privé pour discuter de ces questions avec les patients. **3** Je n'ai pas reçu une formation adéquate. **4** Je crois que les soins spirituels est mieux fait par d'autres professionnels. **5** Je suis inquiet que les patients se sentent mal à l'aise. **6** Je me sens mal à l'aise d'engager ces questions avec les patients dont les croyances religieuses / spirituelles peuvent différer de moi. **7** je ne suis pas à l'aise pour discuter des questions spirituelles. **8** Je ne crois pas que ce soit de mon rôle professionnel. **9** Je suis inquiet que le rapport d'autorité entre le patient et (infirmière / médecin) rend les soins spirituels inapproprié. **10** Religion / spiritualité n'est pas important pour moi personnellement. **11** Je ne crois pas que les patients atteints de cancer veulent des soins spirituelle venant des (infirmières / médecins).

supplémentaires. Les résultats mettent en évidence que, malgré une augmentation d'appel à l'intégration formelle de la spiritualité dans le programme de soins infirmiers, cela n'a pas encore été pleinement réalisé. Les résultats suggèrent aussi différents points de vue concernant l'intégration de la spiritualité et des soins spirituels dans les programmes de formation en soins infirmiers. Certains pensent que ces concepts devraient être introduits dans les programmes de préinscription, tandis que d'autres estiment qu'une telle approche serait trop restrictive et peut conduire les infirmières à faire des hypothèses infondées. Les résultats quantitatifs ont révélé qu'en tout, 79.8 % étaient en désaccord avec la déclaration que la spiritualité et les soins spirituels ne devraient pas être abordés dans les programmes de la formation des infirmières.

Il en ressort aussi que la spiritualité et les soins spirituels se prêtent difficilement à l'enseignement de style pédagogique car ils concernent l'expérience, les qualités personnelles et les attributs de l'individu qui ne peuvent être enseignées.

Ronaldson, Hayes, Aggar, Green et Carey (2012), ont fait un questionnaire de recherche qui a été réalisé dans des services de soins palliatifs et dans des services de soins aigus à Sydney en Australie. Tout ceci dans le but de mesurer les perspectives spirituelles dont la spiritualité personnelle, les visions de la spiritualité, l'engagement dans les activités liées à la spiritualité; et la pratique spirituelle, y compris l'évaluation, les interventions et les obstacles aux soins spirituels. Au total, sept des services internes

métropolitaines de santé à Sydney ont participé à cette étude; une communauté de soins palliatifs, trois services de soins palliatifs et trois services de soins aigus. Les auteurs recommandent une éducation spécifique de soin dans les environnements de soins aigus. Ils proposent que cela soit fait par des mentors infirmiers expérimentés en soin spirituel.

Dans l'étude de van Leeuwen, Tiesinga, Post et Jochemsen (2006), Le but était de contribuer au débat sur le rôle de l'infirmière dans les soins spirituels. L'échantillon était composé des domaines de la cardiologie, l'oncologie et la neurologie et divisée en groupes de patients, infirmiers et aumôniers d'hôpitaux. Il en résulte que les infirmiers qui ont suivi des formations sur la spiritualité et les soins spirituels se sentent plus compétents. McSherry, Cash et Ross (2004), expliquent que l'un des facteurs qui peut permettre de comprendre les différences entre les infirmières, les patients, et les religieux peut être l'éducation professionnelle. Sur les 12 infirmières interrogées plusieurs ont souligné le fait que l'éducation postuniversitaire avait changé leur compréhension de la spiritualité. Les auteurs conseillent que les programmes d'études peuvent avoir besoin de tenir compte de cette diversité des opinions, et donc faire une approche large en incluant tous les points de vue. Pour Baldacchino(2006), les infirmières recommandent la formation continue pour améliorer leurs soins infirmiers en intégrant la dimension spirituelle. Ces programmes éducatifs devraient également inclure des sessions avec des aumôniers d'hôpitaux et /ou des psychologues et des travailleurs sociaux.

Ces résultats soutiennent la recherche existante en vertu desquels, en l'absence d'éducation sur la spiritualité, les infirmières dans un contexte culturel de la religion considèrent la spiritualité comme synonyme à la religion.

Selon McSherry, W., & Jamieson, S. (2013) il y a une préoccupation majeure par rapport à la marginalisation et la vulnérabilité subies par des infirmiers en raison de leur religion, de leur croyance et leur foi. Il s'agit là de préoccupations qui exigent une attention urgente de la part du gouvernement et des organismes de réglementation professionnelle. Une éducation et des conseils pour éclaircir les limites personnelles et professionnelles, permettant à toutes les infirmières, indépendamment de la croyance personnelle, de se sentir plus confiantes et compétentes dans leur pratique de soins spirituels, sont primordiaux.

Pour conclure sur cette question, Balboni et al. (2014), démontrent que les obstacles les plus fréquemment ressortis qui sont d'importance modérée ou très importants incluent l'insuffisance de la formation à 61%

1.4 L'environnement de soin :

Lors de l'analyse des articles, plusieurs auteurs soulignent que l'approche de la spiritualité et les soins spirituels dépendent de l'environnement de soins. Cela a été notamment révélé dans le travail de Ronaldson, Hayes, Aggar, Green, et Carey (2012), où ils font une comparaison des soins spirituels dans des soins aigus et dans des services de soins palliatifs. Leurs résultats

révèlent que les infirmières de soins palliatifs avaient des perspectives élevées de la spiritualité et une pratique avancée dans les soins spirituels. L'environnement de soins de courte durée ne permet pas souvent l'intimité nécessaire pour offrir des soins spirituels. De plus, le travail en soins palliatifs peut améliorer la sensibilité spirituelle d'une infirmière : prendre soin de ceux qui sont en phase terminale et faire face à la mort imminente soulève une conscience spirituelle chez la personne. Les infirmières de soins aigus ont besoin elles aussi de compétences en soin spirituel, étant donné que la mort n'est pas un événement rare dans ces environnements de soins. Les environnements de soins aigus ont une philosophie de soin plutôt curative alors que les soins palliatifs sont guidés par le soulagement des symptômes. Les environnements de soins aigus étant axés sur la guérison, il est tentant d'y voir les soins spirituels comme relevant de la compétence des aumôniers. Pour Baldacchino(2006), les contraintes de temps, la surcharge de travail, le manque d'intimité, le fait que l'infirmier pense que les soins spirituels est la compétence exclusive de l'aumônier sont des freins pour prodiguer de manière adéquate des soins spirituels.

Leeuwen, Tiesinga, Post et Jochemsen (2006), affirment qu'il y'a différents facteurs dans la culture de l'hôpital qui peuvent influencer les soins spirituels. Les éléments suivants ont été mentionnés comme ayant un effet positif: une équipe soudée, une culture, l'information sur les patients, une vision de soins basée sur une attention personnelle des patients, un superviseur qui a une attitude positive, et une bonne ambiance au sein de l'équipe. Les facteurs qui

peuvent influencer les soins spirituels sont tels que: la commercialisation croissante, la domination des aspects médico-techniques, l'accent sur les soins fondés sur des preuves. Cela donne l'impression que l'aspect humain des soins est négligé.

2.Développement en lien avec PICOT

La question PICOT : En quoi la spiritualité de l'infirmier influence t'elle la prise en charge des patients en fin de vie ?

Aucunes des études analysées ne donne des réponses précises sur l'influence de la spiritualité de l'infirmier dans sa prise en charge du patient en fin de vie. Mais les résultats de ces analyses assez généralisés sont tout à fait transférables pour les soins de fin de vie.

Pour Balboni et al (2014), les soins spirituels des patients à la fin de la vie ont été identifiés comme un domaine de base par l'Organisation mondiale de la Santé. Ronaldson, Hayes, Aggar, Green, et Carey (2012) affirment que les personnes en fin de vie sont souvent confrontées à des questions spirituelles par exemple : la nécessité de la réconciliation, la recherche du sens ou à la recherche du pardon ou de pardonner et la nécessité de l'espoir les infirmières en soins palliatifs sont des témoins de ces événements personnels profonds qui peuvent impliquer une certaine détresse spirituelle. Pour Leeuwen, Tiesinga, Post et Jochemsen (2006), les infirmières semblent être influencées par leur éducation, leur histoire et leurs expériences personnelles, ce qui les amène davantage à prêter attention aux

aspects spirituels de leurs soins. Les infirmières indiquent qu'en ayant plus d'expérience personnelle et professionnelle, elles prêtent plus attention à la spiritualité. Plusieurs patients dans l'étude déclarent qu'une conversation sur la spiritualité doit être abordée par les patients. Pour eux, ce n'est pas positif si l'infirmière impose sa foi. D'après McSherry et Jamieson (2013), il est nécessaire d'investiguer davantage sur la tension croissante articulée par certains infirmiers concernant leurs croyances personnelles et professionnelles dans la pratique. Certains infirmiers se sentent dans une société où il n'y a pas de place pour l'expression de la foi personnelle et des croyances. Les résultats révèlent justement que certains infirmiers par rapport à leurs traditions et croyances se sentent vulnérables et ont l'impression d'être marginalisés sur la base de leur propre religion.

Pour Baldacchino(2006), l'importance de la conscience de soi de chaque infirmière est importante. L'attention des infirmiers a été attirée sur la nécessité de réfléchir sur leur propre dimension spirituelle. Dans son étude, la plupart des infirmiers ont déclaré que leur vie personnelle peut entraver leurs soins et qu'il est plus facile de déléguer les soins spirituels aux aumôniers. Il propose une démarche de soin spirituel par une évaluation des problèmes, des besoins, une planification de soins, l'intervention et l'évaluation des soins orientés vers les questions suivantes : quoi, pourquoi, comment, quand, où et qui. Pour McSherry, Cash et Ross (2004), il est important de revoir la compréhension de la spiritualité. Si on ne tient pas

compte de ces préoccupations, cela peut entraîner une évaluation et une pratique inappropriée dans le domaine spirituel.

3. Perspectives et proposition pour la pratique :

Au terme de cette synthèse des résultats, nous constatons, que la difficulté à définir la spiritualité est soulignée dans tous les articles analysés. Certains environnements seraient plus favorables pour effectuer des soins spirituels. Les infirmières semblent être influencées par leur éducation, leur histoire et leurs expériences personnelles dans leurs pratiques. Les résultats des auteurs confirment unanimement le manque de formation en termes de spiritualité, à ce propos il en résulte que les infirmiers qui ont suivi des formations sur la spiritualité et les soins spirituels se sentent plus compétents. Enfin les soins spirituels des patients à la fin de la vie ont été identifiés comme un domaine de base par l'Organisation mondiale de la Santé. De ce fait Ronaldson, Hayes, Aggar, Green, et Carey (2012), recommandent principalement l'augmentation de la sensibilité personnelle. Cela peut se faire d'abord à travers la conscience de soi, la croissance spirituelle et de l'éducation qui doit être renforcée par les cours. Il est aussi impératif pour les infirmières de se documenter sur les soins spirituels et d'en discuter avec les collègues infirmières et d'autres professionnels de la santé. Quant à van Leeuwen, Tiesinga, Post et Jochemsen (2006), il est suggéré qu'à l'avenir, la recherche devrait se concentrer davantage sur les facteurs

qui influencent les soins spirituels en soins infirmiers. Pour Baldacchino(2006), afin d'améliorer le développement et la pratique des compétences spirituelles en soins infirmiers, il est recommandé que les infirmiers aient une formation continue en outre sur les soins spirituels. Ces programmes éducatifs devraient également inclure des séances d'aumôniers d'hôpitaux et les membres de l'équipe interdisciplinaire sur la conscience de soi. Cela peut aider les infirmiers à devenir des praticiens réflexifs, capables de fournir des soins spirituels efficaces avec l'équipe interdisciplinaire.

F. Conclusion

Il s'agit d'une recherche scientifique dans l'intérêt de connaître l'influence de la spiritualité de l'infirmière sur les soins de fin de vie. Au début de ce travail, le but était plutôt l'influence de la culture de l'infirmière qui nous intéressait d'où la thématique de l'inter culturalité. Mais au fur et à mesure de la recherche comme nous l'avons souligné dans la problématique, il était difficile de trouver des documents qui traitaient de ce sujet. Nous nous sommes tournés vers la spiritualité qui correspond mieux à nos expériences vécues afin de répondre à nos différents questionnements.

1. Apport du travail de bachelor

Avant de commencer le travail, nous savions que nous nous engageons sur un thème pas commun. Nous savions par apprentissage que la spiritualité concernait surtout la notion de sens mais il est aussi vrai que dans toutes nos démarches de soins réalisés à l'école, nous avons toujours intégré les croyances religieuses dans la spiritualité sans vraiment les différencier. Nous avons remarqué que la prise en charge de la dimension spirituelle n'était pas intégrée dans le référentiel des compétences de notre formation.

Nous n'imaginions pas toutes ces différences d'opinions en lien avec la définition. Il était fort intéressant de lire les arguments des

différents auteurs, cela nous a permis au terme de ce travail, de construire une définition de la spiritualité qui nous semble convenable. Malgré les différentes difficultés que nous avons rencontrées au début de ce travail, notamment à comprendre toutes les consignes et la rédaction, ce travail de bachelor nous a permis d'acquérir des compétences au niveau de la recherche qui peuvent s'avérer très utiles dans la pratique. Nous avons au fil du temps développé un regard critique notamment au niveau de la sélection des ouvrages et le choix des articles.

D'autre part, nous nous sommes retrouvées désemparées suite au départ de nos deux camarades de travail. Le travail nous paraissait alors très conséquent mais finalement, ce fut un travail riche en développement personnel.

L'élaboration de ce travail nous a démontré que certains aspects de la question ont été largement discutés dans la littérature, surtout par des auteurs anglophones. Certains auteurs parlent « d'effet de mode » en ce qui concerne la spiritualité dans les soins. C'est une dimension qui commence à émerger dans les soins. Il existe plusieurs travaux sur la prise en charge spirituelle du patient en fin de vie mais très peu sur la spiritualité du soignant dans les soins palliatifs.

