

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES INFIRMIERES DU QUÉBEC Á L'ÉGARD DE L'ORIENTATION GLOBALE DE LA SANTÉ

Louise Hagan . Denise Paul . Jean Lambert

Au Québec, en 1970, la Commission Castonguay-Nepveu proposait une réforme importante de la philosophie et des politiques dans les services de santé. Essentiellement, cette réforme préconisait l'adoption d'une conception plus globale de la santé et des services. Cette nouvelle orientation consistait à accorder une importance accrue aux facteurs psycho-sociaux reliés à la santé et à la dimension préventive. On assista alors à des changements importants au niveau des structures des services de santé par la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des départements de santé communautaire (DSC). Ces changements structuraux furent certes des éléments essentiels pour l'actualisation d'une nouvelle orientation dans les services de santé, mais le succès d'une réforme est aussi conditionnel à l'ouverture d'esprit et à l'engagement des professionnels, à valoriser la philosophie propice et à adopter des comportements qui traduisent cette philosophie à l'intérieur des structures.

Les infirmières constituent près de 30% de l'ensemble des professionnels de la santé au Québec et sont réparties dans la quasi-totalité des secteurs d'activité du réseau des affaires sociales. L'exercice de la profession d'infirmière implique un rapport constant avec les bénéficiaires de tous âges et à tous les stades du continuum santé-maladie. Elles ont donc un rôle déterminant dans l'application de la philosophie préconisée dans les services de santé.

Jusqu'à quel point ce groupe professionnel adhère-t-il à cette nouvelle philosophie et la traduit-il en comportements dans les tâches quotidiennes? C'est à ces questions que cette recherche tente de répondre.

Louise Hagan, inf., M.Sc., est professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, et étudiante au doctorat (Ph.D.) en éducation Université de Montréal; Denise Paul, inf., Ed.D., est professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; et Jean Lambert, inf., Ph.D., est professeur adjoint, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Quelques études traitent des attitudes des infirmières à l'égard de certaines dimensions reliées à l'orientation globale dans leur pratique professionnelle. Davidson et Lauver (1984) soulignent que les infirmières considèrent le support psycho-social et l'éducation santé comme des fonctions inhérentes au rôle de l'infirmière. Une étude menée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1984) auprès des jeunes diplômés(es), révèle que les activités qu'ils (elles) pratiquent le moins dans leur milieu de travail, sont celles qui sont reliées aux dimensions psycho-sociales des soins infirmiers. Cette même étude démontre pourtant que les postes les plus convoités sont ceux qui permettent davantage de contact entre l'infirmière et le bénéficiaire. L'étude de Bradley (1983) démontre que l'établissement d'un environnement thérapeutique, le soin individualisé et la relation infirmière-bénéficiaire sont les dimensions reconnues comme les plus importantes par les infirmières dans leur pratique professionnelle. Allen, Frasure-Smith et Gottlieb (1980) pour leur part font ressortir l'impact du milieu de travail sur l'orientation professionnelle des infirmières. Elles soulignent notamment le fait que les infirmières adoptent une approche plus psycho-sociale dans leurs interventions lorsque le milieu supporte cette philosophie. Rosenthal, Marshall, MacPherson et French (1980) démontrent que les infirmières ont une perception particulière des comportements-problèmes d'origine émotive ou sociale chez les bénéficiaires. Ces infirmières considèrent que ces comportements-problèmes ne relèvent pas du domaine des soins infirmiers. Ces auteurs soulignent les incongruences entre la formation en sciences infirmières, inspirée de la philosophie de l'orientation globale de la santé, et les milieux de pratique professionnelle imprégnée de l'orientation bio-médicale traditionnelle.

Émergence de l'approche globale en sciences infirmières

Le nursing avait à ses origines une conception relativement globale des soins aux malades incluant en plus des aspects biologiques, des aspects psycho-sociaux et environnementaux. Nightingale (1859) était en effet préoccupée par les conditions sanitaires environnantes telles l'aération et la propreté de même que par les façons adéquates d'apporter un réconfort psychologique au patient.

