

# PERTES ET MENACES PERÇUES PAR LES PERSONNES AGÉES A L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS CORONARIENS

Nicole Guinard-Lachance et Jacqueline Laurin

Le stress psychologique et les réactions émotives des personnes âgées hospitalisées en soins aigus sont peu connus. Pourtant ces états peuvent compromettre les traitements médicaux les plus au point ou compromettre la réadaptation de l'individu âgé vers son indépendance physique, psychologique ou sociale.

L'hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et l'infarctus du myocarde sont reconnus pour leur effet stressant. Plusieurs études, du point de vue médical et infirmier, ont démontré l'importance d'identifier et de pallier au plus tôt à cette situation stressante pour les malades de tout âge (Granger, 1974; Pancheri et al., 1978).

Un nombre toujours croissant de personnes âgées se retrouvent dans les unités de soins intensifs médicaux et coronariens à cause d'une maladie aiguë ou à cause de l'exacerbation d'une maladie chronique (Campion et al., 1981). Pourtant, Wolanin (1984) affirme que les soins intensifs aux personnes âgées sont présentement à la frontière des connaissances infirmières. L'infirmière (sous-entend le masculin) doit connaître ce que les personnes âgées identifient comme sources de stress, si elle veut offrir à cette population une suppléance professionnelle adéquate.

Selon Lazarus (1980), le stress psychologique, pour tout être humain, découle de la transaction entre une situation et la perception de cette situation par la personne concernée. Cette perception en est une de perte (harm/loss), de menace (threat) ou de défi (challenge).

Nicole Guinard-Lachance, M.Sc. est responsable en administration des soins du secteur médecine à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal. Jacqueline Laurin, D.N.Sc. est professeur agrégée à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

## ***But de l'étude***

Le but de cette étude descriptive est d'identifier les pertes et les menaces qui sont perçues par les personnes âgées hospitalisées à l'unité de soins intensifs coronariens, à la suite d'un infarctus du myocarde et d'en mesurer leur intensité.

## **Questions de recherche**

Quelles sont les pertes perçues par les personnes âgées hospitalisées à l'unité de soins intensifs coronariens, en rapport avec leur vieillesse, leur hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et leur infarctus du myocarde?

Quelles sont les menaces perçues par les personnes âgées, en rapport avec leur vieillesse, leur hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et leur infarctus du myocarde?

## **Recension des écrits**

Le cadre de référence retenu dans cette étude, est la théorie du stress psychologique de Lazarus (1980) et de Lazarus et Folkman (1984). Il a permis de classer les pertes et les menaces perçues par les personnes âgées, en relation avec leur vieillesse, leur hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et leur infarctus du myocarde.

## ***Pertes et menaces liées à la vieillesse***

Kane, Ouslander et Abrass (1984) disent que la vieillesse est caractérisée par une variété d'altérations dans la vie. C'est un temps de pertes: rôle social, revenu, époux, parents et amis (par décès ou invalidité). Burnside (1973) rapporte que, parmi les pertes physiques, la perte de mobilité, parce qu'elle signifie l'isolement physique et sociale, affecte au plus haut point l'indépendance de la personne. Les pertes sensorielles, surtout de la vision et de l'audition, entraînent aussi l'isolement et ont des répercussions psychologiques sur les personnes âgées (Burnside, 1981). Le changement de l'image corporelle précipite certaines personnes âgées dans une réaction de choc et d'incrédulité lorsque le reflet du miroir est celui d'un vieillard (Butler et Lewis, 1982).

Les pertes sociales sont en grande partie liées à la retraite: perte de revenu, du rôle social, du style de vie, de l'interaction avec les compagnons de travail, du statut social, du prestige et de l'estime de soi (Palmore et al., 1979; George et al., 1984).

Kane, Ouslander et Abrass (1984) disent que la vieillesse est aussi un temps de menaces: peur pour la sécurité personnelle, la sécurité financière et peur de la dépendance. Palmore (1979) dit qu'une accumulation de pertes et de menaces multiplie les effets psychologiques. Selon ces auteurs, la personne âgée "à risque" est celle ayant expérimenté plusieurs événements stressants dans un temps assez court, et la plus "fragile", celle qui a peu de ressources physiques, psychologiques et sociales pour composer avec ces pertes et ces menaces.

### ***Pertes et menaces lors d'une hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens***

L'hospitalisation a un impact psychologique reconnu chez les malades. Kornfeld (1979) croit que la reconnaissance de cet impact n'est pas seulement humanitaire mais une nécessité médicale à cause des changements cliniques importants.

Certaines pertes et menaces entraînées par l'hospitalisation de la personne âgée sont identifiées: les préoccupations personnelles menaçantes pour des êtres chers (Davies et Peters, 1983), la peur de la dépendance (Jackson, 1984), l'environnement étranger de l'hôpital (Jeans, Mackenzie et Taylor, 1983). Par ailleurs, l'investigatrice n'a trouvé aucun résultat de recherche relatif aux pertes et aux menaces perçues spécifiquement par les personnes âgées hospitalisées à l'unité de soins intensifs coronariens.

Davis (1972) mentionne que les éléments stressants de l'hospitalisation sont communs à tous les patients en général mais qu'en plus, dans le contexte de l'unité de soins intensifs coronariens, ces éléments sont grandement amplifiés. Pour elle, quatre grandes catégories de stress influencent la sécurité émotionnelle des patients hospitalisés à l'unité de soins intensifs coronariens: l'entrée et la sortie de l'unité, la nature de l'environnement, la nature de la maladie et l'interaction avec l'équipe soignante.

A l'unité de soins intensifs coronariens, l'admission peut signifier la perte d'un monde familier et la menace de l'inconnu (Roberts, 1980); le transfert lui, est une expérience de séparation avec quelquefois un sentiment de rejet (Roberts, 1976). L'environnement même de cette unité représente une privation sensorielle (Chodil et William, 1970) et une perte de contrôle (Roberts, 1976). Pour ce qui est de l'interaction avec un personnel plus jeune (Goebel, 1982), si la communication est inadéquate, elle peut entraîner la dépersonnalisation et la déshumanisation de la personne âgée.