Dans la problématique, nous avons fait ressortir des comportements observables de la part des soignants lorsqu'il s'agit de la prise en charge spirituelle en fin de vie. Il s'agit d'une part de la « fuite » et d'autre part le fait d'« influencer le patient avec ses propres croyances ». Par rapport à ces

comportements qui peuvent être problématiques, les analyses des différents articles scientifiques confirment la difficulté à trouver une définition de la spiritualité. Selon les auteurs c'est une notion qui reste assez personnelle. Dans les différents sondages qui ont été réalisés, la définition de la spiritualité de l'infirmière était parfois erronée, certains infirmiers confondaient tout simplement religion et spiritualité. Ce qui peut par exemple expliquer qu'une infirmière qui n'est pas très croyante aura tendance à fuir par peur de ne pas pouvoir répondre aux questions du patient. Concernant l'influence avec ses propres croyances, nous n'avons pas trouvé des articles qui peuvent expliquer le phénomène, mais nous avons pu lire que certains soignants qui sont croyants se sentent mal à l'aise avec leur religion car ils se sentent marginalisés. Nous avons aussi pu répondre à toutes nos questions de la problématique. En effet les infirmiers de l'étude de Baldacchino (2006) affirment qu'ils devraient acquérir un bon développement personnel et avoir aussi une conscience spirituelle. La conscience personnelle de leur vie peut les aider à avoir une bonne connaissance de la façon dont ils doivent traiter les besoins des patients. En ce qui concerne les patients de l'étude de Leeuwen, Tiesinga, Post et Jochemsen (2006), le fait pour l'infirmière de trop imposer sa foi est mal perçu. L'intégration de la spiritualité est nécessaire dans la formation en soins infirmiers, du moins c'est ce qu'affirment la majorité des articles analysés.

2. Les limites

Une des limites la plus importante réside surtout dans le choix de nos articles. Le choix des articles ne permet pas à la fin de ce travail une réponse directe à la question de recherche. Avec du recul, nous regrettons le manque d'information sur les soins palliatifs dans la synthèse des résultats. Nous aurions peut être du reformuler la question ou adapter nos mots clés lorsque nous ne trouvions pas d'articles qui faisaient le lien entre la fin de vie et la spiritualité des infirmiers. Nous avons sélectionné certains articles car ils répondent ou confirment clairement certaines interrogations et pour nous il était intéressant de les avoir dans la liste. Comme nous l'avons déjà souligné dans la méthode, sur les six articles analysés, seulement deux traitent de façon très subjective la question de la fin de vie, ce qui peut expliquer notre blocage pour répondre à la question de recherche. Nous avons bien dit subjective car ces deux mêmes articles qui ont les termes « fin de vie » et « soins palliatifs » dans leur titre ne développent pas du tout ce concept en lien avec la spiritualité. Ce qui, au final, nous amène à poser l'hypothèse que l'approche spirituelle de l'infirmier au moment de la fin de vie ou de façon générale reste la même. Certes, les questions et les besoins spirituels ne seront pas identiques. Nous posons aussi l'hypothèse qu'analyser six articles n'est peut-être pas suffisant pour regrouper les éléments qui nous permettent de répondre de façon précise à la question. Finalement nous

trouvons tout de même les articles très intéressants et riches car ils traitent de façon claire tous les aspects de la spiritualité de l'infirmière.

3. Perspectives pour la recherche

Au début de ce travail nous avons souligné l'importance de la spiritualité du soignant dans ses prises en charges. Nous avons alors pu constater les ambiguïtés autour de sa définition et l'amalgame faite par certains soignants en lien avec la religion. Nous pensons nécessaire de clarifier la différence entre spiritualité et religion.

McSherry, Cash et Ross (2004), constatent que les infirmiers connaissent peu leur responsabilité par apport aux soins spirituels et certains aspects de la spiritualité sont mal ancrés dans les soins infirmiers. Pepin et Cara (2001), proposent une philosophie basée sur le caring, cela permettrait à l'infirmière d'offrir à la personne, la possibilité de verbaliser sa perspective, ses inquiétudes et ses besoins. L'infirmière encourage l'individu à comprendre ses conflits d'ordre moral ou spirituel. Elle crée également et facilite un environnement propice au ressourcement ou aux pratiques de rituels.

Nous avons aussi relevé l'importance que l'infirmière prenne conscience de sa propre spiritualité pour pouvoir aider le patient dans sa quête spirituelle. Investiguer sur cette prise de conscience spirituelle nous semble aussi nécessaire. A ce propos, dans les résultats de Baldacchino (2006), les infirmiers affirment qu'ils devraient être bien développés au niveau personnel et devraient avoir la conscience spirituelle.

Nous trouvons très intéressant l'idée d'intégrer les soins spirituels dans les formations. Cet aspect mérite d'être creusé et pourquoi pas être mis en place. Baldacchino(2006), propose des programmes éducatifs qui incluent des sessions avec des aumôniers d'hôpitaux et /ou des psychologues et des travailleurs sociaux.

La spiritualité du soignant est un sujet assez vaste et rare dans la littérature, c'est un sujet qui mérite d'être développé car elle est d'autant plus importante que celle des patients.

G. Les références :

Aaspir.ch, (2015). AASPIR | Association pour l'Accompagnement Spirituel.
Repéré à: <http://aaspir.ch/>

Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du caring de Watson : une approche existentielle phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers. *L'infirmière canadienne/Canadian Nurse*(Décembre), 32-35.

Bak.admin.ch, (2015). OFC - Office fédéral de la culture -Définition de la culture par l'UNESCO. Repéré à
<http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>.

Balboni, M., Sullivan, A., Enzinger, A., Epstein-Peterson, Z., Tseng, Y., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. and Balboni, T. (2014). Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), pp.400-410.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020.

Baldacchino, D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(7), 885-896. doi : 10.1111/ j.1365-2702.2006.01643.x

Bergeron, R. (1999). Pour une spiritualité du troisième millénaire. *Religiologiques*, 20, 1-16

Breton, J. (1992). *Pour trouver sa voie spirituelle*. Saint-Laurent, QC: Fides.

Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche En Soins Infirmiers*, 95(4), 37. doi :10.3917/rsi.095.0037

Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Manuel de diagnostics infirmiers*. (Traduction de la 12ème édition). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson

Echard, B. (2006). Fin de vie et quête de sens. *VST - Vie sociale et traitements*, 90 (2), 87-90

Fawcett, J., & Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Fawcett, J. (1984). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Hanus, M. (2005). Au-delà de la vie, au-delà de la mort. *Études sur la mort* 128 (2), 11-18

Hennezel, M. (2003). *Mission «Fin de vie et accompagnement»*. (S.I.): (s.n.). Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000617.pdf>

Honoré, B. (2011). *L'esprit du soin*. Paris: S. Arslan.

Kolher, C. (1999). Le diagnostic infirmier de « détresse spirituelle » une réévaluation nécessaire. *Recherche en soins infirmiers*, 54.

Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève: Labor et Fides.

McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(21/22), 3170-3182. doi:10.1111/jocn.12411

McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(8), 934-941. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x

Rivier, E., Hongler, T., & Suter, C. (2008). *La spiritualité en soins palliatifs*. Repéré à http://www.svmed.ch/wp-content/uploads/2011/08/GSP-5_2008_Spiritualit%C3%A9.pdf

Rochat, E. (2005). *Souffrir de douleur existentielle, Vers une reconnaissance de la détresse spirituelle ?* Repéré à http://www.aumonerie-hopital.ch/contenu/visual.php?id=7&idelement=22&iduser=&sid=&nomchamps=filink_attacher_fichier

Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2126-2135 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04180.x

Rosselet, F., & Neuve, R. (2002). Prise en charge spirituelle des patients: la neutralité n'existe pas!. *Revue médicale de la Suisse romande*, 122(4), 175-178.

- Rougeron, C. (2002). *Spiritualité éthique et malade en fin de vie*. [S.l.: s.n.].
- Rousseau, P. (2003). La spiritualité et le patient en fin de vie. « L'art de l'oncologie : quand la tumeur n'est pas le but », *Revue internationale de soins palliatifs*, 18(4), 181-183.
- Saunders, C., Jouteau-Neves, C. and Malaquin-Pavan, E. (2013). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Saunders, C. (2009). L'infirmier et les soins palliatifs "prendre soins": éthique et pratiques. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson
- Sbk.ch,. (2015). *Association suisse des infirmières et infirmiers, La voix infirmière! : Définition des soins infirmiers*. Repéré à <http://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/pflegethemen-zusatzseiten/definition-des-soins-infirmiers.html>
- Simard, N. (2006). Spiritualité et santé. *Revue Ontaroise D'intervention Sociale Et Communautaire*, 12(1), 107-126.
- Spiritualite2000.com,. (2015). repéré à <http://www.spiritualite2000.com/wp-content/uploads/2015/01/Soins-palliatifs-loi-leonetti-e13559936331681.jpg>
- Palliative.ch, (2015). Histoire des soins palliatifs. Repéré à: <http://www.palliative.ch/fr/soins-palliatifs/histoire-des-soins-palliatifs>
- Palliative.ch, (2015). En quoi consistent les soins palliatifs?. Repéré à: <http://www.palliative.ch/fr/soins-palliatifs/en-quoi-consistent-les-soins-palliatifs/>
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e édition)*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Pepin, J. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9(2), 33-46. doi : 10.7202/007294ar
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. New York: Organisation mondiale de la Santé (OMS).

van Leeuwen, R., Tiesinga, L., Post, D., & Jochemsen, H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal Of Clinical Nursing, 15*(7), 875-884. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x

H. Annexes :

Analyse grille de Fortin (2010)

1. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise le concept clé qui est la spiritualité et soins spirituels et une des populations ciblé qui sont les infirmières.
Résumé	<p>Le résumé fait une synthèse des grandes lignes de recherche L'objectif est de permettre aux participants de faire part de leurs compréhension de la spiritualité et des soins spirituels.</p> <p>La méthode est une étude quantitative réalisée par un sondage en ligne de ses membres pour connaître leurs perceptions</p> <p>Sur la spiritualité et des soins spirituels</p> <p>Les résultats suggèrent que les infirmières ont diverses conceptions de la spiritualité et que la majorité considère la spiritualité comme une partie intégrante et fondamentale du rôle infirmier.</p> <p>La conclusion démontre que généralement, les infirmières qui avaient une compréhension large et inclusive de la spiritualité envisagent qu'elle soit «universel». Il y avait une certaine incertitude et de peur au niveau des frontières entre les convictions personnelles et la pratique professionnelle. Les répondants ont préconisé une intégration formelle de la spiritualité dans les programmes de formation des soins infirmiers.</p> <p>pertinence pour les soins infirmiers cliniques : Le concept de la spiritualité et des soins spirituels reconnus comme fondamentale. Il ya un besoin clarifier les limites personnelles et professionnelles afin de permettre aux infirmières de se sentir plus confiants et compétents dans la prestation de soins spirituels.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le phénomène lié à l'étude est présenté de façon concise : cet article présente les résultats qualitatifs de la perception

	<p>de la spiritualité et des soins spirituels à partir d'un sondage commandé par l'organisation principale en soins infirmiers</p> <p>Le phénomène est approprié dans le contexte des connaissances actuelles car Le concept de la spiritualité et des soins spirituels reconnus comme fondamentale dans les soins infirmiers Royaume-Uni.</p> <p>La dimension spirituelle ne peut pas être séparée de l'histoire des soins infirmiers. La spiritualité n'est pas quelque chose de nouveau dans soins infirmiers, elle est peut être une reconquête d'un aspect des soins qui a été dévaluée et érodé des annales de soins infirmiers. c'est que récemment que le mot est devenu un langage commun.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude. Elle cite différents auteurs : Bradshaw 1994, McSherry & Cash 2004, Swinton 2006, Ross 2008, Clarke 2009, Pesut et al. 2009, Swinton & Pattison 2010)</p>
Cadre de recherche	<p>Un cadre conceptuel adéquat est défini : les concepts clé sont : la spiritualité et les soins spirituels.</p> <p>Des bases théoriques sont posées, des études sont citées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « carte blanche » adoption of the definition of spirituality constructed by Murray and Zentner (1989). - « contemporary nursing » is the lack of critical analysis of the concept (Pattison 2001, Bash 2004, Swinton 2006, Paley 2008, Clarke 2009)
Buts et question de recherche	<p>Le but principal était de fournir une occasion pour les membres</p> <p>De s'exprimer par rapport à leur compréhension de la spiritualité et soins spirituels.</p> <p>Alors que l'enquête a été menée avec les infirmières du Royaume-Uni, les résultats sont pertinents à un plus large public international.</p>

METHODE	
Population et échantillon	Le Royal College of Nursing (RCN) est le plus grand syndicat et organisme professionnel pour les soins infirmiers au Royaume-Uni avec plus de 410.000 membres. Sa composition comprend des infirmières, sages-femmes, les travailleurs de soutien des soins de santé et les étudiants.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été obtenue du comité de la Faculté de recherche éthique. La participation a été sur une base volontaire, l'anonymat a été assuré en attribuant un numéro à toutes les réponses et les données ont été stockées en toute sécurité.
Devis de recherche	<p>Le but principal étant de fournir une occasion pour les membres de s'exprimer par rapport à leur compréhension sur la spiritualité et les soins spirituels Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. La dernière partie de l'enquête a permis aux répondants la possibilité de fournir d'autres commentaires sur les sujets de spiritualité et de soins spirituels. Cet article présente les résultats de l'analyse de ces commentaires.</p> <p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude IL n'y'a pas eu de temps passé sur le terrain et auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'enquête a porté sur trois questions:</p> <p>Qu'est-ce que les membres de la RCN (The Royal College of Nursing) comprennent par les termes de spiritualité et soins spirituels?</p> <p>Est-ce- que les membres de la RCN considèrent la spiritualité pour comme un domaine de la pratique des soins infirmiers?</p> <p>Est-ce-que les membres de la RCN sentent qu'ils reçoivent suffisamment soutien et des conseils sur ces questions?</p>

	<p>Pour explorer ces questions, l'enquête a porté sur quatre domaines spécifiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les attitudes et la compréhension de la spiritualité; - les pratiques et expériences de prestation de soins spirituels; - Education et la formation; - les associations entre la croyance religieuse et soins spirituels. <p>Le questionnaire complet a été examiné par un certain nombre d'experts dans le domaine de la spiritualité pour assurer la validité du contenu, et de le questionnaire a été mis à l'essai avec des collègues dans la RNC. Ces stratégies ont assuré la construction et de la validité du contenu et, finalement, la fiabilité de l'enquête en ligne globale. La fiabilité a été assurée par la discussion et la présentation de l'analyse des mots clés et de grands thèmes avec experts dans le domaine.</p> <p>Un nombre de stratégies ont été utilisées pour augmenter la participation et le taux de réponse final. Des annonces ont été placées dans un hebdomadaire, un email en vrac a été distribué aux membres contenant un lien vers le questionnaire en ligne. Un lien a été placé sur la page d'accueil du site RCN.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les réponses à l'enquête ont été automatiquement assemblés à l'aide la plateforme ProQuest. Une analyse rétrospective du qualitatif des données a été réalisée. La longueur des réponses fournies variait de «pas de commentaire» à des descriptions détaillées de la spiritualité et spirituelle se soucier. Exportation des réponses qualitatives dans un Microsoft WORD (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA) le document abouti à un total de 340 pages (159,822 mots) de texte Arial 12 police.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites : L'analyse a été réalisée en utilisant des mots-clés, Les mots clés utilisés dans l'analyse sont répertoriés dans la colonne de gauche des tableaux 3-5.</p> <p>L'analyse comportait deux étapes:</p> <p>Étape 1: les mots clés ont été utilisés pour identifier la fréquence avec lequel un mot spécifique est apparu dans des réponses individuelles. Chaque réponse individuelle a été lu, et contextualité. Cette approche a permis de revoir et d'examiner l'ensemble complet des données.</p> <p>Étape 2: implique l'extraction et le rassemblement des</p>