Par ailleurs, comme le mentionne Parse (1981), tout au long de son histoire la formation en nursing a imité la formation en médecine et a par conséquent adopté un modèle de connaissances bio-médical et ce en raison du prestige et du pouvoir que détenait la médecine beaucoup plus solidement organisée comme profession. Ce modèle bio-médical a coexisté avec un modèle global à tendance psycho-sociale pendant plusieurs décennies en soins

infirmiers. En effet, alors que la formation infirmière était constituée en grande partie de cours de pathologie dispensés par des professeurs-médecins, Peplau (1952) écrivait son célèbre volume portant sur les dimensions psychosociales de la maladie et de la relation infirmière-client.

Henderson et Nite (1955) publiaient de leur côté une théorie des besoins fondamentaux de la personne. Leur vision des soins infirmiers était alors l'assistance du patient ou même sa suppléance lorsque nécessaire dans la satisfaction de ses 14 besoins de base dont 9 besoins étaient davantage physiques et 5 psychologiques.

La décennie suivante a vu croître et se préciser la dimension psycho-sociale avec des auteures telles Orlando (1961), Travelbee (1969), Ujheley (1968), et Wiedenbach (1964).

Au cours des années 1970, cette préoccupation pour le psycho-social s'est intégrée à des modèles bio-psycho-sociaux de soins infirmiers avec les publications d'Orem (1971), Roy (1976). Elle est ensuite devenue de plus en plus globale voire même holistique chez Krieger (1981), Newman (1979), Paterson et Zderad (1976), Rogers (1970) et plusieurs autres. La conception holistique unifie en un tout plus grand que la somme de ses parties les aspects bio-psycho-sociaux et considère l'individu dans sa relation constante avec son environnement.

Cadre théorique

L'orientation globale des soins infirmiers et de la santé s'apparente aux termes anglais "comprehensive care" ou "holistic health". L'étymologie du terme "holistic" vient du grec "holos" qui signifie la totalité ou la complétude d'une chose. Bauman, Brint, Piper, et Wright (1978) précisent des balises nous permettant de distinguer l'orientation globale ou holistique de l'orientation bio-médicale traditionnelle. La différence dans ces deux courants de pensée réside essentiellement dans les méthodes et techniques de traitement, dans le mode relationnel avec le bénéficiaire, et dans la perception de la santé et de la maladie. Bauman et al. (1978), Capra (1983), Ferguson (1981), et Frank (1981) sont parmi les auteurs, ceux qui nous ont permis d'opérationnaliser les principales distinctions entre le courant de pensée bio-médical et le courant holistique ou global. Pour une description plus détaillée de ce cadre théorique le lecteur est prié de se référer à un article précédent (Paul, Hagan & Lambert, 1985a).

But de l'étude

Le but de cette étude était d'évaluer chez les infirmières du Québec, leur niveau d'adhésion au concept d'orientation globale de la santé.

Questions de recherche:

1. Quelles sont les attitudes des infirmières du Québec à l'égard de l'orientation globale de la santé?

2. Quel est le degré d'implication des infirmières à adopter dans leur pratique professionnelle, des comportements qui s'inscrivent dans une orientation globale de la santé?

3. Existe-t-il un lien entre les caractéristiques démographiques, éducationnelles, occupationnelles et organisationnelles des infirmières et leur degré d'adhésion à l'orientation globale de la santé?

Définition des variables étudiées

Dans cette recherche les attitudes à l'égard de l'orientation globale sont définies en termes de niveaux d'accord et de désaccord avec certaines croyances inhérentes à l'orientation globale de la santé. Ces croyances sont reliées aux catégories de concepts qui définissent l'orientation globale, notamment:

- la définition de la santé et de la maladie,
- le pouvoir de décision accordé au bénéficiaire,
- la connaissance par le bénéficiaire de son état de santé,
- la multidisciplinarité,
- l'exploration et l'intervention sur les dimensions psycho-sociales des problèmes de santé,
- le potentiel d'autonomie du bénéficiaire.

Le degré d'implication des infirmières à adopter dans leur pratique professionnelle, des comportements qui s'inscrivent dans une orientation globale de la santé est mesuré par la fréquence des comportements qui traduisent l'orientation globale notamment:

- les comportements qui favorisent la prise en charge par le bénéficiaire de sa santé,
- les comportements qui démontrent une relation d'aide,
- les comportements de promotion de la santé.