### ***Pertes et menaces lors d'un infarctus du myocarde***

Les pertes et les menaces liées à la maladie ont suscité de nombreux écrits. La maladie grave dérange la stabilité d'une personne, disent Moos et Tsu

(1977). La séparation d'avec la famille et les amis, la perte des rôles dans sa vie, les changements permanents dans sa fonction corporelle ainsi qu'un avenir incertain et imprévisible en sont les éléments responsables. Les pertes sociologiques, spécialement le manque d'attaches et de ressources interpersonnelles, sont attribuées aux malades cardiaques de tout âge (Berkman, 1982). La menace par l'infarctus du myocarde même, est une menace de mort à laquelle l'individu doit faire face avec passivité (Moos, 1977). C'est aussi une menace de baisse de qualité de la vie (Roberts, 1976). D'autres menaces et pertes plus concrètes sont perçues par les victimes: douleur, symptômes physiologiques intenses, conséquences de leur survie ou de leur mort (Thomas et al., 1983).

## La méthode

### *Définitions opérationnelles des principaux termes*

**Stress psychologique:** Tel que défini par Lazarus (1980), le stress psychologique est un état mental référant à une évaluation cognitive, c'est-à-dire au jugement d'une demande, par la personne concernée, sur le potentiel d'atteinte à son bien-être. Cette demande externe ou interne peut être considérée comme A) une perte, B) une menace.

**A. Perte:** Dommage déjà encouru, telle que blessure ou maladie, perte de l'estime de soi, de l'estime sociale, perte d'une personne significative etc... (Lazarus, 1980), lié à la vieillesse, à l'hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens ou à l'infarctus du myocarde. La perte peut être temporaire ou permanente. Chaque perte porte aussi en elle une menace pour le futur.

Dans cette étude, une perte est considérée comme perçue lorsque le sujet indique que le contenu d'une question, catégorisée perte, le préoccupe un peu ou beaucoup.

**B. Menace:** Dommage évitable ou inévitable mais qui n'est pas encore arrivé (Lazarus, 1980), lié à la vieillesse, à l'hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens ou à l'infarctus du myocarde.

Dans cette étude, une menace est considérée comme perçue lorsque le sujet indique que le contenu d'une question, catégorisée menace, le préoccupe un peu ou beaucoup.

**Intensité:** Valeur de la force avec laquelle, par exemple, une situation est perçue. Dans cette étude, l'intensité est la valeur donnée à la force de perception d'une perte ou d'une menace par le sujet.

## ***Instruments de collecte des données***

Deux instruments servent à cette étude. Le premier est un instrument sur les préoccupations des personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens et le deuxième est un questionnaire court sur le statut mental des personnes âgées (QCSMPA). Une liste de renseignements généraux complète cette section.

***Instrument sur les préoccupations des personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens.*** L'instrument sur les préoccupations des personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens a été développé par Guinard (1987). Le questionnaire comprend un inventaire de 61 pertes ou menaces et est divisé en trois dimensions: 25 questions pour la dimension vieillesse, 23 questions pour la dimension hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et 11 questions pour la dimension infarctus du myocarde. Chaque dimension comprend aussi des éléments différents. Il s'agit pour la vieillesse et pour l'infarctus du myocarde de pertes et de menaces physiques et psychologiques. Pour la dimension hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens, les pertes et les menaces sont liées aux préoccupations personnelles, à l'entrée et à la sortie de cette unité, à l'environnement de l'unité et finalement à l'interaction avec le personnel.

Le questionnaire a été administré entre quatre et 14 jours post-infarctus, c'est-à-dire le jour précédent ou suivant la sortie du malade de l'unité de soins intensifs coronariens. Chaque question fut présentée au sujet, imprimée en gros caractères afin d'en faciliter la lecture pour des personnes âgées et sur carte individuelle de couleur différente selon la dimension. Cette stratégie des cartes est suggérée par Gibson et Aitkenhead (1983), les personnes âgées seraient moins familières que les plus jeunes avec les formats de questions à choix multiples et auraient besoin de plus d'indices que ce qui est offert habituellement. Le temps requis pour répondre aux questions a varié entre 30 et 60 minutes.

Afin que les sujets comprennent bien les questions, le mot "préoccupation" est utilisé pour définir "perte" ou "menace". Chaque carte comprend donc une question touchant une préoccupation possible et le sujet a deux choix de réponse: "oui" ou "non". Si "oui", les sous-réponses peuvent être "un peu" ou "beaucoup"; si "non", les sous-réponses peuvent être "pas du tout" ou "sans objet". Pour fin d'analyse, certaines valeurs ont été attribuées à chacune des sous-réponses. Ainsi, la réponse "oui beaucoup" vaut 2; la réponse "oui un peu" vaut 1 et les réponses du côté "non" valent 0. A partir de ces valeurs, des moyennes d'intensité obtenues par le groupe pour chacun des éléments, furent calculées de la façon suivante: des échelles entre 0 et 1 pour chaque sujet ont été formées à partir de leurs réponses. Par exemple, si pour l'élément "pertes physiques liées à la vieillesse", un sujet répond "oui

beaucoup" à toutes les questions de cet élément, il obtient le score maximum de 1. Par contre, si un sujet répond "non" à toutes les questions de cet élément, il obtient le score minimum de 0. Tous les scores entre 0 et 1 sont donc possibles. Les données ont été traitées par le test bilatéral de Student pour données appariées, sur ordinateur à l'aide du logiciel S.P.S.S..