	<p>segments de transcriptions de tout l'ensemble des données complet, identifier des modèles ou des tendances dans les réponses. Cela a finalement conduit le développement des grands thèmes.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats n'ont pas été soulignés</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures. Les thèmes ou les modèles sont logiquement associés entre eux. : il s'agit de la construction de cinq grands thèmes:</p> <p>(1) la compréhension théorique et conceptuel de la spiritualité,</p> <p>(2) aspects fondamentaux des soins infirmiers, (3) notion d'intégration et l'intégration des soins, (4) l'éducation et le perfectionnement professionnel et (5) la croyance religieuse et la pratique professionnelle.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif et il n'est pas spécifié si l'auteur a fait évaluer les données par les participants ou par des experts .</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses. Les résultats ont révélé que les répondants considèrent que la spiritualité a plusieurs sortes de significations. Les résultats ont révélé que les répondants considèrent que spiritualité a plusieurs sens: par exemple, religieux la croyance, la foi en Dieu, la paix, les relations, la connexion et existentialisme. Ces résultats confirment que la spiritualité est interprétée de manière unique et personnelle et de la probabilité de jamais l'élaboration d'une définition officielle est faible compte tenu de la largeur de sens et de gamme de réponses. Cependant, il est accepté que l'adoption d'une approche globale inclusive la spiritualité peut être problématique pour effectuer des recherches en particulier dans les soins de santé, où la philosophie qui prévaut et la culture sont sur la quantification et la mesure de l'impact et les résultats. Pour certaines infirmières, les concepts de mal et la</p>

	<p>souffrance en vedette dans la conceptualisation de la spiritualité, ce qui nécessite un peu démêler, car il suggère que la spiritualité est un concept qui englobe des éléments tels que la souffrance et la douleur. De plus, cela implique que les soins infirmiers / soins spirituels qui ne parvient pas à assister à la douleur spirituelle peut aggraver l'expérience de la douleur physique.</p> <p>Il ya une prise de conscience croissante des infirmières qui pensent que la spiritualité est non seulement concerné par l'amélioration de la vie de bien-être.</p> <p>Beaucoup de descripteurs utilisés par les infirmières pour décrire la spiritualité et les soins spirituels peuvent être classés dans la base de soins infirmiers comme des valeurs ou des principes des soins (McSherry & Smith 2012).</p> <p>Une conclusion importante des répondants estimaient qu'ils manquaient de compétences en soins spirituels, indiquant qu'ils ont reçu une orientation insuffisante.</p> <p>Beaucoup ont demandé des conseils supplémentaires © 2013 John Wiley & Sons Ltd</p> <p>Journal of Clinical Nursing, 22, 3170-3182 3179</p> <p>l'éducation dans la dimension spirituelle, qui est assez inquiétant</p> <p>étant donné la grande quantité de publicité accrédité à la spiritualité dans la littérature de soins infirmiers internationaux sur plusieurs décennies. Les résultats mettent en évidence que, malgré une augmentation d'appel à l'intégration formelle de la spiritualité dans le programme de soins infirmiers, cela n'a pas été pleinement réalisée ou atteint.</p> <p>Ces résultats confirment que la spiritualité est interprétée de manière unique et personnel et qu'il est difficile de trouver une définition officielle.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet. Les résultats qualitatifs révèlent que la spiritualité est approuvée par les infirmières comme une dimension fondamentale de la pratique infirmière.</p> <p>Malgré toute l'activité internationale consacrée à l'exploration et l'élucidation de la spiritualité à la fois conceptuellement et empiriquement, l'utilité et la pertinence de la dimension spirituel pour les soins infirmiers est toujours contesté avec véhémence dans certains quarts de la société. Ces constatations qualitatives fournissent des indications précieuses sur la compréhension infirmière de la nature de la spiritualité.</p> <p>Pourtant, la comparaison avec des études antérieures révèle que ces perceptions ont demeurée pratiquement inchangées. Il ya une prise de conscience que la spiritualité est un droit fondamental et une composante de la pratique</p>
--	---

	<p>infirmière. Pourtant, cela n'empêche pas la poursuite du dialogue et le débat autour de la signification et l'importance de la spiritualité.</p> <p>Il est nécessaire d'enquêter sur la tension croissante articulée par certaines infirmières entourant les croyances personnelles et professionnelles pratique. Certaines infirmières se sentaient dans une société, où il n'y avait pas de place pour l'expression de la foi personnelle et la croyance. Les résultats ont révélé que certaines infirmières avec une gamme des traditions et de croyance se sont senti vulnérable et parlaient de marginalisés concernant leur propre religion, la croyance et de la pratique. Pourtant, il y avait une grande conscience de la nécessité de la tolérance et de sensibilité concernant les croyances personnelles.</p> <p>Dans l'ensemble, ces résultats confirment que la spiritualité est un concept établi intégré dans la culture de soins infirmiers et pratique. Les résultats confirment que les infirmières reconnaissent la spiritualité et soins spirituels dans le cadre de soins holistiques.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies : En raison de faible taux de réponses au Royaume-Uni, les conclusions ne sont pas représentatifs des infirmières internationales. Une autre limite est le manque de diversité dans l'échantillon en termes de croyances ethniques et religieuses et culturelles.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. la question du caractère transférable n'est pas soulevée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats fournissent des indications précieuses pour les infirmiers. La spiritualité est un phénomène universel. De nombreux répondants considèrent les soins spirituels comme une partie intégrante de la pratique infirmière, exprimée à travers des valeurs fondamentales et des principes de soins infirmiers. les soins spirituels se manifestent dans les attitudes et comportements des infirmières et impliquent des qualités telles que la compassion, la bonté et la préservation de la dignité.</p> <p>Il y'a une préoccupation majeure par rapport à la marginalisation et la vulnérabilité subis par des infirmières en raison de leur religion, de leur croyance et leur foi. Ceci est un domaine qui exige une attention urgente de la part du gouvernement et des organismes de réglementation professionnelle. Il doit y avoir une éducation et des conseils sur la clarté entre les limites personnelles et professionnelles, permettant à tous les infirmières, indépendamment de la croyance personnelle de se sentir plus confiants et compétents dans leur</p>

	pratique de soins spirituels. Éduquer les infirmières en matière de spiritualité semble être un thème et une source de discorde perpétuelle.
--	---

2. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés tel que la spiritualité, les soins spirituels et les soins palliatifs.
Résumé	<p>Le résumé fait une synthèse des grandes lignes de la recherche. L'objectif est décrit : Il s'agit d'identifier et comparer la pratique des soins spirituels en soins palliatifs en en soins aigus. de déterminer s'il y'a une corrélation entre les perspectives spirituelles des infirmières et leurs soins spirituels et enfin investiguer au niveau des barrières dans les soins spirituels.</p> <p>La méthode : il s'agit d'un questionnaire de recherche qui a été réalisé dans des services de soins palliatifs et dans des services de soins aigus à Sydney en Australie. Deux outils valides et une enquête démographique ont été utilisés pour recueillir des données. Ces outils ont permis de mesurer les perspectives spirituelles dont la spiritualité personnelle, les visions de la spiritualité et l'engagement dans les activités liées à la spiritualité; et la pratique spirituelle, y compris l'évaluation, les interventions et les obstacles aux soins spirituels. Les données ont été recueillies sur une période de six mois et interprétées avec des statistiques descriptives et analytiques.</p> <p>Les résultats démontrent des différences significatives entre les deux groupes RN. La pratique spirituelle des infirmières de soins palliatifs était plus à la pointe et leur point de vue spirituel plus fort; la relation avec la spiritualité était positive.</p> <p>Les autres groupes RN ont identifiés le «manque de temps» comme le plus grand obstacle à la pratique de soin spirituel. l'intimité du patient était également fréquente pour les infirmières de soins aigus.</p> <p>Conclusions : les perspectives spirituelles des infirmières en soins palliatifs influencent leur soin spirituel. Ces infirmières étaient plus âgées et plus avancées dans leurs carrières que les infirmières de soins de courte durée, ce qui peut expliquer les différences observées. Les infirmières de soins de courte durée peuvent bénéficier de</p>

	<p>soutien pour leur soin spirituel et pour éliminer les obstacles perçus.</p> <p>pertinence à la pratique clinique : Le développement du point de vue spirituel des infirmières au début de leur formation et de la de la documentation sur la spiritualité et des soins spirituels peuvent améliorer leur pratique à ce niveau. De plus amples recherches sur les obstacles aux soins spirituelle dans les soins aigus est recommandé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé :</p> <p>La spiritualité personnelle des infirmières, l'expérience et l'éducation ont été reconnus comme ayant un impact sur la manière dont elles procurent des soins spirituelle et leur habilité à pratiquer.</p> <p>La culture environnementale dans laquelle travaillent les infirmières peuvent également influencer leur la pratique dau niveau des soins spirituels.</p> <p>En explorant les perspectives de la spiritualité des infirmières,</p> <p>leur pratique et les soins spirituels dans deux environnements spécialisés différentes, un résultat escompté de cette recherche est d'augmenter la capacité des infirmières dans les soins spirituelles</p> <p>Le phénomène est approprié dans le contexte des connaissances actuelles : le soin spirituel a longtemps été identifié comme un</p> <p>domaine difficile pour les infirmières à articuler (Clarke 2009). Ce</p> <p>difficulté est due, en partie, à la nature nébuleuse de la spiritualité, un manque de définition universelle de la spiritualité. (Chiu et al. 2004,McSherry et al. 2004, Miner-Williams 2006, Ross 2006,Chan 2010). Pour ces raisons, cette étude est opportune et</p> <p>significative.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude.</p> <p>Elle cite différents auteurs : (Narayanasamy, 1999), Ormsby and Harrington (2003), Taylor et al. 1999, Belcher & Griffiths 2005, (Koslander & Arvidsson 2005)</p>
Cadre de recherche	<p>Un cadre conceptuel adéquat est défini : les concepts clé sont :la spiritualité et les soins spirituels.</p> <p>Des bases théoriques sont posées, des études sont citées :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - (Florin et al., 2005) :les patients en soins de courte durée peuvent avoir des besoins non satisfaits dans les domaines psychosociaux et spirituels. - Kosciszewski (2004) a constaté que les infirmières de soins aigus dans l'environnement critique ont développé leur bienveillance spirituelle de l'expérience professionnelle spécifique à la mort et la tragédie plutôt que de l'éducation formelle. - (Carpenter et al. 2008 : les infirmières en soins aigus peuvent utiliser la présence comme moyen lorsque le patient avec une maladie grave recherche un sens à sa vie - McManus (2006) a proposé que les infirmières en soins aigus d'encourager les patients à exprimer leur spiritualité, ce qui peut favoriser l'adaptation et d'espoir et peut-être la guérison des maladies. - (Lundberg & Kerdonfag 2010,McBrien 2010).L'utilisation du toucher dans des environnements aiguës, y compris les soins intensifs et d'urgence, a été proposée comme un moyen de donner des soins spirituels.
Buts et question de recherche	<p>Cette étude se concentre sur deux environnements tout à fait différents. En comparant les soins palliatifs et les soins de courte durée. en cherchant leurs impacts respectifs sur les soins spirituels, il peut être possible d'identifier les différences entre ces groupes et cela peut aider à la compréhension de la pratique de soin spirituel en soins infirmiers.</p> <p>Les questions de recherche qui sous-tendent l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les perspectives de la spiritualité diffèrent entre infirmières de soins palliatifs et de soins aigus? - est-ce-que l'infirmières enregistrée (RN) pratique des soins spirituels dans des environnements de soins palliatifs et aigus ? - Est-ce que la pratique de soin spirituel diffère entre ces deux groupes d'infirmières? - la perspective en soins spirituelles des infirmières influence-t-elle leur pratique ? - Quels sont les obstacles aux soins spirituels qui sont vécus par les infirmières en soins palliatifs et aiguë? - la perspective des infirmières en soins spirituels et leur pratique spirituelle influence les barrières pour ces soins ?

METHODE	
Population et échantillon	Au total, sept des services internes métropolitaines de santé en Sydney, Australie a participé à cette étude; une communauté de soins palliatifs, trois services de soins palliatifs et de trois services de soins aigus.
Considérations éthiques	une approbation éthique a été obtenue à partir de comités d'éthique institutionnels, avant le début de l'étude.
Devis de recherche	Ceci est une étude transversale qui a comparé des infirmiers de deux environnements cliniques: soins palliatifs et de soins de courte durée. le but étant d'identifier les différences entre ces deux groupes et aider à la compréhension de la pratique de soin spirituel dans les soins infirmiers, soins infirmiers. Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but.
Modes de collectes de données	<p>Les données ont été recueillies avec un questionnaire personnel comprenant une enquête socio-démographique, et deux outils valides de recherche sur la spiritualité et le soin spirituel précédemment utilisé pour les infirmières. Ces outils étaient la perspective spirituelle Scale (SPS) (Reed 1987) et la pratique des soins spirituels Questionnaire (SCPQ) (Vance 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le SPS mesure la vision d'une personne sur la façon dont laquelle Elle considère que la spiritualité a un impact sur sa vie et son engagement dans les interactions ou les activités qui sont en relation avec la spiritualité. - Le SCPQ mesure la fréquence de l'évaluation des interventions liées à la pratique spirituelle et des obstacles à fournir des soins spirituels. Ce questionnaire a été utilisé pour enquête pour les infirmières de soins de courte durée dans la pratique du soin spirituel, y compris les infirmières de soins médicaux / chirurgicaux critiques et aigus, <p>Le questionnaire a été examiné pour assurer la validité du contenu et de clarté des questions par un panel d'experts, y compris le personnel infirmier de diverses spécialités.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données n'est pas décrit de façon claire.