Les caractéristiques démographiques sont l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, les niveaux de scolarité du père et de la mère, la taille de la localité où l'infirmière exerce sa profession, le pays d'origine.

Les caractéristiques éducationnelles sont l'année d'obtention du permis, d'exercice de la profession d'infirmière, la formation initiale en soins infirmiers, la formation ultérieure (1er, 2e, 3e cycle).

Les caractéristiques occupationnelles sont le statut de travailleur (plein temps, temps partiel), type d'occupation, cadre ou non cadre, champ d'activité (unité de médecine, unité d'obstétrique, etc...).

Les caractéristiques organisationnelles sont le secteur de pratique (centre hospitalier, centre d'accueil, santé communautaire), milieux de formation.

Méthode

Population et échantillon

Cette étude descriptive a été réalisée sur un échantillon aléatoire systématique et stratifié de 954 sujets, constitué à partir du fichier informatisé de la population d'infirmières francophones inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en 1983 (l'inscription au tableau de l'OIIQ est obligatoire pour pratiquer la profession). Les strates utilisées sont le sexe, la formation en soins infirmiers, et le domaine d'exercice professionnel. La taille de l'échantillon a été déterminée pour assurer dans chaque strate une erreur relative d'au plus 2% avec un seuil de confiance de 95% lors de l'estimation des valeurs populationnelles.

Instrument de mesure

Le questionnaire qui a été construit est constitué d'une échelle de type Likert de 36 énoncés mesurant les attitudes et dont les quatre classes ordinales varient de "fortement d'accord" à "fortement en désaccord". La fréquence des comportements est mesurée sur une échelle ordinale à quatre dimensions dont les valeurs varient de "à peu près jamais" à "à peu près toujours". Des questions fermées à choix multiples ont permis de recueillir des informations sur les variables démographiques, éducationnelles, occupationnelles et organisationnelles.

Validité

Deux épreuves ont permis de jauger la validité de contenu de l'instrument: une première a été faite chez un groupe de 16 infirmières connues personnellement des auteurs. Ces personnes représentaient une diversité dans les champs d'exercice de la profession (enseignement, milieu communautaire, santé mentale, milieu clinique) et avaient un dénominateur commun, c'est-à-dire que toutes étaient reconnues comme des infirmières adhérant aux valeurs qui sous-tendent l'orientation globale de la santé. Une deuxième épreuve a été

Tableau 1

Distribution des moyennes ($\bar{x}$), écart-types (E.T.), étendues et intervalles de confiance (I.C.) des scores pour chaque catégorie de concepts de l'orientation globale.

N = 792				
Catégories de concepts	($\bar{x}$)	E.T.	Etendue	I.C.(0.95)
Attitude globale	3.17	0.28	2.07-3.96	3.15-3.19
Conception qu'a l'infirmière de la santé et de la maladie	2.74	0.47	1.00-4.00	2.70-2.77
Le pouvoir de décision du patient	2.84	0.49	1.67-4.00	2.80-2.87
La connaissance par le patient de sa maladie ou de son problème de santé	3.34	0.45	1.75-4.00	3.31-3.38
La multidisciplinarité dans l'investigation et le traitement des problèmes de santé	3.24	0.56	1.25-4.00	3.20-3.28
L'exploration et l'intervention sur les dimensions psycho-sociales des problèmes de santé	3.37	0.39	1.83-4.00	3.34-3.40
Potentiel de prise en charge par le patient de sa santé	3.38	0.42	1.40-4.00	3.35-3.40

faite chez un groupe de 60 infirmières de divers niveaux de formation et qui comptent un nombre varié d'années d'expérience dans divers domaines d'exercice de la profession.

Nous avons recueilli leurs opinions quant à la nature des concepts mesurés et à la pertinence de la classification de ces concepts dans les catégories de concepts de l'orientation globale. La validité de construction fut assurée par une analyse factorielle faite sur l'ensemble des répondants, qui a permis d'adopter une classification définitive en six catégories d'énoncés mesurant les attitudes, et trois catégories de comportements.