La validité nominale et la validité de contenu du questionnaire sur les préoccupations des personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens ont été décrites dans le document original (Guinard, 1987). Aucun test de fidélité du questionnaire n'a encore été effectué. Une autre limite méthodologique consiste dans le fait que le questionnaire dépend exclusivement des réponses subjectives des sujets avec tous les problèmes associés possibles: falsification rétrospective, mémoire inadéquate, conformité sociale, ambiguïté du langage etc.

**Questionnaire court sur le statut mental des personnes âgées (QCSMPA):** L'évaluation de la capacité mentale des sujets a été déterminée par la traduction libre du "Short portable mental status questionnaire for the elderly" (SPMSQ), effectuée par l'investigatrice et soumise à trois personnes bilingues: une infirmière et deux personnes d'un autre milieu professionnel.

Cet instrument fut développé par Pfeiffer (1975). Deux raisons ont motivé l'investigatrice pour cette évaluation: premièrement, la capacité cognitive de l'individu est déterminante par rapport à la perception du stress et deuxièmement pour assurer une certaine homogénéité de l'échantillon.

Pfeiffer élaborera dix questions, dont sept testent l'orientation de la personne. Des autres trois items étudiés, l'un vérifie la mémoire fonctionnelle surtout par rapport à la capacité de s'occuper adéquatement de soi-même, l'autre est un test de la mémoire de faits anciens et le dernier item évalue la capacité de réussir des opérations mentales. Pfeiffer identifia quatre sous-groupes correspondant à quatre portées de résultats: intact (0-2 erreurs), légèrement atteint (3-4 erreurs), modérément atteint (5-7 erreurs) et sévèrement atteint (8-10 erreurs) dans la capacité intellectuelle.

Les sujets de l'étude ont tout d'abord répondu à ce questionnaire présenté par l'investigatrice. Seules les données fournies par ceux qui se sont qualifiés comme intact/légèrement atteints intellectuellement ont été considérées.

**Liste de renseignements généraux:** Une liste de renseignements généraux comprend vingt items divisés en caractéristiques socio-démographiques et en caractéristiques liées à l'histoire médicale des sujets. Ces renseignements sont nécessaires afin de décrire l'échantillon de l'étude et furent recueillis à partir du dossier médical et complétés par l'entrevue.

## ***Milieu***

L'étude s'est déroulée dans trois centres hospitaliers universitaires francophones de Montréal, après avoir obtenu la permission de la direction des soins infirmiers et l'approbation de comités d'éthique. Il a été nécessaire de recourir à ces différents centres à cause de la rareté des sujets au moment de la collecte des données.

La recherche a été présentée aux sujets comme une étude cherchant à améliorer les soins infirmiers à l'unité de soins intensifs coronariens en connaissant mieux notre clientèle. L'investigatrice s'est présentée aux sujets avec une lettre de demande de participation de la personne. Cette lettre précisait clairement le fait que la personne était entièrement libre de participer à la recherche ou non et sur le fait que si elle acceptait, elle était libre de se retirer en tout temps. Evidemment, la confidentialité des renseignements fournis lui a été assurée. Un formulaire de consentement à signer par les répondants accompagnait cette lettre.

L'infirmière soignante du malade a été contactée avant l'entrevue pour vérifier auprès d'elle si l'état de santé du sujet permettait l'investigation.

## ***Description de l'échantillon***

Sélectionné avec l'aide des infirmières-chefs des unités concernées, un échantillon de convenance de 30 personnes âgées entre 65 et 81 ans, vivant dans la communauté et ayant séjourné à l'unité de soins intensifs coronariens à cause d'un infarctus du myocarde, ont été questionnées. Il est à noter que le nombre restreint des sujets peut difficilement promouvoir la généralisation des résultats. De plus, au point de vue de la statistique, ce petit nombre de sujets combiné à un grand nombre de variables, limitent les possibilités de résultats significatifs.

## **Résultats**

Pour mieux étudier l'intensité des pertes et des menaces perçues par les sujets, des moyennes ont été calculées et traitées à l'aide du test-t de Student. Nous remarquons au tableau 3, qu'il n'y a aucune différence significative d'intensité entre les pertes liées aux trois différentes dimensions. Par contre, ce même tableau démontre l'existence d'une différence statistiquement significative entre l'intensité des menaces liées à la vieillesse (0,1143) et celles liées à l'infarctus (0,1796) avec une valeur t de -3,02 et une probabilité de 0,005. De plus, il existe aussi une différence significative entre l'intensité des menaces liées à l'hospitalisation (0,1088) et celles liées à l'infarctus (0,1796) avec une valeur t de -2,99 et une probabilité de 0,006.

**Tableau 1**

*Nombre et pourcentage de sujets selon les données socio-démographiques (N=30)*

	N	%		N	%
<i>Groupe d'âge</i>			<i>Temps vécu adresse précédente<sup>1</sup></i>		
65 à 69 ans	16	53.3			
70 à 74 ans	8	26.7			
75 à 81 ans	6	20.0	Moins d'un an	(1)	(3.3)
			1 an à moins de 6 ans	(7)	(23.4)
<i>Sexe</i>			6 ans et plus		
Féminin	17	56.7		(4)	(13.3)
Masculin	13	43.3	<i>Étage du domicile</i>		
<i>Niveau de scolarité</i>			1e étage		
Primaire	12	40.0	2e étage ou plus avec ascenseur	14	46.7
Secondaire	13	43.3	2e étage ou plus sans ascenseur	5	16.6
Collégial	4	13.4			
Universitaire	1	3.3		11	36.7
<i>État civil</i>			<i>Personnes demeurant avec les sujets</i>		
Marié(e)	11	36.7	Aucune	13	43.3
Veuf(ve)	13	43.3	Une	10	33.4
Divorcé(e) ou séparé(e)	4	13.3	2 ou plus	7	23.3
Célibataire	2	6.7	<i>Dependants</i>		
<i>Retraite</i>			Aucun		
Oui	25	83.3	Un	26	86.7
Non	5	16.7	2 ou plus	3	10.0
<i>Occupation présente ou passée</i>			2 ou plus		
Col bleu	11	36.7	<i>Animaux</i>		
Col blanc	7	23.3	Aucun	23	76.7
Professionnel(le)	3	10.0	Un	5	16.6
Ménagère	9	30.0	2 ou plus	2	6.7