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites : Les données ont été interprétées avec des statistiques descriptives et analytiques (moyenne, écart-type, le t-test, la corrélation et de régression de Pearson). Les résultats ont été considérées comme significatives si $p \leq 0,05$.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats n'ont pas été soulignés</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures. Les thèmes ou les modèles ne sont pas associés entre eux. :</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif et il n'est pas spécifié si l'auteur a fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses. Les résultats ont révélé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des différences démographiques entre les deux groupes - Il y avait une différence notable dans le profil de l'éducation (qualifications de base et l'enseignement supérieur) entre les deux groupes. - Cette étude a révélé que les infirmières de soins palliatifs avaient des perspectives élevée de la spiritualité et une pratique avancé dans les soins spirituels. - les infirmiers de soins palliatifs et les infirmières de soins aigus identifient le «temps insuffisant» comme obstacle le plus commun dans la prise en charge des soin spirituel. - l'environnement de soins de courte durée ne permet pas souvent l'intimité nécessaire pour livrer soin spirituel.

	<p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies : Pour limiter la diversité des infirmiers de soins aigus spécialités, des infirmiers ont été recrutés à partir d'un nombre ciblé de soins de courte durée. Cette limitation proposée pourrait avoir un impact sur les résultats obtenus.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>la question du caractère transférable n'est pas soulevée : Cette</p> <p>est reconnue de façon internationale au niveau de la prise en charge spirituelle.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La principale recommandation est que pour augmenter la sensibilité personnelle et les soins spirituels des infirmiers, Cela peut se faire d'abord à travers la conscience de soi et la croissance spirituelle</p> <p>et de l'éducation qui doit être renforcé par des programmes en cours. c'est recommandé que dans les environnements de soins aigus les infirmières bénéficient de l'éducation au soin spirituel, ce qui peut être réalisé à travers, par exemple, une infirmière expérimentée en soin spirituel.</p> <p>Il est aussi un impératif pour les infirmières se documentent sur les soins spirituels et d'en discuter avec les collègues infirmières</p> <p>et d'autres professionnels de la santé.</p>

3. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise les concepts clé qui est le soin spirituel.</p>
Résumé	<p>Le résumé fait une synthèse des grandes lignes de recherche L'objectif. Ce document visait à mieux comprendre les aspects spirituels dans les soins infirmiers.</p> <p>Le Contexte : une Documentation infirmière internationale suggère que les aidants devraient prêter attention aux aspects spirituels des soins aux patients. Dans la littérature néerlandais d'infirmière, la dimension spirituelle est de plus en plus un centre de l'attention. Malgré cela, il est un</p>

	<p>manque de données empiriques de la pratique professionnelle dans le Pays-Bas.</p> <p>Méthode : Les données ont été recueillies au moyen d'interviews de groupes de discussion. L'échantillon était composé des domaines de la cardiologie, l'oncologie et la neurologie spécialisés et divisée en groupes de patients, les infirmières et les aumôniers d'hôpitaux. Les entretiens ont eu lieu entre mai et Décembre 2004. Les données ont été analysées en utilisant le qualitatif programme informatique Kwalitan.</p> <p>Résultats : Différents thèmes spirituels ressortis des entrevues. Il y avait différents attentes du rôle de l'infirmière à l'égard des aspects spirituels. Le principaux thèmes découlant de cette recherche peuvent être reconnus comme des aspects de compétences infirmières qui sont décrites dans la littérature. Toutefois, l'attention portée aux aspects spirituels dans le processus de soins infirmiers n'est pas claire.</p> <p>Conclusions : L'étude soulève des questions sur le rôle professionnel de l'infirmière et les soins spirituels. L'étude montre que différents facteurs (personnel, culturel et éducation) jouent un rôle dans le fait que les soins spirituels est pas structurellement intégré dans les soins infirmiers. Des recherches plus approfondies sur l'impact de cette variable est conseillé.</p> <p>Pertinence à la pratique clinique : Les soins infirmiers implique des soins pour les besoins spirituels des patients. Pour assurer ces soins, les infirmières ont besoin d'être bien informés au sujet du contenu de soins spirituels et des facteurs personnels, professionnels, culturels et politiques.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène lié à l'étude est présenté de façon concise : Dans la littérature infirmière néerlandaise, la dimension spirituelle est de plus en plus un centre de l'attention. Malgré cela, il est un manque de données empiriques de la pratique professionnelle dans le Pays-Bas. Ce travail vise à mieux comprendre les aspects spirituels dans les soins infirmiers</p> <p>Le phénomène est approprié dans le contexte des connaissances actuelles : Le rôle de la spiritualité dans les soins de santé et la santé est reconnu par les</p>

	professionnels de santé (). L'affirmation selon laquelle les infirmières devraient tenir compte des aspects de la spiritualité découle d'une perspective holistique sur le fonctionnement humain et en soins infirmiers ()
Recension des écrits	L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude. des auteurs sont cités : Koenig, 2002, O'Brien 1998, McSherry 2000, Narayanasamy (2000,), McSherry et al. (2004), Flannelly et al. 2002, Johnston Taylor 2005....
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	Le but de l'étude était de répondre à la question de quelle façon les infirmières prêtent attention aux aspects de la spiritualité des patients dans le cadre de soins de santé néerlandais somatique clinique et ce qui peut être déduit des données empiriques à l'égard du rôle professionnel de l'infirmière dans les soins spirituels. Le but de cette étude était de contribuer au débat sur la le rôle de l'infirmière dans les soins spirituels sur la base de preuves empiriques.
METHODE	
Population et échantillon	L'échantillon était composé des domaines de la cardiologie, l'oncologie et la neurologie spécialisés et divisée en groupes de patients, les infirmières et les aumôniers d'hôpitaux.
Considérations éthiques	L'approbation éthique d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire. Il n'y avait pas de dépendance des participants et la méthode de recherche était pas pénible ou risquées.

	<p>Avant le</p> <p>les membres des groupes de discussion ont décidé de participer ils ont été donnés des informations détaillées sur la recherche et le rôle qu'ils y jouent. Ils pourraient se retirer à tout moment dans le processus.</p>
Devis de recherche	<p>Le but de l'étude était de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre à la question de quelle façon les infirmières prête attention aux aspects de la spiritualité des patients. <p>Le fait de recueillir des données aux moyens d'interviews permettra d'atteindre ce but.</p> <ul style="list-style-type: none"> - contribuer au débat sur le rôle de l'infirmière dans les soins spirituels sur la base de preuves empiriques. ils se sont basés sur des recherches de littératures.
Modes de collectes de données	<p>Les données ont été recueillies par le biais de groupes de discussion sous forme d'entrevues de groupe.</p> <p>La méthode est une recherche qualitative qui utilise des procédures systématique acceptés pour la collecte de données, la gestion des données et l'analyse de données.</p> <p>Dans le cas de cette étude, la méthode a permis aux chercheurs d'obtenir des perceptions profondes des personnes concernant les soins spirituels (Krueger & Casey 2000).</p> <p>En particulier, l'effet dynamique de groupe permet aux participants de se reconnaître dans les expériences des autres en ce qui concerne les aspects spirituels en soulignant les similitudes et les différences et en les encourageant de considérer ou de reconsidérer leurs propres expériences et point de vue.</p> <p>La taille du groupe permet une atmosphère confidentielle, ce qui a permis une étude en profondeur. Le rôle de chef de la discussion était d'une importance vitale pour assurer que tous les participants puissent avoir leur mot à dire lors des discussions. Dans la réalité, certains participants sont plus dominants que d'autres, ce qui peut être un obstacle à la collecte des données, affecter la fiabilité et la validité de la recherche.</p> <p>Les critères suivants ont été utilisés pour l'échantillon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières: qualifié pour un minimum de quatre ans et de travailler au moins à 50% à un poste à temps plein. - Les patients de l'hôpital: l'expérience récente (admis

	<p>ces deux dernières années).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumôniers d'hôpitaux: au moins cinq ans d'expérience professionnelle. <p>Les spécialités ont été sélectionnés sur la base d'une recherche documentaire (van Leeuwen et al., 2004), avec une nouvelle distinction entre les affections aiguës et chroniques.. Le point de départ était de former des groupes de 5-6 participants pour garantir des entrevues en profondeur.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une interview composée de questions ouvertes a été utilisé pour la collecte des données. Chaque participant a reçu des informations sur la recherche à l'avance, y compris la définition suivante de la spiritualité: le mode existentiel ou religieuse de l'homme fonctionnement, y compris les expériences et questions de sens et le but (Jochimsen et al., 2002). Ceci a été réalisé pour fournir un cadre spirituel de référence pour les participants le cas, ils ne connaissaient pas le mot «spiritualité».</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés sur minidisque et un rapport écrit a été faite au cours de chaque entretien, énonçant la principale les sujets de l'interview et les réponses non-verbales saillants. Après chaque entrevue un débriefing a eu lieu par l'intervieweur et les assistants de recherche.</p>
Analyse des données	<p>Les entrevues ont été transcrites intégralement et tout a été analysé qualitativement par groupe et entre différents groupes en utilisant le programme informatique Kwalitan (Peters, 2000). Les rapports des débriefings étaient également inclus dans l'analyse. Le processus d'analyse a consisté à ces étapes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmentation et le codage des transcriptions. • Décrire les thèmes importants dans une structure arborescente. • Catégoriser les thèmes et les caractéristiques correspondant les fragments.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles.</p> <p>La description des résultats sera d'abord brièvement avec des thèmes qui ont été établis à partir des entrevues. Ceux-ci sont classés en six compétences de soins infirmiers pour les soins spirituels (Leeuwen & Cusveller 2004).</p>

	<p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif</p> <p>L'auteur a fait évaluer les données par les participants ou par des experts : Au cours de la recherche, des mesures ont été prises pour assurer la fiabilité et la validité de la recherche</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - la notion de spiritualité est présente en soins infirmiers mais pas clair. - l'approche des soins spirituels est surtout empirique - les expériences et le rôle attendu de l'infirmière varient selon les patients, les infirmiers et les aumôniers - les soins de base avec une présence, écoute et respect sont considérés comme étant l'essence des soins spirituels - les infirmiers connaissent peu leur responsabilité par apport aux soins spirituels. - Certains aspects de la spiritualité sont mal ancrés dans les soins infirmiers. - les infirmiers qui ont suivi des formations sur la spiritualité et les soins spirituels se sentent plus compétents. <p>Cette étude comporte certaines limites qui peuvent avoir une incidence sur la validité des résultats. Tout d'abord, il convient de noter qu'un échantillon de commodité a été utilisé. Cela pourrait avoir biaisé les résultats et les règles sur la généralisation des résultats. Un grand nombre des participants étaient disposés à participer parce qu'ils étaient explicitement intéressés par le thème de soins spirituels.</p> <p>Deuxièmement, il n'y avait pas de participants ayant une formation islamique dans les groupes de discussion. Ce groupe forme une partie substantielle de la population aux Pays-Bas.</p> <p>Il est important pour la poursuite de la recherche d'inclure ce groupe pour obtenir un plus représentatif vue.</p> <p>Un autre aspect qui doit être considéré est le relativement large éventail d'expérience professionnelle entre infirmières et la durée du séjour des patients de l'hôpital. Ce pourraient avoir influencé la différence dans l'expérience avec les aspects des soins spirituels.</p> <p>La méthode de discussion dans les groupes semblait être adéquate pour répondre aux questions de recherche.</p> <p>Malgré les mesures pour empêcher les gens de décrocher,</p>

	<p>certaines l'ont fait.</p> <p>Le rôle de la chef de discussion est également d'une importance vitale. Tous les participants doivent avoir leur mot à dire lors des discussions. En réalité, certains participants sont plus dominants que d'autres, qui peuvent affecter la fiabilité et la validité de la recherche. Les interviews d'essai et les débriefings se sont avérés extrêmement importante.</p> <p>Les conclusions découlent des résultats, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions n'est pas soulevée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il est suggéré qu'à l'avenir la recherche doit se concentrer davantage sur les facteurs qui influencent les soins spirituels en soins infirmiers, les infirmières doivent clarifier la responsabilité «professionnel à cet égard.</p>

4. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise les concepts clé qui sont les barrières des infirmières et des médecins, les soins spirituels et la fin de vie.</p>
Résumé	<p>Le résumé fait une synthèse des grandes lignes de recherche L'objectif. L'étude visait à décrire la volonté des infirmières et des médecins à fournir des soins spirituels (SC) en phase terminale et d'évaluer 11 barrières aux SC potentiels.</p> <p>Méthodes : Ce fut, une étude multisites basée sur un sondage effectué à partir d'Octobre 2008 à Janvier 2009.Tous les infirmières et les médecins en oncologie admissibles de quatre centres universitaires de Boston ont été approchés pour participer à l'étude; 339 infirmières et médecins ont participé.</p> <p>Résultats. La plupart des infirmières et des médecins</p>

	<p>désirent fournir des SC dans le cadre de la maladie en phase terminale. La plus fortement approuvée des barrières a été le " manque d'espace privé " pour les infirmières et " le manque de temps " pour les médecins. les obstacles à des soins spirituels moins fréquents pour tous les professionnels de la santé inclut la formation inadéquats.</p> <p>Conclusion : la formation aux soins spirituels est suggérée être critique pour donner des soins spirituels en conformité avec les normes de qualité de soins nationaux.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les soins spirituels (SC) des patients à la fin de la vie (EOL) a été identifiée comme un domaine de base par l'Organisation mondiale de la Santé.</p> <p>Il est important qu'une équipe interdisciplinaire évaluent les dimensions spirituelles, religieuses et existentielles des patients et répondent aux besoins.</p> <p>Le phénomène lié à l'étude est présenté de façon concise : Bien que les aumôniers détiennent un rôle central dans la fourniture des SC, le rôle des professionnels de la santé est moins claire. Par conséquent, les données empiriques sur les soins spirituelles médicaux sont nécessaires.</p> <p>malgré une sensibilisation fréquente de son importance dans les soins, des obstacles semblent apparaître pour limiter la prestation de SC. Toutefois, les données explorant ces obstacles sont limitées</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude. des organisations et des auteurs sont cités :</p> <p>1. World Health Organization. Palliative care: Symptom management and end of life care. Integrated management of adolescent and adult illness. 2004. Available from http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf. Accessed May 1, 2013.</p> <p>4. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA 2000;284:2476e2482.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas mis en évidence et définis sur le plan conceptuel. les concepts clés ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont explicitées et appropriées à l'étude.</p>