Fidélité

Un test-retest à une semaine d'intervalle a été effectué sur un échantillon de 33 infirmières. En présence de distributions de fréquences très asymétriques pour les items, l'indice de concordance mesuré par la proportion des réponses identiques, a été préféré à la statistique Kappa. En ce qui concerne les résultats du prétest, l'indice de concordance moyen ($\pm$ écart-type) fut de 0.65 ± 0.09 et 0.60 ± 0.10 pour les attitudes et comportements respectivement. Sans distinction entre les catégories extrêmes (i.e. "fortement d'accord" versus "d'accord", et "fortement en désaccord" versus "en désaccord"), l'indice de concordance augmente à 0.89 ± 0.08 et 0.81 ± 0.10 pour les attitudes et comportements respectivement. Ces résultats peuvent être considérés comme acceptables vu la nature du problème.

Résultats

Un total de 792 questionnaires ont été analysés, soit un taux de réponse de 83%. Les non-répondants se répartissent de façon homogène considérant les strates d'intérêt.

Attitudes des infirmières à l'égard de l'orientation globale de la santé

En ce qui concerne l'attitude globale, 219 infirmières (27.7%), sont fortement en désaccord ou en désaccord avec les énoncés, alors que 573 (72.3%) sont d'accord ou fortement d'accord avec les énoncés. Le tableau I indique la distribution des moyennes, écarts-types, étendues et intervalles de confiance pour l'ensemble des attitudes et pour chaque catégorie de concepts de l'orientation globale.

Comportements des infirmières à l'égard de l'orientation globale dans leur pratique professionnelle

Parmi les 792 répondants, 646 (81.6%) exercent actuellement la profession directement auprès des bénéficiaires, tandis que 146 (18.4%) travaillent dans

Tableau 2

Distribution des moyennes (x), écart-types (E.T.), étendues et intervalles de confiance (I.C.) de la fréquence des comportements des infirmières à l'égard de l'orientation globale

N = 646				
	(x)	E.T.	Etendue	I.C.(0.95)
Comportement global	2.73	0.54	1.29-4.00	2.69-2.77
Comportements facilitant la prise en charge par le patient de sa santé	2.62	0.67	1.00-4.00	2.57-2.67
Comportements traduisant la relation d'aide de l'intervenant avec le patient	3.04	0.57	1.40-4.00	3.00-3.09
Comportement de promotion de la santé chez le patient	2.43	0.76	1.00-4.00	2.37-2.49

des secteurs de soins sans contact direct, constant avec les bénéficiaires (ex.: coordonnateur de programme, enseignants, etc..) Le tableau 2 indique la fréquence des comportements qui s'inscrivent dans l'orientation globale pour les infirmières (N=646) qui travaillent directement auprès des bénéficiaires.

Lien entre les caractéristiques des répondants et leur degré d'adhésion à l'orientation globale

Afin d'étudier le lien entre les caractéristiques des répondants et leur degré d'adhésion à l'orientation globale, des modèles de régressions multiples ont été ajustés pour chacune des variables dépendantes, i.e. les attitudes et les comportements. Suite aux analyses habituelles sur les valeurs résiduelles, ces

Tableau 3

Influence positive (+) et négative (-) des caractéristiques des répondants sur leurs attitudes et leurs comportements

Caractéristiques	Attitudes			Comportements			
	Ensemble des attitudes	Multidisciplinarité	Prise de décision du patient	Ensemble des comportements	Facilitant la prise en charge	Relation d'aide	Promotion de la santé
A) Socio-démographiques							
Sexe (Femme)		+		+		+	+
Age (an)	-	-	-				
B) Educationnelles, occupationnelles, organisationnelles							
Form. init. (univ.)	+	+	+				+
Diplôme sc. inf.							
(Ph.D.-M.Sc.)	+		+				
(B.Sc.)	+	+	+				
(certificat)	+	+					
Statut actuel							
(part., occas.)				-		-	-
Occupation							
(soignante)	-		-		-		
(enseignante)	+	+	+	+	+	+	
Secteur de pratique							
(CH)				-	-	-	-
(DSC-CLSC)	+		+	+	+	+	+
Activité actuelle							
(CH, méd., chir.)		-		-			
(SMI)							+
(psych.)						+	+
(p. âgées, long t.)				-	-		
(santé communaut.)		+					+

modèles ont démontré qu'une grande partie des attitudes s'expliquent difficilement par les caractéristiques des répondants. Des pourcentages de variance de chaque attitude expliquée par des caractéristiques varient de 5.1% à 14.4%. Les comportements s'expliquent davantage que les attitudes par les caractéristiques des répondants avec un pourcentage de variance variant de 19.1% à 38.9%.