Tableau 1 continué

	N	%		N	%
<i>Lieu de résidence</i>			<i>Parents avec qui ils ont des contacts réguliers</i>		
Montréal	22	73.3	Aucun	1	3.3
Banlieue de Montréal	7	23.4	5 ou -	15	50.0
Autre	1	3.3	6 ou +	14	46.7
<i>Temps vécu adresse actuelle</i>			<i>Amis avec qui ils ont des contacts réguliers</i>		
Moins d'un an	3	10.0	Aucun	10	33.3
1 an à moins de 6 ans	9	30.0	5 ou -	12	40.0
6 ans et plus	18	60.0	6 ou +	8	26.7

<sup>1</sup>Les données présentées pour le temps vécu à l'adresse précédente sont entre parenthèses car seuls les 12 sujets ayant vécu moins de six ans à l'adresse actuelle sont inclus dans ces données.

Afin de répondre plus spécifiquement aux questions de recherche, les pertes et les menaces rapportées par les sujets pour chacune des trois dimensions vieillesse, hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et infarctus du myocarde, sont présentées sous forme de tableaux accompagnées de la moyenne d'intensité obtenue par le groupe pour chacun des éléments. Il est à noter le nombre important de réponses négatives aux questions.

### *Pertes et menaces liées à la vieillesse*

Les pertes et les menaces liées à la vieillesse, sont divisées en pertes physiques (0,1433) et psychologiques (1367) et en menaces physiques (0,1167) et psychologiques (0,1130).

Les données du tableau 4 démontrent que parmi les pertes physiques liées à la vieillesse, la baisse de capacités physiques et le changement dans les fonctions corporelles sont les plus citées. Les pertes psychologiques seraient surtout le manque de soutien et la solitude éprouvée.

Parmi les menaces physiques, celle qui ressort le plus est la baisse future des capacités physiques. Les menaces psychologiques sont surtout une baisse future des activités, la crainte d'un placement en institution et l'idée de la mort.

**Tableau 2**

**Nombre et pourcentage des sujets selon les données associées à l'histoire médicale (N=30)**

	N	%		N	%
<i>Nombre d'infarctus</i>			<i>Jours d'hospitalisation à l'unité de soins intensifs coronariens</i>		
Premier	21	70.0	2	2	6.7
Deuxième	6	20.0	4	5	16.6
Troisième	3	10.0	5	4	13.3
			6	2	6.7
<i>Jours post-infarctus</i>			7	6	20.0
4	2	6.7	8	1	3.3
6	4	13.3	9	6	20.0
7	7	23.3	10	2	6.7
8	5	16.7	13	2	6.7
9	5	16.7			
10	1	3.3	<i>Autre maladie sérieuse actuelle</i>		
13	4	13.3	Aucune	12	40.0
14	2	6.7	Une	10	33.3
<i>Nombre d'hospitalisations à l'unité de soins intensifs coronariens</i>			Deux ou plus	8	26.7
Première	15	50.0	<i>Centre hospitalier</i>		
Deuxième	9	30.0	Centre A	10	33.3
Troisième	5	16.7	Centre B	9	30.0
Quatrième	1	3.3	Centre C	11	36.7

**Tableau 3**

*Moyenne, écart type et valeur t relatifs à l'intensité des pertes et des menaces dans les trois dimensions*

<i>Pertes liées A</i>	Moyenne	Ecart type	t	p
La vieillesse	0,1400	0,139		
L'hospitalisation	0,1278	0,172	0,48	0,637
La vieillesse	0,1400	0,139		
L'infarctus	0,1667	0,231	-0,59	0,559
L'hospitalisation	0,1278	0,172		
L'infarctus	0,1667	0,231	-0,78	0,439
<i>Menaces liées A</i>				
La vieillesse	0,1143	0,102		
L'hospitalisation	0,1088	0,094	0,36	0,720
La vieillesse	0,1143	0,102		
L'infarctus	0,1796	0,137	-3,02	0,005*
L'hospitalisation	0,1088	0,094		
L'infarctus	0,1796	0,137	-2,99	0,006*

\* significatif à 0,05.

### ***Pertes et menaces liées à l'hospitalisation***

La répartition des pertes et des menaces liées à l'hospitalisation, sont subdivisées en préoccupations personnelles (pertes: 0,1833; menaces: 0,1458), entrée et sortie de l'unité (menaces: 0,1000), environnement de l'unité (pertes: 0,1167; menaces: 0,1200) et interaction avec le personnel (pertes: 0,1167; menaces: 0,0778). (Aucune perte due à l'entrée et à la sortie de l'unité n'a été identifiée parmi les pertes et les menaces comprises dans l'instrument sur les préoccupations à l'unité de soins intensifs coronariens.)