Buts et question de recherche	<p>L'étude visait à décrire la volonté des infirmières et des médecins à fournir des soins spirituels (SC) en phase terminale et d'évaluer 11 barrières aux SC potentiels. il n'y a pas de questions de recherches.</p> <p>L'étude a porté sur trois hypothèses, à savoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) Les infirmières et les médecins désirent fournir des SC aux patients en phase terminale, mais - 2) rencontrent plusieurs obstacles qui limitent ces dispositions - 3) la démographie des professionnels de la santé et les caractéristiques religieux et spirituel Influenceraient la perception des obstacles de SC et de leur le désir de recevoir une formation de SC
METHODE	
Population et échantillon	Toutes les infirmières et les médecins en oncologie admissibles de quatre centres universitaires de Boston ont été approchés pour participer à l'étude; 339 infirmières et médecins ont participé.
Considérations éthiques	tous les participants ont donné leur consentement éclairé selon les protocoles approuvés par chaque site de comité des sujets humains. Les répondants ont reçu un cadeau de 10 \$ de carte de participation.
Devis de recherche	Devis qualitatif
Modes de collectes de données	<p>Les infirmières et les médecins ont été identifiés par la collecte des Informations e-mail de bases de données départementale, et ont été invités à participer par un e-mail contenant un lien vers un sondage en ligne. De 537 infirmières et des médecins ont été contacté, 339 ont répondu (réponse évaluer ¼ 63%; 59% des médecins, 72% chez les infirmières). Huit pratiquants ont indiqué qu'ils ne fournissent pas des soins au cancer incurable patients, et neuf n'a pas terminé le questionnaire, produisant 322 répondants (95% des 339, 204 médecins et 118 infirmières). L'enquête a défini pour les participants termes de religion, la spiritualité et SC, et huit inclus des exemples spécifiques de SC sur la base de</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données/enregistrement n'est

	pas clairement décrit.
Analyse des données	<p>Des tests du Chi-squared ont été utilisés pour comparer les informations démographiques entre les infirmières et médecins.</p> <p>Univariée (UVA) et multivariée (MVA) Les analyses de régression linéaire et logistique étaient utilisées pour identifier les prédictors de SC notes de barrière pour les infirmières et les médecins, les prédictors de réelle Disposition de SC pour les infirmières et les médecins, et prédictors de manque de désir pour l'avenir SC entraînement.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Les résultats sont résumés par un texte narratif. les analyses statistiques ont été réalisées</p> <p>R v. 2.13.1 (Wirtschaftsuniversität à Wien, Vienne, Autriche).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de l'échantillon sont présentés dans le Tableau 2. <p>Les infirmières et les médecins différaient des caractéristiques R / S. Bien que les infirmières étaient plus susceptibles d'être Catholiques, les médecins étaient plus susceptibles d'être juif.</p> <p>Les infirmières étaient plus religieuses ($P = 0,02$) et spirituelle que les médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des infirmières et des médecins désirent au moins " parfois " fournir des SC lors de l'entretien pour les patients atteints d'une maladie en phase terminale (74% vs.60%, respectivement; $P \leq 0,002$). - une importante minorité d'infirmières et médecins fournissent des SC moins fréquemment que désiré (39% et 41%, respectivement), tandis qu'une petite minorité (9% et 9,5%, respectivement) SC fournit plus fréquemment que souhaité. Il y avait une différence significative entre désir de fournir des SC et la fourniture rapportée chez les infirmières ($p < 0,001$) et les médecins ($P < 0,001$).

	<ul style="list-style-type: none"> - En regroupant les infirmières et les médecins, les obstacles les plus fréquemment endossés refléchie " modérés " ou " très important " inclut l'absence de temps (72%), l'insuffisance de la formation (61%), le manque de vie privée (52%), et SC mieux offert par d'autres (50%). les Infirmières et les médecins diffèrent significativement en tant que professionnels soignants concernant comment l'espace privé, professionnel les rôles et les différences de pouvoir influencent leur offre en SC. - Dans MVA modèles de prévision de l'absence de disposition de SC aux patients vus récemment dans la clinique, des obstacles importants vécus par les infirmières et les médecins sont : formation inadéquate, une croyance que le SC ne fait pas partie du rôle de la profession médicale, et l'inquiétude que l'inégalité de puissance entre le patient et clinicien rend SC inapproprié. - Une minorité d'infirmières et de médecins (21% et 49%, respectivement, $p = 0,003$) a déclaré qu'ils ne désirent pas une future formation en SC. <p>Les limites de cette étude comprennent que : bien que les taux de réponse pour les infirmières et les médecins étaient élevés, le biais de sélection est encore possible. En outre, les participants interrogés étaient d'une seule région urbaine aux États-Unis. cependant, compte tenu de la baisse des moyennes nationales de cette région R / S, 30 résultats sous-estiment probablement le désir pour SC dans le cadre d'EOL. Enfin, la généralisation de ces résultats à d'autres maladies ou stades de la maladie reste incertaine Les infirmières et les médecins désirent souvent SC fournir à l'EOL, mais rencontrent des obstacles.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude pointe vers la formation de SC comme la prochaine étape critique pour affiner l'écart entre les normes de qualité de soins national 2,3 et la pratique actuelle rares de SC à la formation de SC . Evidence-based SC training est prometteur pour faire avancer la compétence en SC et la pratique entre les professionnels de la santé et d'améliorer le bien être du patient et les soins de qualité à la fin de vie.</p>

5. Meaning of spirituality: implications for nursing practice

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise le concept clé qui est la spiritualité.
Résumé	<p>Contexte : cette recherche présente quelques résultats préliminaires issus d'une enquête de la théorie ancrée dans le «sens de la spiritualité». Ces premiers résultats soulèvent des questions importantes sur la terminologie et la langue que les infirmières utilisent en ce qui concerne le terme de la spiritualité. Il semble que la plupart des directives de politique et de directives réglementaires font deux principales hypothèses concernant la «spiritualité». Premièrement, les patients et les infirmières sont conscients et comprennent le concept, et d'autre part, les patients peuvent demander à satisfaire leurs besoins spirituels. Ces résultats préliminaires suggèrent qu'une dichotomie se dessine entre hypothèse professionnel et les attentes du patient sur le sens de la spiritualité.</p> <p>Conception : Une recherche qualitative a été utilisée impliquant une méthode de théorie ancrée d'enquête. Il a été estimé que cette méthode qualitative aiderait l'enquête de cette dimension subjective de l'existence de peuples, permettant des constructions théoriques existants et des arguments à tester.</p> <p>Méthodes : La méthode comparative constante a été utilisée dans la collecte de données et d'analyse. L'analyse a été effectuée à deux niveaux, 'analyse aperçu »et Analyse ligne par ligne ». Cela a permis la création de catégories et thèmes centraux.</p> <p>Résultats. Analyse comparative de la constante conduit à la formation de plusieurs catégories et les thèmes centraux. Deux catégories présentées et discutées en détail sont «définitions de la spiritualité», et «diverses perceptions de la spiritualité».</p> <p>Conclusion. Il semblerait qu'il ya maintenant un besoin urgent de soins infirmiers pour évaluer et peut-être ajuster sa vision quant à ce qui constitue la spiritualité. Une telle approche peut servir à réduire l'écart entre la politique et les attentes du public.</p> <p>Pertinence à la pratique clinique. Il semble qu'il n'y ait peut-être pas la terminologie «précis» associé à la langue</p>

	utilisée pour définir la spiritualité, ce qui soulève des implications possibles pour la pratique des soins infirmiers et la formation des infirmières.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	il ya encore beaucoup de flou et l'ambiguïté entourant le sens de «spiritualité».
Recension des écrits	<p>L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude. des auteurs sont cités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (e.g. Waugh, 1992; McSherry, 1997; Narayanasamy & Owens, 2001; Baldacchino, 2002 - (e.g. Shelly & Fish, 1988; Harrison & Burnard, 1993; Cobb & Robshaw, 1998; McSherry, 2000b; Orchard, 2001; Narayanasamy, 2001; Swinton, 2001; Taylor, 2002).
Cadre de recherche	<p>Le concept de la spiritualité et de la prestation de soins spirituels semblent être solidement fixé dans les soins infirmiers et la santé ordre du jour. Theevidence pour soutenir cela se trouve dans la vastamount de la recherche (par exemple Waugh, 1992; McSherry, 1997; Narayanasamy & Owens, 2001; Baldacchino, 2002) et les textes d'adressage le sujet (par exemple Shelly & Fish, 1988; Harrison & Burnard, 1993; Cobb & Robshaw, 1998; McSherry, 2000b; Verger, 2001; Narayanasamy, 2001; Swinton, 2001; Taylor, 2002).</p> <p>L'intérêt pour la «spiritualité» est devenu beaucoup plus professionnellement diversifiée avec presque toutes les professions de soins de santé en contribuant au débat, y compris la médecine (Culliford, 2002).</p> <p>Malgré cela la prolifération de l'activité et le discours scolaire suivante il ya encore beaucoup de flou et l'ambiguïté entourant le sens de «spiritualité» et si les définitions étant utilisées représentent les points de vue des utilisateurs du service. Il a été un dur, à la fois politiquement et professionnellement, à établir la spiritualité comme une partie intégrante et importante de la fourniture de soins de santé. Référence à la spiritualité peut être trouvé dans les publications gouvernementales</p>

	<p>(DOH, 2001) et est impliquée dans codes de pratique professionnelle (NMC, 2002). Le ministère de la Santé circulaire HSG (92) 2 offre des conseils sur la façon de répondre à la norme, en soulignant la spiritualité comme une dimension importante de la vie des peuples (DOH, 1992). Orchard (2000) suggère que ces initiatives ont conduit à la confusion et de faux espoirs en ce qui concerne les droits des patients. Cela pourrait faire valoir que ces initiatives mettent en évidence un agenda politique qui a été créé pour la prestation de soins spirituels sans donner aucune réelle considération les implications de ce pour le personnel ou les patients. le National Association des autorités et organismes de santé (NAHAT) (1996) a publié le document d'accompagnement spirituel dans le NHS. Un guide pour les acheteurs et les fournisseurs. L'objectif principal de cette publication était d'aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre les normes de la Charte associés aux soins spirituels. Le Royaume-Uni Conseil centrale (UKCC), déclare la compétence suivante devrait être atteint pour inscription professionnelle: Entreprendre et documenter une approche globale, systématique et précise l'évaluation des besoins physique, psychologique, social et spirituel des patients, des clients et des communautés. Bien que cette déclaration de compétence était évident à l'article 18 A (UKCC, 1986), il a été révisé afin d'inclure l'évaluation des communautés, étendant ainsi et rehausser le profil de évaluation spirituelle. En outre, cette compétence semble localiser la responsabilité de l'évaluation spirituelle en soins infirmiers mais ne donne aucune considération à toutes les implications pratiques (McSherry & Ross, 2002).</p>
--	---

Buts et question de recherche	<p>L'étude avait un objectif général de rechercher et d'acquérir une connaissance plus approfondie de la façon dont les patients, les infirmières et les gens des grandes religions du monde à comprendre le concept de «spiritualité».</p> <p>En regardant les documents de politique ci-dessus et l'UKCC énoncés de compétences, deux hypothèses peuvent être faits</p> <p>par les décideurs politiques, et plus récemment par la réglementation professionnelle corps. Ceux-ci sont:</p> <p>1 Les patients et les infirmières sont conscients de leur propre spiritualité, et comprennent le concept que représentent en termes de soins de santé;</p> <p>2 Les patients et des usagers des établissements de soins de santé ont des attentes que leurs besoins spirituels soient entendu. Ces deux hypothèses signalent un désir d'établir et augmenter la prise de conscience de l'importance de la spiritualité dans le contexte de la vie des peuples.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude a impliqué 53 participants. Cet article présente certains des résultats de la phase I de l'étude dans laquelle 22 personnes ont été interrogées au cours de Janvier 2001 et Février 2002 (tableau 1). Les infirmières, les patients et les représentants de quatre des grandes religions du monde ont été établis à partir de trois zones: la zone I, un hospice; zones II et III, les fiducies aiguë, mais résidant dans différents lieux géographiques dans le Yorkshire, ROYAUME-UNI.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique a été obtenue à partir des comités, de l'éthique de la recherche locale et l'autorisation institutionnelle et l'accès étaient obtenus conjointement.</p>
Devis de recherche	Devis qualitative
Modes de collectes de données	<p>Les participants ont été identifiés après avoir terminé un court questionnaire, indiquant qu'ils seraient disposés à être interviewé. Des questionnaires ont été distribués aux patients et aux infirmières par l'infirmière chargée et des représentants de la quatre grandes religions à travers les équipes d'aumônerie des fiducies. Le questionnaire fourni de l'information démographique Une question demandait à l'individu de</p>