Seuls les modèles qui expliquaient au moins 10% de la variance de la variable dépendante ont été considérés. Le tableau 3 présente l'effet des principales caractéristiques qui ont une influence sur chaque attitude ou comportement en terme de contribution positive ou négative, pour ces derniers modèles (3 attitudes, 4 comportements).

Discussion

Les résultats de cette étude indiquent qu'une grande proportion d'infirmières du Québec ont une attitude positive à l'égard d'une orientation globale dans leur pratique professionnelle. En effet 72.3% des répondants sont d'accord et parfois fortement d'accord avec les énoncés alors que 27.7% se disent en désaccord et parfois fortement en désaccord avec les énoncés lorsque ceux-ci sont considérés globalement. Certains concepts semblent moins favorisés que d'autres par les infirmières, notamment la perception de la santé et de la maladie et le pouvoir de décision du bénéficiaire. (cf. Tableau 1)

Ces dimensions de l'orientation globale sont assez récentes dans la littérature (Capra 1983; Ferguson, 1981; Krieger, 1981) et n'ont pas été explicitement définies dans le rapport Castonguay-Nepveu. Il est plausible de croire que les infirmières soient davantage en accord avec les croyances véhiculées par la réforme de la santé des années 1970, et moins imprégnées des croyances plus récentes qui ont élargi la philosophie de l'orientation globale, si l'on considère que la majorité des infirmières reçoivent une formation plus technique que philosophique, donc moins en contact avec les courants de pensée plus avant-gardistes.

En ce qui concerne l'attitude partagée des infirmières à l'égard du pouvoir de décision du patient, on peut se demander si la longue domination de la profession médicale comme décrite par Parse (1981), n'exerce pas encore aujourd'hui une influence sur un certain nombre d'infirmières. Peut-être faut-il accepter que l'accession à l'autonomie professionnelle se fasse par étape et que les effets d'incitation au conformisme qui régnait il y a vingt ans dans la formation infirmière (Paul, 1980) soient lents à disparaître. Une étude du modèle explicatif de la dimension: "Pouvoir de décision du patient" (Tableau 3) nous révèle à ce sujet que l'âge a une corrélation négative avec cette dimension alors que la formation universitaire présente une corrélation

positive. Même si ces résultats doivent être considérés avec réserve en raison du faible pourcentage de variance (14.4%), expliqué par l'ensemble des caractéristiques socio-démographiques, éducationnelles, occupationnelles et organisationnelles, il n'en demeure pas moins que ces résultats semblent confirmer l'influence conformiste de la formation antérieure et l'influence autonomiste de la formation universitaire. Le type d'occupation et le secteur de pratique semblent aussi reliés à cette dimension. Être soignant est relié négativement au pouvoir de décision du patient alors qu'être enseignant ou oeuvrer en milieu communautaire y sont reliés positivement.

Si les infirmières ont en général, une attitude positive à l'égard de l'orientation globale, elles n'adoptent pas pour autant les comportements qui s'inscrivent dans cette orientation à une fréquence aussi élevée (Tableau 2). L'écart entre les attitudes et les comportements proviendrait-il de l'écart entre l'idéologie véhiculée dans les milieux éducatifs et la réalité vécue dans les services de santé?

Le comportement "Promotion de la santé" s'explique davantage (38.9%) par les caractéristiques des répondants. Il semble que le fait de travailler en milieu communautaire ou en psychiatrie favorise l'adoption de comportements de promotion de la santé alors que le fait de travailler en milieu hospitalier exerce une influence négative sur ce comportement. En cela nos répondants ressemblent aux répondants de l'étude d'Allen et al. (1980) qui souligne l'influence déterminante du milieu de pratique sur le modèle de dispensation des soins infirmiers.