**Tableau 4**

*Nombre de sujets ayant rapporté des pertes et des menaces physiques et psychologiques liées à la vieillesse, réparties selon l'intensité (N=30)*

Vieillesse	Intensité			S.O.	Moyenne
	Un peu	Beaucoup	Pas du tout		
<i>Pertes physiques</i>					0.1433
Problèmes habituels de santé:	4	1	16	9	
Baisse de capacités:	10	3	14	3	
Changement de l'apparence physique:	1	3	11	15	
Changement dans les fonctions corporelles:	5	3	9	13	
Difficulté à voir ou entendre:	1	1	8	20	
<i>Pertes psychologiques</i>					0.1367
Retraite ou baisse d'activités:	1	2	20	7	
Solitude éprouvée:	4	4	0	22	
Manque de soutien:	5	6	10	9	
Décisions prises dans le passé:	3	2	25	--	
Baisse des capacités mentales:	0	0	5	25	
<i>Menaces physiques</i>					0.1167
Problèmes possibles de santé:	4	2	24	--	
Baisse future des capacités physiques:	9	4	17	--	
Changement futur de l'apparence physique:	2	0	28	--	
Changement futur des fonctions corporelles:	5	0	25	--	
Possibilité de baisse de la vue, de l'ouïe:	1	1	28	--	

Tableau 4 continué

Vieillesse	Intensité			S.O.	M o y e n n e
	Un peu	Beaucoup	Pas du tout		
<i>Menaces psychologiques</i>					0.1130
Baisse future des activités:	5	5	20	--	
Solitude future:	3	1	26	--	
Déménagement récent ou prochain:	2	1	2	25	
Possibilité d'un déménagement futur:	4	1	25	--	
Possibilité de manquer de soutien:	2	2	26	--	
Probabilité d'un placement:	0	0	0	30	
Possibilité d'un placement: <sup>1</sup>	(6)	(1)	(23)	--	
Vie quand plus âgé(e):	3	0	27	--	
Idée de la mort:	1	5	24	--	
Baisse future des capacités mentales:	1	1	28	--	

<sup>1</sup>Les réponses à cette question sont entre parenthèses car seuls les sujets ayant répondu "sans objet" à la question précédente, ont eu à répondre à cette question. Dans ce cas-ci, il s'agit des 30 sujets.

Les données du tableau 5 font ressortir que les pertes liées à l'hospitalisation seraient surtout la perte de la familiarité du domicile, le dérangement dans les habitudes personnelles et un sentiment de dépendance.

Ce tableau suggère que les principales menaces liées à l'hospitalisation seraient la date du congé de l'hôpital, les bruits étranges de l'unité, le manque d'informations sur leur état ou leur traitement, l'inquiétude par rapport à une personne ou un animal demeuré à la maison et les problèmes qui attendent les sujets à la sortie de l'hôpital.

**Tableau 5**

*Nombre de sujets ayant rapporté des pertes et des menaces liées à l'hospitalisation, réparties selon l'intensité (N=30)*

PERTES LIEES A L'HOSPITALISATION	Intensité				Moyenne
	Un peu	Beaucoup	Pas du Tout	S.O.	
<i>Préoccupations personnelles</i>					0.1833
Perte de la fami- liarité du domicile:	7	2	21	--	
<i>Environnement</i>					0.1167
Dérangement dans les habitudes:	3	5	22	--	
Manque de sommeil:	3	2	7	18	
Manque de visiteurs:	1	0	5	24	
<i>Interaction avec le personnel</i>					0.1167
Sentiment de dépendance:	5	3	6	16	
Manque de contrôle:	1	1	8	20	
<b>MENACES LIEES A L'HOSPITALISATION</b>					
<i>Préoccupations personnelles</i>					0.1458
Personne ou animal à la maison:	5	2	11	12	
Sécurité du domicile:	2	0	28	--	
Date du congé:	6	4	20	--	
Problèmes qui atten- dent à la sortie:	4	3	5	18	
<i>Entrée et sortie de l'unité</i>					0.1000
Environnement non familier:	2	2	26	--	
Transfert avec in- formation d'avance:	2	1	10	17	
Transfert sans in- formation d'avance:*	(2)	(0)	(5)	--	

Tableau 5 continué

MENACES LIEES A L'HOSPITALISATION	Intensité				Moyenne
	Un peu	Beaucoup	Pas du Tout	S.O.	
<i>Environnement</i>					0.1200
Routine de l'unité:	3	3	24	--	
Etat des autres malades:	3	2	25	--	
Possibilité de manquer de sommeil:	3	2	25	--	
Bruits étranges:	6	2	2	20	
Possibilité de man- quer de visiteurs:	3	0	27	--	
<i>Interaction avec le personnel</i>					0.0778
Manque d'informations:	7	1	2	20	
Possibilité qu'on ne dise pas tout:	3	2	25	--	
Manque de communi- cations:	2	1	2	25	
Réponses du personnel:	2	1	27	--	
Souci d'être accep- té(e):	3	0	1	26	
Jeune âge du person- nel:	1	0	19	10	

\* Les réponses sont entre parenthèses car seuls les sujets ayant transféré et ayant répondu "sans objet" à la question précédente ont eu à répondre à cette question.

### *Pertes et menaces liées à l'infarctus*

Les données relatives à l'infarctus sont divisées en pertes psychologiques (0,1667) et en menaces physiques (0,1667) et psychologiques (0,1900). (Aucune perte physique liée à l'infarctus n'a été identifiée parmi les pertes et les menaces comprises dans l'instrument sur les préoccupations à l'unité de soins intensifs coronariens).

**Tableau 6**

*Nombre de sujets ayant rapporté des pertes psychologiques et des menaces physiques et psychologiques liées à l'infarctus, réparties selon l'intensité (N=30)*

Infarctus	Intensité			S.O	Moyenne
	Un peu	Beaucoup	Pas du Tout		
<i>Pertes psychologiques</i>					0.1667
Style de vie:	3	6	21	--	
Recommandations médicales:	3	1	7	19	
<i>Menaces physiques</i>					0.1667
Retour possible de la douleur:	8	8	12	2	
Possibilité de douleur même si jamais ressentie:	(0)	(0)	(2)	--	
Retour possible d'autres symptômes:	2	5	10	13	
Possibilité d'autres symptômes non ressentis:	0	1	13	16	
Traitements spéciaux:	2	0	5	23	
<i>Menaces psychologiques</i>					0.1900
Attendre passivement: Santé future:	5	4	9	12	
Recommandations médicales possibles:	7	3	20	--	
Conséquences possibles de la maladie:	8	0	22	--	
Conséquences possibles de la mort sur affaires personnelles:	5	5	20	--	
	4	2	24	--	

Les réponses sont entre parenthèses car seuls les sujets ayant répondu "sans objet" à la question précédente ont eu à répondre à cette question.

