

# QUERY AND THEORY

## *HOW DOES UNIVERSITY NURSING EDUCATION AFFECT PATIENT CARE?*

*The following question was submitted by E. Jean M. Hill:*

Nursing educators enthusiastically promote the notion that graduates of university programmes in nursing should be "agents of change", make an impact on the community and be prepared for leadership roles within nursing practice. It is suggested further that accrediting procedures should require follow-up studies of graduates which provide evidences of the effectiveness of graduates as a criterion for accreditation (in, Joan L. Green, "Accreditation in Nursing Education: New Trends and Responsibilities", *Nursing Forum*, XIII, 1, 1974).

Are any Schools in Canada gathering data to show how and in what way university education in nursing influences the quality of patient care?

### *FOCUSING NURSING CARE ON FAMILY HEALTH*

*The responses that follow were received in response to Moyra Allen's query in the Spring, 1974 issue:*

"There's no need for me to visit that family. It doesn't have any problems." In my experience nursing within a pediatric practice and a community health center, I have heard many nurses and nursing students conclude that because they have not identified a "health problem" in a family, the family would not benefit from nursing care. What is our criteria for determining health problems? Why do we devote so much nursing energy to problem-seeking? Let us devote more energy to identifying and describing health and factors which lead to health, and to counselling about healthful ways of living.

Nurses are in an ideal position to undertake research about the constituents of health because of the nature of our work. We can learn about health by observing the health states of our patients. With guidance we could collect information from patients to identify states of bodily health, personal happiness, social functioning, and interpersonal relations, and factors which augment and impede such states. Our patient experiences provide us with opportunities to apply and test principles of health maintenance.

If nurses are going to counsel families about healthful behaviour we obviously need to know more about health. We have been advising families regarding what we have thought were healthful ways of

living and patients have been receptive to nurses assuming the role of health counsellor. How much of what we have been advising is based on scientifically proven fact? We emphasize such virtues as moderation of activities, for instance "healthy" balance between work and leisure. What do we know about the effects of intellectual effort, physical labor, and inactivity on our health? How does solitude or companionship affect our health? Nurses often encourage their patients to socialize. On what basis do we give such advice? How does the density of population in which we live affect our health? We need to know more about this if we are going to counsel our patients, whether they live in cities or isolated areas. How do families cope and how do they learn to cope with factors infringing on their health? We could learn a lot about health from our patients.

Once we know more about what to teach, we need to know more about how to effectively teach constructive health habits. This would necessitate motivational studies. How can we motivate the public to preserve their health? It is obvious research is necessary when such a behaviour as smoking remains popular in spite of evidence that smoking is injurious to health.

The health professions, particularly nursing, have the responsibility of investigating what health is, how we achieve and maintain it, and what mitigates against it.

— Linda Kingsbury  
Lecturer  
School of Nursing  
McGill University

Les questions posées sous le thème "Health behavior, nursing practice and nursing research" me paraissent d'une extrême importance. Quoiqu'apparemment simples, elles nécessitent des réponses complexes. De prime abord, nous sommes tentés de répondre par l'affirmative, mais très tôt nous sommes conduits à des implications au niveau de l'essence même du nursing et de son orientation future.

Il est relativement facile d'accepter les prémisses énoncées: la majorité des individus et des familles au Canada ne bénéficient pas de services de soin global (comprehensive health care) et continu et de relance à la suite d'une maladie ou de toute autre situation de crise. Les raisons de cet état de choses sont multiples. Je ne traiterai ici que de deux aspects de cette problématique et je tenterai de répondre à chacune des questions principales, à la suite des commentaires spécifiques à chaque aspect.

Une première difficulté déjà mentionnée vient de notre incapacité de définir la santé de façon suffisamment opérationnelle pour pouvoir décrire et observer ses éléments systématiquement. L'histoire met en parallèle l'évolution de la définition de la santé et le développement de modes de dispensation de soins, d'abord des services centrés sur le traitement de la maladie, puis sur la prévention de la maladie et enfin, plus près de nous, des modèles de systèmes de soins découlant d'une conception plus globale de la santé.(1) On tend maintenant à accepter que la santé est plus qu'une condition ou un état, mais bien un mode de vie, un ensemble de comportements que l'individu adopte face aux situations stressantes qui forment la trame de toute existence. Selon Selye, l'essentiel n'est pas d'éviter ou de réduire le stress mais bien de savoir vivre avec le stress.