	<p>sélectionner uniquement une instruction sur quatre qui décrivait le mieux leur compréhension de la spiritualité. L'information démographique combinée avec la réponse à cette question a été utilisée pour identifier les participants potentiels à inclure dans la phase I. Cette approche à l'échantillonnage est appelé échantillonnage ouverte (Strauss & Corbin, 1998). Toutefois, les personnes à ce stade étaient délibérément sélectionnées et invités à participer à l'étude. Cette approche adapte une variante de l'échantillonnage ouverte décrite par Strauss et Corbin (., 1998, p 208).</p>
Conduite de la recherche	<p>Toutes les entrevues ont été enregistrées et ont été transcrites individuellement. La méthode comparative constante a été utilisé tout au long la collecte de données et d'analyse. Cette méthode assure la qualité et la rigueur de la théorie produite. cette analyse approche signifiait que la théorie développée a été dérivé de et enraciné dans les données qui avaient été systématiquement recueillies et analysées tout au long du processus de recherche (Strauss & Corbin, 1998, p. 12).</p>
Analyse des données	<p>Conformément à d'autres chercheurs qui ont utilisé la théorie ancrée, l'analyse était entrepris à deux niveaux, 'analyse aperçu «une forme de «macro-analyse» et «analyse ligne par ligne» ou «micro-analyse ' (Glaser, 1978; Wainwright, 1993; Strauss & Corbin, 1998). Lors de l'analyse de données, nous avons développé grandes catégories à accueillir les thèmes émergents dans les transcriptions entourant le sens de la spiritualité. deux catégories développés ont été marqués <i>définitions de la spiritualité</i>, et <i>diversifié perceptions de la spiritualité</i>. Celles-ci seront examinées plus profondeur, en se concentrant sur certaines conséquences pour l'évaluation spirituelle et la pratique des soins infirmiers</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles. Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. L'évaluation des données par les participants ou par des</p>

	experts n'a pas été précisée
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'analyse des données suggère qu'une dichotomie peut être en train d'émerger, dans le but de mettre en œuvre et éduquer le personnel dans la prestation de soins spirituels, de même</p> <p>De construire une définition de la spiritualité qui peut être spécifique aux soins de santé.</p> <p>Toutes les 12 infirmières interrogées fournissent des définitions similaires de la spiritualité. Une analyse plus approfondie a révélé que plusieurs des propriétés ou des descripteurs contenus décrit par Murray et Zentner (1989, p. 259) qui définissent spiritualité comme:</p> <p>Une qualité qui va au-delà de l'appartenance religieuse, qui se bat pour inspirations, respect, admiration, sens et le but, même dans ceux qui ne croient pas en toute bonne. La dimension spirituelle essaie d'être en harmonie avec l'univers, et cherche des réponses sur l'infini, et vient dans le foyer lorsque la personne fait face à un stress émotionnel, physique maladie ou la mort.</p> <p>Lorsque l'on compare et contraste les définitions des infirmières spiritualité avec celle des patients semble qu'il y ait significative différences entre la langue, l'interprétation et la compréhension du concept. Cinq patients de trois réglages (Tableau 1) ont été interrogés sur leur compréhension du terme 'spiritualité'. Toutes difficultés exprimées à articuler une définition ou même l'identification avec le terme. Un des patients interrogés avaient jamais vraiment donné le concept de spiritualité ou il faut affirmer le mot, aucune considération. Spiritualité et la religion sont également considérées comme synonymes par certains patients.</p> <p>En résumé, cette étude montre que, tandis que les infirmières fournissent des définitions claires de la spiritualité en ligne avec Murray et Zentner (1989), les patients étaient pas clairs sur la signification et estimaient qu'il serait synonyme avec la religion. Dans cet échantillon il semble y avoir un décalage entre les utilisateurs de services et fournisseurs perceptions du terme.</p>

	<p>Cinq représentants de quatre des grandes religions du monde (Tableau 1) ont été interrogés. Les cinq participants étaient tous activement engagés dans leurs communautés de foi et pratiquent leur religion. Cependant, juste parce que quelqu'un pratique sa religion ne signifie pas nécessairement que leurs points de vue reflètent tous ceux qui ont souscrit à ce système de croyance particulier. Donc, par nature, ces résultats, tout en mettant en lumière comment un individu (s) d'une religion particulière du monde peut Voir la spiritualité, par nature, ce sera «idiosyncrasique». Deux semblait avoir des difficultés à identifier le mot «spiritualité», luttant pour offrir une définition, tandis que deux vu la spiritualité comme synonyme de religion. Tandis que un représentant de la religion islamique a fourni une définition de la spiritualité qui ressemblait, ou contient des éléments semblables à celles qui sont prévues par certains des infirmières.</p> <p>Ce qui est ressorti de cette étude étaient les différences dans la façon que le concept de la spiritualité a été vu par les différents groupes de personnes, des infirmières, des patients et du représentant du quatre des grandes religions du monde (n = 22). Nous savons que les résultats pourraient ne pas être représentatifs de tous les groupes qui ont participé à cette étude ou de personnes qui souscrivent à un cadre religieux. Toutefois, ces extraits suggèrent que le concept de la spiritualité (tel qu'il est utilisé dans la santé) peuvent ne pas être universellement reconnus, en soulignant le besoin de faire preuve de prudence lorsque vous essayez d'appliquer directement le concept de divers groupes religieux.</p> <p>Encore une fois il faut tenir compte de la langue et la terminologie que nous utilisons pour définir la spiritualité parce les extraits révéler que «spiritualité. Cela peut expliquer la diversité des opinions et de la compréhension de spiritualité qui existent entre les groupes. L'un des facteurs qui peut expliquer les différences entre les infirmières, les patients, et quatre grandes religions représentées peuvent être l'éducation professionnel. Sur les 12 infirmières interrogées plusieurs ont souligné comment l'éducation post-universitaire avaient changé leur compréhension de la spiritualité d'être perçue uniquement comme synonyme avec la religion à une approche universelle élargie. D'autres variables qui peuvent être envisagées sont l'âge, le sexe, la religion, les pratiques et les influences culturelles par exemple</p>
--	--

	<p>«socialisation». Ces variables peuvent influencer et tenir compte des différences dans la façon dont le concept de la spiritualité a été considéré par les différents groupes. Nous reconnaissons les limites associées aux recherches qualitatives et reconnaissons que les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population en général. Du petit nombre de patients interrogés (cinq) il y avait une grande diversité entourant l'interprétation et la compréhension du terme «spiritualité».</p> <p>Les résultats suggèrent également qu'il peut y avoir des différences culturelles au sein et entre les soins de santé professionnelle.</p> <p>Conclusion</p> <p>Il est important de revoir notre compréhension de la spiritualité. Si on ne tient pas compte de ces préoccupations, cela peut entraîner une évaluation et une pratique inappropriée dans le domaine spirituel. Si ces réserves ne sont pas abordées il peut en résulter des soins spirituels fournis qui ne sont pas individualiste et holistique, mais fragmenté étant de nature bureaucratique. Il semblerait qu'il ya maintenant un besoin urgent de soins de santé à évaluer et peut-être ajuster sa vision dans ce domaine. Une telle approche peut servir à réduire le fossé entre la politique et les attentes du public</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats, fournissent de précieuses informations sur comment la spiritualité peut être perçue par différents groupes. Une constatation décrite indique qu'il ya diverses opinions et points de vue autour de ce qui constitue la spiritualité. Il semble qu'il n'y ait pas de définition «précis».</p> <p>Les résultats impliquent que toute tentative de définir précisément ce qui constitue la spiritualité peut être semé d'embûches. Les divergences qui semblent exister entre les groupes interviewé souligne l'ambiguïté et la subjectivité qui entourer ce concept. Par conséquent, tandis que les décideurs politiques et organismes de réglementation professionnelle devraient être félicités pour de tenter de dessiner et de faire prendre conscience de l'importance de cette dimension</p> <p>Les données émergentes entourant la langue de la spiritualité implique que la spiritualité a des interprétations et significations différentes (Martsolf & Mickley, 1998). les</p>

	<p>Programmes d'études peuvent avoir besoin de tenir compte de cette la diversité des opinions, et donc un large universelle approche peut être nécessaire, assurer l'inclusion de tous les points de vue.</p> <p>Cependant, l'un des risques potentiels dans l'adoption de cette point de vue est que la zone peut être très subjective et les possibilités de ce qu'il faut inclure peuvent être sans fin. Les résultats de cette étude impliquent également qu'il peut y avoir un besoin de souligner l'importance de l'adoption d'une approche individualiste, non-jugeante pour la prestation des soins. Il semblerait en adoptant ces deux principes clés au sein de l'éducation, cela peut aider à empêcher que la «spiritualité» soit généralisée et simpliste.</p> <p>De cette brève analyse, il semblerait nécessaire d'avoir plus de réflexion et de débat au niveau des questions autour de l'enseignement de la spiritualité (McSherry, 2000a).Le concept d'évaluation spirituelle est encore relativement nouveau au Royaume-Uni: la nature exacte, la fonction, et la pertinence font encore l'objet de débats et ont été contesté à la fois au niveau académique et au niveau de la pratique (McSherry & Ross, 2002). Une préoccupation qui provient de cette région et qui a été articulé par les professionnels des soins de santé est la peur et l'appréhension associée à ne pas avoir les compétences nécessaires pour aider.</p> <p>Par conséquent, la nécessité de fournir des soins individualisés dans ce domaine est d'une importance primordiale</p>
--	---

6. Nursing competencies for spiritual care

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés qui sont les compétences infirmiers et les soins spirituels.
Résumé	<p>Contexte. Pour que les infirmières puissent offrir des soins spirituels, elles doivent être compétentes à fournir des soins sur le plan physique, mental, social et spirituel. Comme les soins spirituels peuvent-être influencés par la culture, cette étude a exploré les compétences pour les soins spirituels des infirmières de Malte.</p> <p>Méthodes. Une étude descriptive exploratoire a enquêté sur les compétences des infirmières dans la prestation de</p>

	<p>soins spirituels aux patients atteints d'infarctus du myocarde. Les données ont été collectées par moyen d'un questionnaire ouvert sur les infirmières qualifiés (n = 77), suivie par une interview en profondeur sur un échantillon aléatoire stratifié (n = 14) des infirmières des mêmes répondants.</p> <p>Résultats. Les quatre principales compétences infirmières identifiées ont été associés avec le rôle de l'infirmière en tant que professionnel et en tant qu'individu; prestation de soins spirituels par le processus de soins infirmiers; la communication des infirmières avec les patients, l'équipe interdisciplinaire et les organisations éducatives et cliniques / sauvegarde questions éthiques en matière de soins.</p> <p>Conclusion. Cette étude a démontré la complexité des soins spirituels, qui exige que les infirmières d'accroissent leur prise de conscience de l'unicité de chaque patient avec ce qui concerne la connexion entre l'esprit, le corps et l'esprit; l'évaluation de l'état spirituel des patients au cours de la maladie et la mise en œuvre des soins holistiques est recommandé par le Code de déontologie des soins infirmiers.</p> <p>Pertinence à la pratique clinique. Ces résultats vont permettre aux infirmières de tenir compte de l'importance de soins spirituels, ce qui peut leur permettre de contribuer à l'autonomisation des patients et de trouver un sens et un but pendant les périodes de maladie. L'accent devrait être mis sur les soins spirituels dans l'éducation. Des recherches plus poussées afin de concrétiser ces principales compétences en compétences spécifiques guideront les soins spirituels.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les besoins des patients ont été dominé par le modèle médical, qui a été principalement orientées vers les besoins physiques, qui ont été évaluées principalement par le diagnostic des spécificités cliniques. Cependant, il est soutenu que, bien que la dimension spirituelle pourrait être dissimulé, les patients ' devraient recevoir une attention sur leur besoins spirituels, ceux-ci peuvent se manifesté à travers des comportements de soins infirmiers (Kociszewski 2003). Ceci peut être influencée par la culture, celui-ci est</p>

	'un puissant façonneur des croyances, des comportements et donne un sens aux expériences »(Walker et al., 1995, p. 49).
Recension des écrits	<p>L'auteur entreprend une recension des écrits et présente les connaissances actuelles sur le phénomène de l'étude. des auteurs sont cités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Pace et al. 2001) - (Baldacchino 2002, 2003) - (Preca 1997)
Cadre de recherche	<p>Malte est un petit archipel de cinq îles de la Méditerranée avec une population de 378 518 (Office Central de Malte de la statistique, 1999). Les deux îles principales sont Malte, qui est 27 par 14 km et Gozo 14 de 7 km (Pace et al., 2001). Malte est réputé pour son hospitalité, qui est fortement démontré dans une situation de crise. Par conséquent, pendant la maladie, famille les relations deviennent très fusionnelles. Les familles et les voisins essaient de soutenir les patients de diverses manières, par exemple en leur rendant visite à l'hôpital et en les aidant à leur retour à la communauté. Il ya huit salles de médecine générale dans le hôpital de Malte, qui se compose de quatre salles réservées aux femmes souciait par les infirmières et trois quartiers masculins dirigés par des hommes infirmiers. Le service de médecine mixte et l'unité de cardiologie sont gérés par les deux, femmes et hommes. . À ce jour, les salles ne contiennent pas de counselling chambres, ce qui limite les patients d'obtenir personnelle et l'aide privée. La majorité des infirmières et des professionnels de la santé sont des maltaises et catholiques romaines. Bien que les soins infirmiers est organisée dans le système patient allocation, pas de soins-plans officiels sont utilisés qui limite la continuité et la cohérence dans les soins.</p> <p>Malte a une orientation chrétienne, qui se trouve également dans soins hospitaliers. La croyance commune de la religion chrétienne est que Dieu est présent et accessible à tous, pour aider et assister dans les temps de détresse (Preca 1997). Aumôniers d'hôpitaux visitent les patients régulièrement et offrent la Sainte Communion chaque jour. Les sacrements de la réconciliation et de la pommade sont administrés aux patients malades sur demande. Les livres religieux, saint images et icônes sont autorisés au chevet des patients.</p>

	<p>Les patients peuvent effectuer des prières personnelles ou de groupe dans le service ou dans la chapelle de l'hôpital. Les patients atteints de MI considéré comme ayant une relation personnelle avec Dieu, la communion et de la famille relations comme un moyen de faire face à leur MI comme ils étaient trouvés à être une source de force et de leur donner personnellement la sécurité (Baldacchino 2002, 2003). Ces pratiques religieuses peuvent être facilitées par les infirmières qui peuvent être assistés par les aumôniers d'hôpitaux. Ainsi, chaque quartier a une liste de pasteurs de différentes confessions religieuses qui peuvent être appelés à visiter les patients respectifs. Lorsque cette étude de recherche a été effectuée, aucune instruction n'avait été donnée aux infirmières sur la dimension spirituelle en matière de soins.</p> <p>En analysant la dimension spirituelle d'une personne à partir de la perspective chrétienne orthodoxe, Bradshaw (1994, p. 3) affirme qu'une personne est un individu unique et son / sa «la nature est une unité et non une composition dualiste de la physique corps et âme spirituelle, mais une entité dans laquelle à la fois trouver expression dans l'ensemble ». Ce déduit la nécessité d'une vue holistique d'une personne orientée vers le corps, l'esprit et l'esprit, qui coopèrent ensemble pour former un tout indissociable (Patterson 1998, Culliford 2003, Narayanasamy et al. 2004). Quand une personne est en phase avec cette essentiel, fédérateur vigueur de la dimension spirituelle, un état plus équilibré de bien-être physique, mental et social peut entraîner comme il habilite la personne à donner un sens et un but à sa vie (Stoter 1995, Picard 1997, Watson 1999).</p> <p>Le Conseil international des infirmières (CII) Code de déontologie (2000, p. 5) précise le rôle de l'infirmière dans la promotion 'un environnement dans lequel les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et croyances spirituelles de l'individu, la famille et la communauté sont respectés '. Ceci est soutenu par le Code de déontologie de Malte pour les infirmières et les sages-femmes (Code de déontologie 1997 à Malte, p. 3), qui sollicite les infirmières à «adapter le soin apporté selon à / de la cliente du patient biologique, psychologique,</p>
--	--