Tel que présenté au tableau 6, la perte psychologique liée à l'infarctus serait surtout celle liée au style de vie antérieur. Nous voyons aussi au tableau 6 que le retour possible de la douleur est la menace la plus citée liée à l'infarctus du myocarde et même de toutes les menaces possibles du questionnaire. L'item "les conséquences possibles de la maladie" est aussi

une menace fortement citée, suivie de l'inquiétude en rapport avec leur santé future, le fait d'avoir à attendre passivement leur rétablissement, le retour possible d'autres symptômes que la douleur et finalement les recommandations médicales anticipées.

**Tableau 7**

***Ordre décroissant des moyennes de l'intensité des pertes et des menaces selon les éléments des trois dimensions***

Elements des dimensions	Moyennes
Menaces psychologiques liées à l'infarctus	0.1900
Pertes liées à l'hospitalisation:	
préoccupations personnelles	0.1833
Pertes psychologiques liées à l'infarctus	0.1667
Menaces physiques liées à l'infarctus	0.1667
Menaces liées à l'hospitalisation:	
préoccupations personnelles	0.1458
Pertes physiques liées à la vieillesse	0.1433
Pertes psychologiques liées à la vieillesse	0.1367
Menaces liées à l'hospitalisation:	
environnement	0.1200
Menaces physiques liées à la vieillesse	0.1167
Pertes liées à l'hospitalisation: environnement	0.1167
Menaces psychologiques liées à la vieillesse	0.1130
Pertes liées à l'hospitalisation:	
interaction avec le personnel	0.1000
Menaces liées à l'hospitalisation:	
entrée-sortie de l'unité	0.1000
Menaces liées à l'hospitalisation:	
interaction avec le personnel	0.0778

Le tableau 7 démontre que les menaces psychologiques liées à l'infarctus ont la moyenne d'intensité la plus élevée, soit 0,1900. Les pertes liées à l'hospitalisation pour l'élément "préoccupations personnelles", suivent de près avec une moyenne de 0,1833. Par contre, les menaces liées à l'hospitalisation pour les éléments "entrée-sortie de l'unité" et "interaction avec le personnel", ont des moyennes d'intensité les moins élevées, soit respectivement 0,1000 et 0,0778.

Pour terminer l'analyse des données, certaines caractéristiques des sujets de l'étude et de leur environnement, ont été appariées et soumises au test-t de Student lorsque la distribution des sujets l'ont permis. Aucune différence significative entre les sujets avec différentes caractéristiques socio-démographiques ou liées à l'histoire médicale n'a été observée.

### *Interprétation des résultats*

#### *Réponses négatives*

Les réponses négatives, quand au fait d'être préoccupé ou non par les pertes et les menaces suggérées par le questionnaire, sont nettement majoritaires. Cela, contrairement aux attentes face à un questionnaire basé sur une recension importante des écrits sur les pertes et les menaces liées aux trois dimensions: vieillesse, hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et infarctus du myocarde. Et cela aussi, malgré le fait que des juges ont étudié les énoncés du questionnaire et ont avancé que ces énoncés étaient pertinents pour une population âgée, hospitalisée et atteinte d'une maladie grave. Ces résultats démontrent peut-être un effet de Hawthorne ou encore de la désirabilité sociale de la part des sujets. Les résultats peuvent aussi s'expliquer par ce qu'avancent certains auteurs.

Lazarus (1980), suggère que la façon de composer avec une situation possède deux fonctions. Dans la première fonction, les efforts sont dirigés vers la résolution du problème alors que dans la deuxième fonction, les efforts sont dirigés vers la régulation des émotions générées par la perception de stress. Dans les situations évaluées comme n'ayant que peu de possibilités d'un changement bénéfique, l'individu utiliserait la deuxième fonction pour composer avec cette situation et ainsi, baisser le niveau de détresse et de dérangements somatiques. De même, Cay (1982) prétend que lors d'une hospitalisation à l'unité de soins intensifs coronariens à la suite d'un infarctus du myocarde, la personne atteinte tente de composer par des efforts dirigés vers la régulation des émotions.

Pour leur part, Hackett et al. (1968) concluent une recherche sur 50 personnes âgées entre 37 et 74 ans, victimes d'un infarctus du myocarde, en disant que la négation est peut-être la plus répandue des façons de composer avec le stress émotionnel aigu. Les résultats de l'étude de Hackett et al. démontrent qu'il n'y aurait aucune corrélation entre la façon de nier et le sexe ou l'âge des sujets. Andréoli et al. (1979) rapportent deux façons de nier: la négation de la maladie elle-même et la négation des sentiments associées à une maladie menaçante pour la vie.

Ces mêmes résultats sont cependant en désaccord avec d'autres auteurs. Par exemple, Thomas et al. (1983) considèrent que quel que soit le diagnostic ou

le degré de maladie des personnes hospitalisées à l'unité de soins intensifs coronariens, celles-ci sont disposées et même désirent discuter de leurs problèmes. Cependant, leur instrument consistait en questions ouvertes et réponses enregistrées contrairement aux questions fermées de la présente étude et celles de l'étude de Hackett et al. (1968).

### ***Réponses aux questions de recherche***

Les principales pertes perçues par les sujets de cette étude sont, en rapport avec la vieillesse: la baisse de leurs capacités physiques, un manque de soutien et la solitude. Burnside (1973, 1981) souligne aussi l'importance des pertes physiques encourues par les personnes âgées. George et al. (1984) pour leur part, suggèrent que le manque de soutien et la solitude expérimentées par les personnes âgées, sont souvent associées à la perte des personnes aimées. Le dérangement dans les habitudes personnelles, la perte de la familiarité du domicile et le sentiment de dépendance prédominent dans les préoccupations liées à l'hospitalisation elle-même. Finalement, pour la dimension infarctus, un style de vie antérieur ayant pu contribuer à la maladie, préoccupe le plus grand nombre de sujets.