Parmi les infirmières, les hygiénistes se sont toujours préoccupées du domaine de la santé. Depuis quelques décennies, elles ont donné des services à des groupes de familles dans le but non seulement de prévenir la maladie mais aussi de "promouvoir la santé". Pourquoi faut-il aujourd'hui se demander si les infirmières doivent entreprendre l'étude systématique de la santé comme phénomène familial quand elles ont jusqu'à présent tenu le rôle de promoteur de la santé auprès de la famille? Il est évident que les infirmières ont fonctionné dans le même cadre de référence que leurs collègues dans les professions de la santé qui étaient aussi aux prises avec l'urgence de la situation, avec des problèmes de définitions, etc. Il est aussi fort probable que plusieurs d'entre elles ont acquis un bagage imposant de connaissances sur des phénomènes variés relatifs à la santé. Toutefois, elle n'ont pu, pour différentes raisons, dépasser le niveau purement empirique de leur expérience. Elles n'ont donc pas formulé de propositions précises au sujet du comportement humain en matière de santé, plus précisément du comportement des mères qui sont les premières à façonner non seulement les habitudes de santé des enfants mais aussi leurs patterns de réactions à la maladie.

Il est intéressant de noter dans les revues scientifiques que, depuis quelques années, certains chercheurs en sciences humaines étudient la santé dans divers contextes à travers des cadres de référence variés, tels le rôle, l'apprentissage, les attitudes, le processus de socialisation, etc.; parmi eux, des infirmières ont entrepris des recherches sur certains aspects de la santé comme phénomène familial. Un livre récent par une mère infirmière décrit la croissance et le développement des mères et présente du concept de la mère une vue bien différente de celle des auteurs (la plupart masculins) qui ont jusqu'ici conditionné les infirmières, quelques générations de mères et (inévitavelmente) de

familles à accepter des théories sur le sujet, qui pourraient bien un jour s'avérer des mythes(2).

Si les infirmières prennent au sérieux le rôle qu'elles se donnent de satisfaire les besoins de santé des individus, des familles et de la communauté, il m'apparaît indispensable qu'elles entreprennent des études systématiques sur les relations entre certains facteurs biologiques, psycho-sociologiques et écologiques qui influencent le développement de comportements sanitaires. Seulement alors, pourront-elles comprendre dans toute sa dimension ce que sont les "besoins", la "santé" et la "communauté" et développer des stratégies de soin qui appartiennent plus à une théorie prescriptive qu'à l'artisanat. Cette conception nous conduit au thème "soin global" qui fait le sujet du deuxième aspect de cet exposé.

Dans cette problématique, deux propositions sont sous-entendues : (1) le soin global peut améliorer la santé de la population et (2) les infirmières peuvent donner ce type de soin. La même difficulté que précédemment se présente. Le terme soin global veut dire bien des choses pour bien des gens. La plupart des rapports d'expérience de soin global omettent de décrire et de quantifier cette variable indépendante. Après une étude dans le but d'arriver à une définition compréhensive du terme, Haggerty conclut que :

the elements of comprehensive care include continuity ; coordination ; family orientation ; combined preventive and curative care ; and concern for psychological, social, educational, recreational and economic factors delivered by personnel, often in team fashion, with responsibility for the whole area of health of an individual or family and with an additional factor of reaching all in the community(3).