	<p>social et situation et les besoins spirituel ». Cela exige que l'infirmière</p> <p>comprendre la nature de la détresse spirituelle des patients au cours de la maladie de manière à aborder et répondre aux besoins des patients de manière holistique (Dossey et al., 1995, Neuman 1995, Hollins 2005). Pendant la maladie, tout le sens de la signification de la personne peut être compromise par l'apparition soudaine aiguë d'une vie en danger maladie, comme la MI (Mayou et al. 2000, Lane et al., 2002). Les individus peuvent passer par une période de réflexion et de réévaluation de leur vie dans une tentative de donner un sens à leur maladie, d'hospitalisation et d'espoir pour la vie future (Baldacchino 2002, 1999 Walton, 2002). Détresse spirituelle peut résulter de l'incapacité des patients à trouver des sources de sens, de l'espoir, de la force et la connexion dans la vie et / ou en cas de conflit entre leur croyances et leur maladie (Dossey & Dossey 1998, Anandarajah & Hight 2001). Détresse spirituelle peut être préjudiciable à la santé des patients (Koenig et al., 2001, Baldacchino 2003). Par conséquent, l'infirmière doit prendre un rôle actif dans la réponse aux besoins spirituels des patients et non pas simplement référence leur aumônier (Taylor 1995, Wright 1998, Speck 2005).</p> <p>Cependant, Anandarajah et Hight (2001) affirment que, lorsque les patients ont besoin d'aide dans leurs croyances et les conflits théologiques, l'aumônier / expert éducation pastorale clinique devrait livrer ce genre de soins spirituels spécialisés. Par conséquent, l'importance de l'infirmière dans la liaison avec le l'équipe interdisciplinaire (Morrison 1990 Van Leeuwen & Cusveller 2004, Baldacchino 2005).</p> <p>Tout en considérant la complexité des soins spirituels, les compétences doivent être définis pour répondre aux besoins holistiques des patients. McMullan et al. (2003, p. 285) définissent la compétence comme « orienté à la personne », se référant à des caractéristiques sous-jacentes de la personne et qualités qui conduisent à une efficacité et / ou supérieur la performance. »</p> <p>Par conséquent, les compétences concernent les patients par l'utilisation thérapeutique de soi et la capacité des infirmières à effectuer le soin avec des résultats souhaitables (Benner 1982, Bradshaw 2000, Sullivan 2000).</p>
--	--

	<p>Les soins spirituels ont été défini par Sawatzky et Pesut (2005, p. 23) comme «une interface intuitive, interpersonnelle, altruiste et intégrative expression qui est subordonnée à la prise de conscience de l'infirmière de la dimension transcendante de la vie, mais qui reflète celui de la réalité du patient ». Cela implique que l'essence de soins spirituels est de savoir comment les infirmières interagissent et utilisent eux-mêmes dans la relation l'infirmier-patient plutôt que de fournir simplement un ensemble d'actions de soins infirmiers (Sawatzky et Pesut 2005, Van Loon 2005). Ainsi, soins spirituels est «être» plutôt que de «faire» (Bradshaw 1994, Tucket al. 1997, Halm et al. 2000).</p> <p>Suite à un examen approfondi de la littérature, Van Leeuwen et Cusvellar (2004) a trouvé trois principaux domaines de compétences infirmières pour les soins spirituels à savoir, la sensibilisation et l'utilisation de soi, dimensions spirituelles de la démarche de soins et d'assurance et une expertise de qualité. En outre, six compétences essentielles étaient identifiées qui manipulent les croyances, l'adressage sujet, la collecte d'informations, la discussion et la planification, la fourniture et l'évaluation et l'intégration dans la politique. De plus, recherche identifiés compétences générales pour spirituelle soins à savoir, la relation infirmière-patient thérapeutique (Taylor 1995); La disponibilité des infirmières et de la présence réelle aux patients (Taylor 1995, Hungelmann et al., 1996); écoute active, montrant empathie et la compassion qui peut insuffler l'espoir dans sa vie (Cumming 1993, Cornette 1997); la facilitation des pratiques religieux pour les patients appartenant à une appartenance religieuse (Matthews 1997, Baldacchino 2002 Koenig 2002); aider les patients à avoir le temps ou l'espace calme (Taylor & Mamier 2005); portion patients pour compléter inachevé (Narayanasamy et al. 2004) et l'aiguillage vers les aumôniers ou d'autres professionnels (Courtney Vendeur & Haag 1998, Halm et al. 2000). Le résultat de soins spirituels a été trouvé pour permettre aux patients de compter leur bénédictions dans la vie, atteindre la paix intérieure et d'explorer d'adaptation stratégies pour surmonter les obstacles lors de situations de crise (Meraviglia 1999, Baldacchino 2003, Kociszewski 2003). En outre, les soins spirituels ont été trouvés pour rendre infirmières</p>
--	---

	<p>auto réflexive (Lauterbach & Hentz Becker 1996). Comme les infirmières sont présents jour et nuit avec les patients, elles sont dans une position pour maintenir l'intégrité des patients (Baldacchino 2002 Narayanasamy et al., 2004). La recherche suggère que l'individu de l'infirmière peut influencer les soins spirituels par les croyances et valeurs personnelles (Taylor 1995, Ross 1997, Baldacchino 2003); volonté de donner d'eux-mêmes, leur niveau de sensibilité et de spiritualité (Ross 1997, Taylor et al., 1999); priorisation de la spiritualité dans leur vie (Harrington 1995, Lauterbach & Hentz Becker 1996) et la culture (Giltz et al. 1991, Walker et al., 1995).</p> <p>Pour la prestation efficace de soins spirituels, de l'éducation sur les soins spirituelle est souligné de manière à permettre aux infirmières de rencontrer des patients qui ont des besoins (1990 Narayanasamy 1993, 1999, 1995, Conco Ross 1996, Babler 1997).</p>
Buts et question de recherche	<p>But et objectifs. Le but de cet article est de révéler les principales compétences infirmières pour les soins spirituels, qui a émergé de la collecte de données à partir d'infirmières qualifiées à Malte.</p> <p>Le but de ce document est d'identifier et d'explorer le MC pour soins spirituels, qui a émergé à partir des données. Ceux-ci seront soutenu par des citations directes des entrevues</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Toutes les infirmières qualifiés (n = 215, n = 160 femmes; les hommes n = 55) âgés (21-55 ans) qui ont travaillé sur le services médicaux aigus dans les hôpitaux généraux à Malte et Gozo, en Novembre 2000 ont été invités à participer.</p>
Considérations éthiques	<p>En l'absence de la Commission éthique de la recherche et de l'Université l'Unité de Direction des soins infirmiers, les deux parties de l'étude étaient approuvé par le Président des services médicaux et les gestionnaires de soins</p>

	<p>infirmiers de l'hôpital deux hôpitaux. Dans la partie A, le retour du questionnaire a été considérée comme la Nurses consentement. Dans la partie B, les infirmières ont été invitées à signer un informé consenti et ont été assurés de l'autonomie et de la confidentialité.</p> <p>Les entrevues enregistrées sur bande sonore ont été effacés après la transcription. L'échantillon aléatoire stratifié (n = 14) a été recruté par l'assistant de recherche pour préserver l'anonymat de l'Codé questionnaires. Pour assurer la confidentialité, les 35-40 minutes interviews ont été réalisées par l'auteur dans le quartier de gestionnaire bureau pendant le déjeuner.</p>
Devis de recherche	<p>Une recherche quantitative sur les Données démographiques – questionnaire le sexe incorporé, l'âge, l'état de soins infirmiers, formation en soins infirmier, la pratique clinique, l'expérience de soins médicaux, l'appartenance religieuse, heures de formation sur les soins spirituels et de la lecture sur soins spirituels.</p> <p>Une qualitative : le questionnaire comprenait deux questions sur les types de détresse spirituelle exposées par patients à leur expérience et à l'évaluation des soins cliniques.</p> <p>En outre, les cinq questions ouvertes explorées spécifique soins infirmiers pour traiter la détresse spirituelle manifestée;</p> <p>facteurs inhibant / amélioration de la prestation des soins spirituels; quoi les infirmières ont appris de leur soin spirituel et commentaires / suggestions / des recommandations concernant le rôle des infirmières dans la dimension spirituelle.</p>
Modes de collectes de données	
Conduite de la recherche	<p>Suite à une étude pilote sur sept infirmières, deux questions étaient modifié. Une déclaration ouverte »S'il vous plaît donner les raisons de votre réponse »a été ajouté pour obtenir la justification de la perception de l'ampleur de l'allègement des patients 'infirmières spirituelle détresse. La question posée des questions sur les facteurs qui peuvent avoir influencé la prestation des soins des infirmières a révélé que ceux-ci, ce qui a entravé la prestation des soins, comme le temps et le manque d'éducation. Ainsi, cette question était scinder en deux. Une question a précisé les facteurs qui aident et l'autre a précisé les facteurs qui inhibent la prestation des soins. Les questionnaires ont été distribués à Malte</p>

	<p>par l'assistant de recherche pendant les quarts de nuit. Dans Gozo, les questionnaires ont été distribués par l'infirmière en charge de formation en soins infirmiers après l'homologation. Un rappel a été envoyé par la poste les infirmières après deux semaines. Tous les questionnaires ont été envoyés à la maison du chercheur dans une enveloppe adressée. Les entrevues ont été réalisées en maltais pour une meilleure compréhension et l'expression de réponses. Seules les citations utilisées pour la publication ont été traduits en anglais par l'auteur, soutenu par un panel de trois professionnels linguistiques.</p>
Analyse des données	<p>Les données démographiques quantitatives ont été analysées par descriptive statistiques. Les données qualitatives provenant des questionnaires et les données de bande audio transcrites subi analyse thématique, guidée par le cadre de Burnard (1991). Un échantillon aléatoire de 20 questionnaires ouvertes ont été analysés par une autre infirmière Maltais qui avait entrepri une étude de recherche quantitative sur les soins spirituelle perçue par les étudiants en soins infirmiers. L'accord sur les thèmes et des compétences entre les deux était de 95%. De même, un échantillon aléatoire de six transcriptions d'entrevues ont été analysées par le chercheur et la même infirmière maltaise à un accord de 87%. Ainsi, cet inter-évaluateur fiabilité des données qualitative a contribué à la crédibilité des résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats ne sont pas présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles. Les résultats sont résumés par un texte narratif. Les thèmes, qui ont émergé à partir des données a identifié quatre MC qui ont été associés à:</p> <p>MC1: le rôle de l'infirmière en tant que professionnel et en tant qu'individu;</p> <p>MC2: la prestation de soins spirituels par les quatre étapes du processus de soins infirmiers;</p> <p>MC3: la communication des infirmières avec les patients, interdisciplinarité et organisations cliniques / éducation;</p> <p>MC4: sauvegarde questions éthiques dans les soins.</p> <p>Chaque thème est abordé dans le cadre de la culture</p>

	<p>maltaise</p> <p>et comparés avec les résultats limités de recherche existants</p> <p>soutenu par les suggestions et recommandations des infirmières.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Le rôle de l'infirmière comme un professionnel</p> <p>Les infirmières ont reconnu leur rôle en tant que professionnel qui devrait donner les soins aux patients de manière holistique. Il a été déclaré que les infirmières sont entièrement équipée avec la connaissance physiologique et médical à propos de MI. En revanche, l'autre psycho-sociale et spirituelle dimensions sont négligés que les infirmières ne se sentent pas compétentes.</p> <p>Plusieurs infirmières ont souligné le besoin d'expertise pour permettre de répondre aux besoins des patients de manière holistique dans ce complexe situation des MI. Ainsi, une infirmière avec sept années clinique l'expérience a expliqué:</p> <p>Nous devrions être plus conscients des besoins des patients en soins spirituels parce la plupart du temps, nous demandons sans délai pour l'assistance spirituelle, en appelant un aumônier de l'hôpital pour assister le patient Bien sûr, cela est le façon la plus simple et la plus sûre aussi! (sourire) Ok, permettez-moi d'être très honnête avec vous! Je ne me sens pas assez compétent pour traiter avec de tels patients dans les cas quand ils parlent de la souffrance, surtout quand ils sont encore jeunes! Ou quand ils montrent préoccupation au sujet de leur mauvaise chance dans la vie ou quand ils se tournent contre Dieu pour avoir leur maladie je ne pouvais pas trouver les mots pour soulager leur stress Parfois, je pouvais remarque que bien que les patients sont stables dans leur condition physique après un infarctus, au fond ils craignent encore la mort et Je ne sais pas comment aborder ça! Donc, le plus sûr moyen est d'appeler le chapelain comme il serait l'expert dans ce domaine! Cette constatation a indiqué plusieurs signes de détresse spirituelle observé par le personnel infirmier. Les infirmières ont exprimé leur frustration quand ils ont remarqué les patients qui avaient besoin d'une aide supplémentaire</p> <p>sans se sentir assez compétents pour les aider. Les Infirmières</p> <p>considèrent leur incompétence comme un manque de</p>

	<p>préparation dans leur éducation de pré-enregistrement et de post-soins infirmiers. Comme l'aumônier de l'hôpital visite les patients dans les salles régulièrement, les infirmières utilisent leurs expertises pour faire face à ces besoins spirituels.</p> <p>Les résultats ont indiqué que les infirmières avaient tendance à associer soins spirituels et religiosité. Cela pourrait être en raison du manque de connaissances sur la définition de la spiritualité et spirituelle. En outre, la culture maltaise peut contribuer aux conclusions que cette étude a été menée à Malte lequel 95% de la population maltaise ont été enregistrés en tant que catholiques romains (Malte Archidiocèse 2004). En outre, puisque l'expérience clinique a démontré, les patients, tournent très souvent à Dieu et de leurs pratiques religieuses pendant leur récupération à partir MI(2005 Brunt et courts, Baldacchino 2002), la majorité des infirmières ont signalé le renvoi à l'aumônier étant l'expert face à la perspective religieuse.</p> <p>En outre, les infirmières ont montré leur préoccupation actuelle au sujet de leurs soins incomplets donnés aux patients. En tant que professionnels, les infirmières se sentaient assez compétentes pour rencontrer des patients et répondre aux besoins 'physique et médicale. Cependant, elles se considéraient comme insuffisamment compétentes dans la réponse aux besoins spirituels des patients. Par conséquent, les infirmières en outre recommandent la formation continue pour améliorer leurs soins infirmiers en intégrant la dimension spirituelle. Ces programmes éducatifs devraient également inclure sessions de aumôniers d'hôpitaux et des membres de l'interdisciplinaire</p> <p>équipe, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, d'avoir une perspective plus large des soins spirituels. Ces résultats soutiennent la recherche existante en vertu desquels, l'absence d'éducation sur la spiritualité, les infirmières dans un contexte culturel de la religiosité considèrent la spiritualité comme synonyme de la religiosité (McSherry 1997, Baldacchino 2003, McSherry et al. 2004). Tout en considérant la complexité de la dimension spirituelle dans les soins, la recherche souligne l'importance du travail d'équipe avec l'équipe interdisciplinaire (Morrison 1990 Ross 1997, Baldacchino 2003) et non tout simplement diriger les patients vers un aumônier (Taylor 1995, Ross 1997, Speck 2005). En outre, la</p>
--	--