Cette différence entre les attitudes et les comportements nous semble refléter une réalité de la profession infirmière. En effet, il est plausible de croire que les infirmières valorisent l'orientation globale et que plusieurs obstacles s'opposent à traduire ces attitudes en comportements. Les répondants ont d'ailleurs explicité ces obstacles comme étant reliés aux conditions de travail, et au pouvoir décisionnel des infirmières dans les structures organisationnelles. Cette interprétation appelle toutefois une certaine prudence car le biais de désirabilité sociale dans les mesures d'attitudes pourrait aussi expliquer cette différence entre les attitudes et les comportements (Oppenheim, 1966; Paul, Hagan, & Lambert, 1985b).

Il est possible que la majorité des infirmières valorisent l'orientation globale peu importe leurs caractéristiques propres et que certains types d'infirmières, adoptent les comportements qui traduisent cette orientation. En effet, la formation en soins infirmiers qu'elle soit de niveau collégial ou universitaire, milite en faveur de cette orientation. Le courant de pensée véhiculé par la réforme des services de santé et la littérature nord-américaine en sciences de la santé, sont également des facteurs qui peuvent influencer les attitudes de l'ensemble des infirmières du Québec.

Certains aspects d'ordre méthodologique doivent toutefois être considérés dans l'interprétation du peu de variance sur les attitudes. Les concepts qui ont servi à définir l'orientation professionnelle ne représentent peut-être pas un échantillon valable pour cerner les attitudes des infirmières à l'égard de l'orientation globale.

L'analyse factorielle qui a servi à regrouper les énoncés dans chacun des concepts n'a peut-être pas réussi à fournir une classification valide de ces concepts, mais plutôt à regrouper les énoncés selon un facteur inconnu tel par exemple, la force de l'affirmation ou la spécificité des items.

Les modèles de régression choisis ne sont peut-être pas les modèles explicatifs les meilleurs pour vérifier la valeur prédictive des caractéristiques des répondants: la méthode utilisée, à savoir l'inclusion hiérarchique monotone, n'étudie en effet qu'un sous-ensemble restreint de modèles.

Dans le cas des comportements, le choix des caractéristiques des répondants s'avère peut-être meilleur. En effet les variables organisationnelles et occupationnelles sont susceptibles d'influencer les comportements des infirmières, si on se réfère aux commentaires des infirmières dans cette étude. Les facteurs sont en effet identifiés comme des obstacles possibles à l'orientation globale. Il est donc permis de croire que la structure organisationnelle et le secteur d'activité des infirmières permettent plus ou moins l'adoption de comportements.

Bien que le pourcentage de variance expliqué soit peu élevé en ce qui concerne les attitudes et plus important pour certains comportements, il demeure que pour les modèles de régression choisis, certaines caractéristiques expliquent davantage les attitudes et les comportements. Les liens doivent être interprétés avec prudence mais peuvent suggérer des hypothèses intéressantes qui mériteraient d'être vérifiées. Parmi ces hypothèses, l'impact du niveau de formation initiale en soins infirmiers serait particulièrement intéressant à vérifier sur les comportements qui traduisent une orientation globale dans la pratique professionnelle des infirmières. Le débat actuel sur la pertinence de la formation universitaire pour répondre davantage aux besoins de la population pourrait de ce fait être davantage documenté. Il serait également impératif de cerner de façon plus rigoureuse l'influence de la structure organisationnelle et du statut de travail sur les comportements des infirmières. Ces données permettraient d'orienter des changements organisationnels chez des groupes cibles tout en tenant compte du mouvement de rationalisation des ressources. Finalement, il serait fort intéressant de comparer l'orientation professionnelle des collègues des autres professions à celle des infirmières pour comprendre davantage le contexte de travail de ces dernières. Il est plausible de croire à une dissonance cognitive assez marquée chez les infirmières pour la plupart intégrées dans une équipe