Selon Lewis(4), on n'est pas encore parvenu à démontrer de façon évidente qu'un soin global est plus efficace qu'un soin "non-global". De plus, il n'est pas certain que la population veuille nécessairement d'un soin global. Dans les études rapportées par le même auteur, la plupart des groupes de clients consultés sur le sujet accordent la priorité aux services d'urgence et aux soins accessibles vingt-quatre heures par jour. Est-il utopique de proposer que le soin global sera efficace quand l'individu (ou la famille) coordonnera lui-même ses soins de façon à atteindre les objectifs de santé qu'il se sera fixés ? Quel professionnel de la santé est apte à donner le type de soins défini par Haggerty ? Il semble que les programmes de soin global ont été appliqués par des équipes composées de professionnels de disciplines variées surtout formés dans un modèle médical. Si le nursing est orienté vers les besoins de santé des gens, les infirmières ne devraient-elles pas être formées, dès le premier instant de leur forma-

tion, à concevoir la maladie comme une situation de crise au cours de laquelle l'individu fait un apprentissage intensif lors de sa marche vers la santé?

Compte tenu des idées émises précédemment, de mon expérience en évaluation de soins et après bien des considérations sur le développement des systèmes de soins et l'organisation de la main d'oeuvre sanitaire, j'en suis venue à croire que c'est seulement dans le cadre de projets pilotes (démonstrations), dans lesquels les infirmières pourront planifier et contrôler les soins qu'elles désirent donner, qu'elles auront l'occasion de démontrer l'impact de leurs services sur la santé de la population. Je ne crois toutefois pas qu'elles pourront arriver au succès sans s'assurer que quatre conditions sont réalisées: (1) des services de nursing adéquats par des infirmières habilitées à dispenser ce type de soins; (2) la collaboration d'autres professionnels de la santé ds les premiers instants du projet; (3) la participation réelle et constante des citoyens; (4) le support soutenu des gouvernements. L'entreprise est de taille et l'enjeu pourrait bien être la survie du nursing.

#### *Références*

1. Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa: Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social, 1974.
2. Angela Barron McBride. *The Growth and Development of Mothers*. New York: Harper and Row, 1973.
3. Robert J. Haggerty. "Introduction: Historical Perspectives. Symposium, Does Comprehensive Care Make a Difference?", *Amer. Jour. Dis. Child.*, vol. 122, Dec. 1971, p. 467-468.
4. Charles Lewis, "What is the Evidence?", *Amer. Jour. Dis. Child.*, vol. 122, Dec. 1971, p. 469-474.

— Marie F. Thibaudeau  
Professeur adjoint  
Faculté de Nursing  
Université de Montréal

---

#### *HOW TO RELATE EDUCATION AND SERVICE?*

*E. Jean M. Hill has sent the following question:*

*Query:* Many nurses in education and in service are concerned about the separation between preparation for nursing practice and administration of nursing care services to patients. During an early developmental period independence seems necessary, however, both education and service now appear to be sufficiently mature for an interdependent relationship to develop. One question of first importance is how should we manage this relationship without repeating the

handicaps of the past; what kind of structure will facilitate pooling resources for the benefit of the patient as well as the future practitioner?

### *POST-OPERATIVE CARE*

*The following suggestion for post-operative care was submitted in response to a query by Irma Riley in the Spring, 1974 issue:*

1. Motivate the patient. A surprising amount of energy becomes available to do the things we consider important. During pre-operative teaching, discuss with the patient and his family the rationale for and advantages of early ambulation. Warn him that it will be uncomfortable and tiring, but describe how he will be assisted.

2. Organize nursing care so the patient has opportunity for uninterrupted rest. This is seldom a problem for the experienced staff nurse but is a challenge for the nursing student. The instructor is often busy supervising other students with procedures and fails to observe that the post-operative patient has had some three hours of well-meant but tiring attention from the student nurse. Students do need help in planning so that such things as checking IV, dressing, drainage tubes, taking the vital signs, and irrigating levine tubes are not spread over several trips and many minutes. Obviously rest periods should be provided after meals and strenuous procedures. The bottom of the bed can be changed by another nurse while the patient is up.

3. Make the procedure itself as energy-conserving as possible. Roll the bed into high Fowler's position. Swing feet down and body up in one motion. Two nurses provide both emotional and physical security. It can frighten the incapacitated patient to see one small nurse attempting to support him. When feasible, walk the patient to the bathroom, as it increases motivation to have a useful destination.

Arlene Aish  
Associate Professor  
School of Nursing  
Queen's University