	<p>recherche met l'accent sur l'importance de répondre aux besoins spirituels des croyants et non-croyants tout en tenant compte de la diversité et la perspective individualiste de patients, bien qu'ils détiennent une religion fixe (Swinton & Narayanasamy 2002). Les diverses croyances religieuses chez les patients et les infirmières exigent que les infirmières en apprennent davantage sur les différents besoins, qui peuvent provenir de différentes religions, comme faceaux stratégies, les régimes alimentaires et les rituels (Burnard 1993, McSherry & Draper 1997, Baldacchino & Draper 2001).</p> <p>Les infirmières ont affirmé qu'elles devraient être bien développées personnellement et devrait avoir la conscience spirituelle, comme l'a déclaré cet infirmier de 25 ans d'expérience clinique: Je crois que les soins infirmiers doit être fondée sur certaines valeurs qui devrait faire partie intégrante de la vie de chaque infirmière individuellement les infirmières doivent être conscientes de la façon dont les problèmes personnels doivent être abordés dans la vie et comment faire face à l'acceptation de ses limites personnelles dans la vie. Aussi, depuis l'infirmière est un praticien réflexif, il / elle doit réfléchir sur certains aspects religieux la conscience personnelle de la vie peuvent aider l'infirmière à avoir une bonne connaissance de la façon de traiter les Besoins des patients ». L'importance de la conscience de soi de chaque infirmière individuelle a été suggérée. Comme l'attention des infirmières, a été attirée sur la nécessité d'auto-réflexion sur leur dimension spirituelle personnelle. Lorsqu'ils ont été interrogé,</p> <p>la plupart des infirmiers ont pris le temps d'identifier le sens qu'ils donnent aux rôles multiples dans leur vie. La majorité des infirmiers ont déclaré qu'ils étaient surchargés avec les exigences de leurs rôles dans la vie. Ils ont déclaré que leur vie personnelle peut entraver leur soins infirmiers en prodiguant les soins à et de déléguer les soins spirituels au chapelain. En revanche, lorsqu'on les interroge sur leur objectif global dans la vie, des raisons altruistes ont émergé pour la majorité de leurs rôles, y compris le rôle de nourrice. Ainsi, alors que les infirmiers ont reconnu l'importance de la conscience de soi, ils ont demandé de l'aide des psychologues des services hospitaliers par, aumôniers et les équipes de soutien pour les aider à se mettre ensemble dans l'harmonie et de devenir en harmonie avec leur propre spiritualité.</p> <p>Ces résultats soutiennent la recherche dans lequel l'autoréflexion des infirmières sur leurs valeurs et croyances a</p>
--	--

	<p>Amélioré la prestation des soins spirituels en devenant plus sensible aux besoins spirituels des patients (Ross 1994, Harrington 1995, McSherry 1996, Sawatzky & Pesut 2005). C'est en réfléchissant sur son expérience de vie que cela peut permettre aux individus à mieux comprendre les autres (Lauterbach & Hentz Becker 1996, Gustafsson & Fagerberg 2004, Prix 2004). En outre, l'augmentation des expériences de vie qui produisent la croissance spirituelle personnelle (Reed 1992, Ross, 1997). Harrington (1995) affirme que, si les infirmiers ne priorisent pas la spiritualité dans leur vie personnelle, ils ne Prioriseraient pas la spiritualité dans la prestation des soins prodigués aux patients.</p> <p>La livraison des soins spirituels par le processus de soins infirmiers : Évaluation des problèmes / besoins et la planification des patients, la mise en œuvre et l'évaluation des soins ont été orientés vers Quoi, pourquoi, comment, quand, où et qui devrait offrir soins spirituels. Évaluation des soins infirmiers des patients dépendra de plusieurs facteurs tels que la relation infirmière-patient depuis l'admission l'intimité, l'écoute de ce que le patient a à dire à propos de son / sa présente condition, qu'elle soit physique ou autre, aidera beaucoup à identifier les problèmes et les besoins des patients.</p> <p>Par conséquent, l'évaluation des soins infirmiers des besoins et des problèmes des patients est complexe. Il a été déclaré que l'évaluation médicale, aidé par les enquêtes médicales, était plus facile à surveiller les progrès des patients. Cependant, inconsciemment, le patient peut souffrir de la peur de l'inconnu, de la solitude et le désespoir. Bien que les indices non verbaux puissent présenter ces sentiments, ce type d'évaluation implique une exploration plus profonde des patients. Les résultats suggèrent plusieurs facteurs qui peuvent influencer les patients à se confier aux infirmières dans une relation infirmière-patient de confiance, qui pourrait être renforcée par l'organisation des soins infirmiers. Les soins infirmiers dans les hôpitaux généraux locaux est généralement effectuée sur un système de répartition des patients par jour. Toutefois, les services médicaux spécialisés utilisent système patient allocation à long terme, ce qui peut améliorer une relation infirmière-patient de confiance. Ainsi, l'organisation des soins basés sur une relation infirmière-patient de confiance peut faciliter l'évaluation, la planification et la mise en œuvre des soins sur une base individuelle.</p> <p>les contraintes de temps, la surcharge de travail, le</p>
--	--

	<p>manque d'intimité, la perception des infirmières que les soins spirituels est le domaine exclusif de l'aumônier, l'insuffisance de rencontrer les patients 'besoins spirituels, le manque d'expérience en soins infirmiers et les infirmières</p> <p>affilié à une religion différente de celle des patients qui peut provoquer des conflits en facilitant adaptation spirituelle des patients..</p> <p>Bradshaw (1994) soutient que les soins spirituels est d'être plutôt</p> <p>que de le faire. Par conséquent, comme les infirmières sont avec les patients 24 heures par jour, ils doivent aussi être capables de traiter les besoins spirituels personnels patients ». Additionnel à la santé / physique</p> <p>En outre, quand on a demandé aux infirmiers d'évaluer dans quelle mesure ils n'estimaient que leur réponse à PATIENT</p> <p>détresse spirituelle était efficace, environ la moitié du infirmières (n = 39) évaluant leurs soins comme plus efficace que</p> <p>inefficace. Il a été constaté que la majorité des exemples déclarés consistait des soins initiée par l'infirmière et suivi par l'aumônier.</p> <p>L'évaluation des soins pourrait être possible lorsque les soins aux patients est basé sur un long terme. Les résultats positifs décrits dans la plupart des exemples ont été orientées vers des caractéristiques manifestes de calme, le moral plus élevé, une meilleure relation avec Dieu, la famille et d'autres, le changement du mode de vie et les pratiques religieuses.</p> <p>En revanche, certaines infirmières (n = 18) ont évalué leur évaluation. Ces résultats suggèrent que les infirmières semblent donner des soins sur un sens unique sans prendre l'initiative d'évaluer l'impact de leurs soins sur le soulagement de la détresse spirituelle.</p> <p>l'inexpérience</p> <p>la formulation d'une liste de compétences, qui peuvent guider</p> <p>les infirmières pour offrir des soins spirituels systématiquement. Ces conclusions sur la prestation des soins spirituels sont corroborées par la recherche, ce qui suggère l'identification des besoins des patients,</p> <p>l'utilisation d'outils d'évaluation tels que Carpenito spirituelle</p> <p>détresse outil indicateur, JAREL spirituelle bien-être et de l'échelle</p> <p>Échelle d'évaluation spirituelle Howden (Burkhardt & Nagai-</p>
--	---

	<p>Jacobson, 2002). Aussi, pour l'observation spirituelle / religieuse</p> <p>objets de patients peuvent indiquer les moyens individuels de</p> <p>adaptation spirituelle (Baldacchino 2003).</p> <p>Les conclusions sur la mise en œuvre des soins spirituels sont</p> <p>corroborée par la recherche de différentes manières comme, aidant aux patients de voir le côté positif de la situation, en encourageant le partage d'expériences avec d'autres patients, impliquant famille soins et de maintenir les relations des patients avec la famille et les liens sociaux, spirituels faciliter stratégies d'adaptation / rituels, aider les patients à avoir une attitude positive à leur avenir, et de communiquer avec les patients tout en abordant leur point de vue culturel (Taylor et al., 1999, Baldacchino 2003). Très peu de recherche a été tracée sur l'évaluation des soins tels que évaluer la réponse des patients à l'intervention spirituelle (Baldacchino 2003) et l'évaluation de la pertinence de l'intervention spirituelle à la bonne personne et au bon moment (Narayanasamy 1999). Enfin, la littérature fait valoir qu'il est non seulement la prestation de soins qui importe, mais il comprend le «cœur et l'esprit» par lequel l'infirmière offre spirituelle soins (Bradshaw 1994, Baldacchino 2005). La communication des infirmières avec les patients, inter-disciplinaire</p> <p>équipe, les organisations éducatives cliniques / Les résultats indiquent la nécessité d'amélioration de la communication et la coordination entre l'infirmière et les membres de l'équipe interdisciplinaire, y compris l'éducation département. Le manque d'éducation sur les soins spirituels, l'environnement l'hospitalier qu'est orienté vers les tâches des soins, sont des limites à répondre à leurs besoins holistiques. Ne considérant pas la dimension spirituelle des soins dans le cadre de leur rôle.</p> <p>Pour des soins continus et cohérents des patients par les infirmières et les membres de l'équipe interdisciplinaire, de la documentation sur les progrès des patients est essentielle.</p> <p>Ces résultats ont identifié quelques questions éthiques sur les soins spirituels qui mettent en évidence ceux mis en avant par McSherry et Ross (2002). À la lumière de la faible disponibilité des soins infirmiers des outils d'évaluation qui doivent être adoptées McSherry et Ross (2002) ont discuté de confidentialité, la documentation des besoins spirituels, la vie privée, les méthodes de évaluation par observation ou en interviewant et si de demander la permission du patient pour évaluer leurs besoins spirituels opposition à la</p>
--	--

	<p>liberté d'effectuer des évaluations médicales et les interventions de patients. Par conséquent, les infirmières recommandé formation continue pour les infirmières à respecter l'éthique des soins afin que les infirmiers traitent les patients patients avec dignité.</p> <p>Conclusion:</p> <p>Les questions de détresse spirituelle non seulement perturbent les patients, mais aussi les infirmières elles-mêmes Je me sens paralysé au sens de patients la souffrance! Peut-être, parce que je ne me sens pas assez équipé avec ma foi religieuse personnelle et formation en soins infirmiers sur ce type de soins.</p> <p>Cette infirmière résume les conclusions de cette étude, qui démontré la complexité des soins spirituelle qui peut inclure la dimension religieuse des maux des patients. Les résultats suggèrent la nécessité que les infirmières soient en harmonie avec leur propre spiritualité, afin de leur permettre de devenir plus compétent dans la prestation de soins spirituels.</p> <p>Les quatre principales compétences identifiées par les infirmières Maltais intègrent le rôle de l'infirmière en tant que professionnel et en tant qu'individu; mise en œuvre de soins spirituels par le processus de soins infirmiers; la communication des infirmières avec les patients, équipe interdisciplinaire et les organisations éducatives cliniques / et la sauvegarde de questions éthiques dans les soins. Ces compétences soutiennent partiellement les conclusions de Van Leeuwen et Cusveller (2004) qui a identifié trois principaux domaines et six compétences de base dans leur revue de la littérature. Les trois domaines de base étaient la sensibilisation et l'utilisation de l'auto, dimensions spirituelles de la démarche de soins et d'assurance et une expertise de qualité. Les six compétences essentielles manipulaient ses propres croyances, abordant le sujet, la collecte d'informations, de discuter et de planifier, fournir et d'évaluer et l'intégration dans la politique. Les résultats de cette étude ne sont pas assurance de la qualité de l'adresse et de l'intégration des soins spirituels dans la politique. La raison possible de cette différence pourrait être en raison de l'échantillon utilisé dans cette étude, ce qui a éliminé la les gestionnaires de la paroisse à des fins d'anonymat. En outre, l'audit soins infirmiers est encore à ses balbutiements dans les deux hôpitaux généraux à Malte et Gozo.</p> <p>Cette étude comprend diverses limitations laquelle les données sur l'expérience de leur prestation de soins spirituels des</p>
--	---

	<p>infirmières étaient recueillies rétrospectivement dans les deux parties de l'étude. Ainsi, la précision totale des expériences passées peut être limitée. Les faibles taux de réponse de 36% aux questionnaires ouverts dans la première partie de l'étude limite la généralisation des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour améliorer le développement et la pratique des compétences spirituelles, en soins infirmiers, il est recommandé que les infirmiers doivent avoir une formation continue en outre sur les soins spirituels et à améliorer leur soins infirmiers. Ces programmes éducatifs devraient également inclure des séances d'aumôniers d'hôpitaux et les membres de l'équipe interdisciplinaire sur la conscience de soi. Cela peut aider les infirmiers à devenir des praticiens réflexifs, capable de fournir des soins spirituels efficaces en liaison avec l'équipe interdisciplinaire. Cette éducation doit être inscrite aux cours de soins infirmiers pour préparer les étudiants infirmiers à être compétents dans la prestation de soins spirituels.</p> <p>En outre, les infirmières doivent prendre l'initiative en augmentant leurs connaissances sur les soins spirituels et donner la priorité à la réflexion sur leur pratique clinique pour améliorer le soin au patient. La direction de l'hôpital devrait aider les infirmières personnellement par la prestation de services hospitaliers par des psychologues, aumôniers et les équipes de soutien pour les aider à se mettre ensemble dans l'harmonie et de devenir en harmonie avec leur propre spiritualité.</p> <p>Bien que les résultats soutiennent la recherche existante limitée, les conclusions applicables à la culture maltaise et aux autres pays avec un fond religieux chrétien. Donc, poursuite de l'exploration des compétences des infirmières est suggéré sur divers autres échantillons y compris les infirmières qualifiés d'autres domaines cliniques tels que la chirurgie et l'oncologie, interdisciplinaire</p>