Les menaces les plus citées sont, pour la vieillesse: une baisse future de leurs capacités physiques et de leurs activités, l'idée de la mort en plus de la possibilité d'un placement en institution. Parmi les menaces liées à l'hospitalisation, la date de la sortie de l'hôpital prédomine. Cette menace avait déjà été identifiée par Davies et Peters (1983). Pour leur part, les menaces liées à l'infarctus sont prédominées par le retour possible de la douleur. Thomas et al. (1983) ont aussi suggéré que la douleur est la première préoccupation des patients de leur échantillon, patients âgés entre 31 et 80 ans. Les écrits ne sont pas unanimes sur le sujet de la perception de la douleur par les personnes âgées. Cependant, l'idée prédominante est que celles-ci ressentent moins la douleur de l'infarctus que les sujets plus jeunes. Les résultats de la présente étude semblent en contradiction avec cette idée généralisée. Les conséquences de la maladie lors du retour à la maison, l'état de santé future et le fait d'avoir à attendre passivement leur rétablissement sont les autres menaces les plus citées liées à l'infarctus du myocarde. Il est à noter que parmi les 30 sujets, six d'entre eux en étaient à leur deuxième infarctus et trois autres à leur troisième infarctus. Ceci pourrait avoir influencé certaines des réponses.

### ***Intensité des pertes et des menaces liées à la vieillesse, l'hospitalisation dans une unité de soins intensifs coronariens et l'infarctus du myocarde***

L'ensemble des menaces psychologiques liées à l'infarctus a une moyenne d'intensité supérieure aux autres pertes et menaces du questionnaire. Les pertes psychologiques et les menaces physiques liées à l'infarctus ont aussi

des moyennes d'intensité élevées. Il est difficile de commenter sur ces résultats étant donné le peu d'appui ou d'objection retrouvé dans les écrits sur les pertes et les menaces perçues par les personnes âgées victimes d'un infarctus. Il demeure que, quel que soit l'âge de la victime, il est bien reconnu que l'infarctus du myocarde est une maladie redoutable et menaçante pour tous.

La perte et les menaces liées aux préoccupations personnelles, élément de l'hospitalisation, ont des moyennes d'intensité supérieures aux autres pertes et menaces de la dimension hospitalisation. Davies et Peters (1983) croient aussi que les préoccupations personnelles sont prédominantes pour les personnes âgées hospitalisées.

Pour leur part, les menaces liées à l'interaction avec le personnel ont la moyenne d'intensité la plus basse de tous les éléments du questionnaire. Ce résultat peut refléter la croyance de Mayberrey et Kent (1984) que les médecins et les infirmières réussissent à sécuriser les malades. Cependant, ces auteurs croient aussi que le personnel soignant peut à l'occasion angoisser davantage les malades. Ce qui ne semble pas être le cas pour les sujets de cette étude. Une autre possibilité consiste dans le fait que les sujets ont peut-être craint de discréditer le personnel, en répondant de façon critique, malgré la confidentialité des réponses.

Les pertes et les menaces liées à la vieillesse occupent une situation moyenne par rapport au reste des préoccupations des sujets de l'étude, avec une intensité moins élevée que certaines et plus élevée que d'autres. Selon Lazarus (1980), certains facteurs situationnels peuvent augmenter ou diminuer la perception de perte ou de menace d'un événement. Ces facteurs peuvent être l'imminence d'un danger, l'incertitude face à un événement, sa durée et sa situation par rapport à d'autres événements stressants. Ainsi, face à l'infarctus et à l'hospitalisation, les pertes et les menaces liées à la vieillesse ont peut-être un attribut plus chronique et passent probablement au deuxième plan.

En conclusion, la recension des écrits a permis d'élaborer le questionnaire et les réponses positives obtenues à chacune des questions ont pu nous éclairer sur les pertes et les menaces perçues le plus fréquemment ou le plus intensément par les sujets de cette étude.

### **Recommandations**

Suite aux résultats obtenus, les recommandations suivantes sont faites pour la recherche et pour la pratique infirmière:

### ***Recommandations pour la recherche infirmière***

1. Procéder à une étude méthodologique de l'instrument pour identifier les préoccupations des personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens.

2. Reproduire l'étude avec un plus grand nombre de répondants, ce qui pourrait confirmer ou infirmer les résultats obtenus par la présente étude et permettre d'établir des mesures d'association entre les différentes caractéristiques socio-démographiques et médicales des sujets.

3. Vérifier si la négation des sujets est superficielle et dépend du questionnaire, ou si elle est une réaction de défense nécessaire afin de mieux composer avec leur situation difficile.

4. Reprendre cette recherche par une approche phénoménologique avec des questions ouvertes.

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

1. Rassurer les patients âgés sur les moyens de contrôle de la douleur dans l'éventualité d'une réapparition de cette douleur.

2. Renseigner les patients âgés sur l'évolution normale du rétablissement.

3. Mettre l'accent sur ce que les patients âgés peuvent faire pour s'aider et ne pas avoir à attendre passivement leur rétablissement.

4. Être sensibilisé au fait que les malades âgés, hospitalisés, ont beaucoup de préoccupations personnelles et que ces préoccupations ont une place prépondérante dans leur esprit, surtout ce qui a trait à une baisse présente et future de leurs capacités physiques, une diminution possible de leurs activités, un manque de soutien, la date de leur sortie de l'hôpital, une personne ou un animal demeuré à la maison et la possibilité d'un placement en institution.

5. Structurer un programme qui s'adresserait au malade et à sa famille afin de les aider à satisfaire les besoins identifiés par les préoccupations des personnes âgées de cette étude. D'autre part, ce programme se devrait d'inclure les ressources offertes par l'équipe multidisciplinaire.