de travail où les objectifs poursuivis et les pouvoirs décisionnels sur les interventions et l'organisation varient considérablement. Cette dissonance explique peut-être l'écart entre les attitudes et les comportements des infirmières à l'égard de l'orientation globale.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen, M., Frasure-Smith, N., & Gottlieb, L. (1980). *Models of nursing practice in a changing health care system: A comparative study in these ambulatory care settings*. Projet de recherche subventionné par Santé et Bien-Etre Canada, no 605-1234-46, Université McGill, Montréal, Qc.
- Bauman, E., Brint, A.I., Piper, L., & Wright, P.A. (1978). *The holistic health handbook*. California: Berkeley Press.
- Bradley, J.C. (1983). Nurses' attitudes toward dimensions of nursing practice. *Nursing Research*, 32, 110-114.
- Capra, F. (1983). *Le temps du changement*. Monaco: Editions du rocher.
- Davidson, R.A., & Lauver, D. (1984). Nurse practitioner and physician roles: Delineation and complementarity of practice. *Research in Nursing and Health*, 7 (1), 3-9.
- Ferguson, M. (1981). *Les enfants du verseau*. France: Calmann-Levy.
- Frank, J. (1981). Holistic medicine: A view from the fence. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 149, 222-227.
- Krieger, D. (1981). *Foundations for holistic health nursing practices*. Philadelphia: Lippincott.
- Henderson, V., & Nite, G. (1955). *Principles and practice of nursing*. New York: Macmillan.
- Newman, M. (1979). *Theory development in nursing*. Philadelphia: Davis.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing*. London: Harrison.
- OIIQ. (1984, octobre). *Enquête sur l'exercice de la profession par les infirmières et infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1981*.
- Oppenheim, A.N. (1966). *Questionary design and attitude measurement*. London: Heinemann.

- Orem, D.E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw Hill.
- Orlando, Ida. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Putnam.
- Parse, R.R. (1981). *Man - living - health - A theory of nursing*. New York: Wiley Medical.
- Paterson, J., & Zderad, L. (1976). *Humanistic nursing*. New York: Wiley Biomedical.
- Paul, D. (1980). La théorie du développement de l'égo et son utilité pour la profession. *L'infirmière canadienne*, 22 (6), 22-25.
- Paul, D., Hagan, L., & Lambert, J. (1985a). Etude descriptive des attitudes et comportements des infirmières du Québec à l'égard de l'orientation globale de la santé et des facteurs associés à ces attitudes et comportements. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, RS-655-582-1, Volet infirmières.
- Paul, D., Hagan, L., & Lambert, J. (1985b). Au-delà du malade. *Nursing Québec*, 5 (7), 18-23.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putman.
- Rogers, M. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Rosenthal, C.J., Marshall, V.W., MacPherson, A.S., & French, S.E. (1980). *Nurses patients and families*. New York: Springer.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. New-Jersey: Prentice-Hall.
- Ujheley, G. (1968). *Determinants of nurse patient relationship*. New York: Springer.
- Travelbee, J. (1969). *Intervention in psychiatric nursing*, Philadelphia: Davis.
- Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing: A helping art*. New York: Springer.

ABSTRACT

Attitudes and Behaviours of Quebec Nurses Towards Holistic Health

Attitudes and behaviours of nurses towards holistic health were studied from a stratified random sample of 954 subjects in Quebec. A questionnaire with a Likert scale of 36 attitude items and 14 behaviour items was designed and tested for its reliability and validity. A total of 792 respondents (83%) completed the mailed questionnaire. Nurses scored higher on attitudes than on behaviours. Some attitudes were also scored higher than others. Scores on perception of health and illness and on the patient's decision power were less high. Nurses do not practice holistic health to the same extent as they value it. Regression analyses show that some of the circumstances characteristics of nurses can be useful to predict some of their attitudes and behaviours; namely, sex, age, education at the bachelor degree, occupation, and work setting. Methodological issues are discussed for the choice of the concepts, for the low level of explained variance, and for the value of the instrument.

Nurses, Nurse Educators and Nurse Researchers
in all areas of practice are invited to a conference

Research and You
The Future is Now:
Nursing Research in Action

The Westin Hotel, Edmonton, Alberta
May 28 & 29, 1987

Call for Abstracts

Research and theoretical papers (20 minutes in length) will be presented in concurrent sessions. Poster presentations of ongoing research will also be accepted. Abstracts should not be more than two pages (double-spaced) including title, author's name and affiliation. Nurses whose abstracts are accepted will pay a reduced conference registration fee.

Deadline for submission: November 14, 1986

Mail abstracts to
Judy Wry, RN, MEd
Room 2220
Nursing Education & Research
University of Alberta Hospitals
Edmonton, Alberta T6G 2B7

Sponsored by
NRSAC
Nursing Research & Scholarly
Activities Committee
Division of Nursing