## RÉFÉRENCES

- Andreoli, K.G., Fowkes, V.H., Zipes, D.P., Wallace, A.G. (1979). *Comprehensive cardiac care*. (4e ed.). St-Louis: Mosby
- Berkman, L.F. (1982). Social network analysis and coronary heart disease, in H. Denolin (Ed.). *Psychological problems before and after myocardial infarction*. Serie Advances in cardiology. 29, 37-49. Basel: Karger.
- Burnside, I.M. (1973) Multiple losses in the aged: implications for nursing care. *The Gerontologist*. 13, 157-162.
- Burnside, I.M. (1981). *Nursing and the aged*. New York: McGraw-Hill.
- Campion, E.W., Mulley, A.G., Goldstein, R.L., Barnett, R.D., Thibault, G.E. (1981). Medical intensive care for the elderly, a study of its use, costs and outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 246, 2052-2056.
- Cay, E.L. (1982). Psychological problems in patients after a myocardial infarction, in H. Denolin (Ed.). *Psychological problems before and after myocardial infarction*. Serie Advances in cardiology. 29, 108-112. Basel: Karger.
- Chodil, J., Williams, B. (1970). The concept of sensory deprivation. *Nursing Clinics of North America*. 5, 453-465.
- Davies, A.D.M., Peters, M. (1983). Stresses of hospitalization in the elderly: nurses' and patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 8, 99-105.
- Davis, M.Z. (1972). Socioemotional component of coronary care. *American Journal of Nursing*. 72, 705-709.
- George, L.K., Fillenbaum, G.G., Palmore, E. (1984). Sex differences in the antecedents and consequences of retirement. *Journal of Gerontology*. 39, 364-371.
- Gibson, D.M., Aitkenhead, W. (1983). The elderly respondent. *Research on Aging*. 5, 283-296.
- Goebel, B.L. (1982). Age preferences of older adults in relationships important to their life satisfaction. *Journal of Gerontology*. 37, 461-467.
- Granger, J.W., (1974). Full recovery from myocardial infarction: psychosocial factors. *Heart and Lung*. 3, 600-610.
- Guinard, N., (1987). Pertes et menaces telles que perçues par les personnes âgées à l'unité de soins intensifs coronariens et significatives pour les soins infirmiers. Mémoire de maîtrise non publié. Université de Montréal.
- Hackett, T.P., Cassem, N.H., Wishnie, H.A. (1968). The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards, in C.A. Garfield (Ed.): *Stress and survival: The emotional realities of life-threatening illness*. (1979). St-Louis: Mosby.
- Jackson, M.F. (1984). Geriatric rehabilitation on an acute care medical unit. *Journal of Advanced Nursing*. 9, 441-448.
- Jans, M.E., Mackenzie, F., Taylor, H. (1983). Hospital stress: a comparison between long and short-stay patients, in M. Kravitz, J. Laurin (Eds.). *Perspectives en nursing. La recherche infirmière au service de la pratique*. (ed. spéc.). Montréal. Actes du 9ième colloque national. McGill University.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G., Abrass, I.B. (1984). *Essentials of clinical geriatrics*. U.S.A.: McGraw-Hill.
- Kornfeld, D.S. (1979). The hospital environment: its impact on the patient, in C.A. Garfield (Ed.) *Stress and survival. The emotional realities of life threatening illness*. St-Louis. Mosby.
- Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm, in L.A. Bond, J.C. Rosen (Eds.). *Competence and coping during adulthood*. University Press. New England. 28-74.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mayberry, J., Kent, S.V. (1983). Recent progress in cardiac nursing and rehabilitation programmes. *Journal of Advanced Nursing*. 8, 329-333.
- Moos, R.H. (1977). The crisis of illness: cardiovascular disease, in R.H. Moos (Ed.). *Coping with physical illness*. New York: Plenum medical book.

- Palmore, E., Cleveland, W.P., Nowlin, J.B., Ramm, D., Siegler, I.C. (1979). Stress and adaptation in later life. *Journal of Gerontology*. 34, 841-851.
- Pancheri, P. et al. (1978). Infarct as a stress agent: life history and personality characteristics in improved versus not-improved patients after severe heart attack. *Journal of Human Stress*. 4, No.1, 16-22, 41-42.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 23, 433-441.
- Roberts, S.L. (1976). *Behavioral concepts and the critically ill patient*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall.
- Roberts, S.L. (1980). Territoriality: space and the aged patient in the critical care unit, in I.M. Burnside (Ed.) *Psychosocial nursing care of the aged*. (2e ed.). New York. McGraw-Hill.
- Thomas, S.A., Sappington, E., Gross, H.S., Noctor, M., Friedmann, E., & Lynch, J.S. (1983). Denial in coronary care patients, an objective reassessment. *Heart and Lung*. 12, 74-80.
- Wolanin, M.O. (1984). Considering the elderly critical care patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 3, 196-197.

## ABSTRACT

The number of elderly patients requiring care in intensive care units continues to grow. Little is known of how this particular group perceives their losses or infirmities and what members of this group consider to be threats to their physical, psychological or social well-being.

Recognised high-stress situations, such as ICU treatment following a myocardial infarction, may be more stressful because of patient age. In an attempt to identify these perceived losses and threats, the researcher designed a questionnaire based on the Lazarus (1980) theory of psychological stress.

The results of the study show that a high proportion of the questions not areas of concern for the elderly patient. The positive responses given were listed by degree of importance, spanning an range from actual fear of pain to personal preoccupations and fear of diminished capacity.

Recommendations for nursing research and practice accompany this descriptive study.

La santé exige  
plus qu'un remède.  
Elle exige des soins.

L'infirmière: pour la

**GESTION DE LA SANTÉ**



Health demands  
more than a cure.  
It demands care.

Nurses for:

**HEALTH MANAGEMENT**



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec