

Université de Montréal

Besoins d'apprentissage et sentiment d'auto-efficacité chez des patients atteints d'un syndrome coronarien aigu, à Girona, Espagne

par

M. Lluïsa Garcia Garrido

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Août, 2006

© M. Lluïsa Garcia, 2006



W4

5

U58

2006

V. 014

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Besoins d'apprentissage et sentiment d'auto-efficacité chez des patients atteints d'un
syndrome coronarien aigu, à Girona, Espagne

présenté par :

M. Lluïsa Garcia Garrido

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

José Côté, président-rapporteur

Sylvie Cossette, directeur de recherche

Suzanne Kérouac, membre du jury

Sommaire

L'infirmière dans son rôle d'éducatrice occupe une position privilégiée pour favoriser les changements d'habitudes de vie chez les patients hospitalisés pour un événement cardiaque. Cependant, si elle veut cibler les interventions éducatives sur les facteurs de risque jugés importants, elle doit connaître la perception que se font les patients de leurs besoins d'apprentissage, de même que la perception qu'ils ont de leur capacité de suivre un régime alimentaire, de pratiquer une activité physique et d'abandonner la cigarette pendant et après l'hospitalisation. Le but de cette recherche est de décrire et de comparer les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité des patients atteints d'un Syndrome Coronarien Aigu (SCA) dans la gestion des facteurs de risque de la maladie, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital.

Les changements survenus dans les habitudes de vie six semaines après l'hospitalisation sont notables. Il n'existe pas de différences significatives dans la priorité accordée aux besoins d'apprentissage entre les deux périodes, les catégories les plus importantes étant *les facteurs de risque* et *l'anatomie et physiologie*. En ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité des patients, il s'avère assez élevé pendant l'hospitalisation, alors que, six semaines après le congé hospitalier, il augmente face à la gestion du tabagisme, de la sédentarité et de la diète.

L'importance accordée au contrôle de la maladie est illustrée par le fait que les patients trouvent nécessaire l'information relative aux *facteurs de risque* et à *l'anatomie et physiologie*. L'augmentation du degré de confiance des patients nous amène à penser qu'ils

sont prêts à s'investir dans un processus d'adoption de comportements orientés vers de saines habitudes de vie.

Mots-clés : Besoins d'apprentissage, sentiment d'auto-efficacité, changement d'habitudes de vie, facteurs de risque, Syndrome Coronarien Aigu (SCA), infarctus du myocarde et angine instable

Summary

The nurse, as an educator, plays a privileged role in encouraging a change of behavior in patients hospitalized with heart problems. However, if she wants to target information on the risk factors considered important, she must first know what perception patients have of their own needs of learning, as well as the feeling they have of their own ability to follow a diet, to practice a physical activity and to quit smoking during and after admission. The aim of this research is to describe and compare the learning needs of patients presenting Acute Coronary Syndromes (ACS) and their self-efficiency regarding the regulation of the risk factors of the disease, during hospitalization and 6 weeks after discharge.

The results show that the changes of behavior 6 weeks after discharge are important. There are non-significant differences in the priority given to the needs of learning between the two periods, admission and 6 weeks after discharge; the major categories being the risk factors, the anatomy and the physiology. Concerning the feeling of the patients' self-efficacy, it proves to be fairly high during hospitalization and increases further more in the six weeks after in regard to the regulation of smoking, physical activity and diet.

The importance of controlling the disease is highlighted by the patients' awareness of a need of information related to risks factors, anatomy and physiology. The increasing level in the patients' self-confidence leads us to think that they are ready to get involve a new behavioral pattern oriented towards a healthy lifestyle.

Keywords : learning needs, self-efficacy, change of behavior, risk factors, Acute Coronary Syndromes (ACS), myocardial infarct, unstable angina.

Table des matières

Sommaire	iii
Summary	v
Table de matières	vii
Liste des tableaux	xi
Dédicace	xii
Remerciements	xiii
CHAPITRE I- La problématique	1
Le but de l'étude	8
Les questions de la recherche	8
CHAPITRE II- La recension des écrits	10
Le cadre de référence	11
Le modèle de McGill	11
La théorie du sentiment d'efficacité personnelle	15
Syndrome coronarien aigu, facteurs de risque, prévention secondaire et modification du comportement	19
Notions générales sur le syndrome coronarien aigu (SCA)	19
La prévention secondaire de la maladie cardiaque	21
Changements de comportements ou d'habitudes de vie	22
Besoins d'apprentissage	26
Modifications des besoins d'apprentissage au cours de l'épisode de soins	26

Le sentiment d'auto-efficacité	32
Évolution du sentiment d'auto-efficacité	34
CHAPITRE III -La méthode	40
Devis de recherche	41
Milieu de la recherche	41
Échantillon	42
Définitions opérationnelles et description des instruments de mesure	43
Besoins d'apprentissage	44
Description de l'instrument original CPLNI en langue anglaise	44
Sentiment d'auto-efficacité	46
Description des instruments originaux CDSEI, CESEI en langue anglaise et SEQ-12 en langue française	47
Traduction des instruments	50
Résultats psychométriques des instruments dans la présente étude	51
Questionnaire des données sociodémographiques et cliniques	53
Démarches préalables à l'étude	54
Déroulement de la collecte des données	55
Analyse des données	56
Considérations éthiques	57
CHAPITRE IV- Les résultats	58
Description de l'échantillon	59

Données sociodémographiques et cliniques	59
Habitudes de vie	62
Tabagisme	62
Activité ou exercice physique	64
Régime alimentaire	64
Besoins d'apprentissage	65
Sentiment d'auto-efficacité	70
CHAPITRE V- La discussion	74
Les changements d'habitudes de vie	75
Sentiment d'auto-efficacité	79
Besoins d'apprentissage	82
Recommandations pour la pratique	85
Recommandations pour la pratique infirmière	85
Recommandations pour la recherche	88
Recommandations pour la formation infirmière	89
Limites de l'étude	90
Conclusion	92
Les références	94
APPENDICES:	
Appendice A - Instrument de mesures des besoins d'apprentissage	108
Appendice B - Instrument de mesure du sentiment d'auto-efficacité face à la	119

diète et à l'exercice	
Appendice C - Instrument de mesure du sentiment d'auto-efficacité face au tabagisme	126
Appendice D - Lettres de demande et d'autorisation des instruments	130
Appendice E - Questionnaire sociodémographique et clinique	138
Appendice F - Lettres d'approbation du projet de mémoire	148
Appendice G - Le formulaire de consentement	152

Liste des tableaux

Tableau 1. Importance des besoins d'apprentissage selon le moment de l'épisode et selon les auteurs ayant utilisé l'instrument de mesure CPLNI	27
Tableau 2. Coefficients de fiabilité de chacune des catégories de besoins d'apprentissage du CPLNI des versions catalane et espagnole	52
Tableau 3. Coefficients de fiabilité de CDSEI, de CESEI et de SEQ-12 et de ses deux sous-échelles des versions catalane et espagnole	53
Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients pendant l'hospitalisation	61
Tableau 5. Habitudes de vie pendant l'hospitalisation et 6 semaines après l'hospitalisation	63
Tableau 6. Importance accordée aux besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation	66
Tableau 7. Énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation	68
Tableau 8. Énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage six semaines après l'hospitalisation	69
Tableau 9. Sentiment d'auto-efficacité face à la capacité des patients de gérer la diète, l'activité physique et le tabagisme. Pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation	71

*À ma mère Carmen, qui m'a donné la force
de persévérer, pour sa présence qui m'a
donné confiance tout au long de ce projet et
pour tout ce temps qu'elle a passé sans
pouvoir partager certains moments avec sa
fille.*

Remerciements

En premier lieu, je tiens à exprimer mes remerciements à ma directrice de recherche Sylvie Cossette, Ph.D., pour la confiance, la rigueur professionnelle et intellectuelle, le soutien et les encouragements qu'elle m'a prodigués au cours de mon cheminement d'étudiante.

Mes remerciements s'adressent également à Mr. Edward Hajjar et Mr. Patrick St-Pierre dont les précieux conseils ont enrichi ce projet de mémoire.

Je m'en voudrais de passer sous silence le rôle important qu'ont joué M^{mes} Monique et Denise Héroux qui m'ont généreusement fait bénéficier de leurs connaissances et de leurs expériences pendant mon séjour à Montréal. Je les remercie sincèrement de leur soutien et de leur attachement indéfectible.

J'aimerais également remercier M. Ramon Llorens pour sa fidèle présence et ses encouragements de même que pour les nombreux échanges d'idées qui m'ont permis de mener ce travail à terme.

Ma gratitude va également aux membres de ma famille pour leur enthousiasme et pour la confiance qu'ils m'ont témoignée. Sans eux ce projet n'aurait pas pu se concrétiser.

Je désire aussi remercier M^{mes} Anna Font et Annick Clément qui m'ont accompagnée pendant cette aventure et m'ont soutenue dans les moments difficiles. Merci pour cette générosité.

Je ne pourrais oublier mon amie Godelieve Brusselsaers pour son partage de connaissance et son soutien qui m'a accompagnée tout au long de mes études.

Mes derniers remerciements s'adressent aux patients qui ont participé à cette recherche et à celles et ceux qui m'ont aidée à la poursuivre. Je leur en suis infiniment reconnaissante.

CHAPITRE I

La problématique

En Espagne, le syndrome coronarien aigu (SCA), notamment l'infarctus du myocarde et l'angine instable, constitue la première cause de décès (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2003) et d'hospitalisation (Balaguer & Tomas, 2004). Afin de prévenir le risque de récurrence, le patient atteint d'un SCA aura avantage à modifier ses habitudes de vie à la suite de son premier événement cardiaque. À cette fin, lors de l'hospitalisation, l'infirmière prodiguera des soins, spécialement des interventions éducatives visant à faire adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien et au développement de la santé du patient (Legendre, 1993; Lejard, 2002). Par ailleurs, pour optimiser les chances de succès de ses interventions, l'infirmière devra déterminer le moment favorable pour le début de ses interventions éducatives, c'est-à-dire le moment où le patient sera prêt à recevoir l'information. De plus, il est nécessaire d'évaluer jusqu'à quel point le patient se sent capable d'adopter de nouveaux comportements, soit le sentiment d'auto-efficacité. Cette évaluation permettra de cibler les interventions qui amèneront le patient à adopter un nouveau comportement (Godin, 1991).

D'après nos observations, au Service de cardiologie de l'Hôpital Universitaire D^r Josep Trueta de Girona, l'enseignement est dispensé uniquement à la demande des patients, soit le plus souvent au moment de leur congé, ce qui laisse peu de temps à l'infirmière pour une intervention éducative. De plus, pendant l'hospitalisation les interventions visent surtout à informer les patients sur les techniques diagnostiques et les procédés thérapeutiques. Peu d'information leur est donnée sur les facteurs de risque. En outre, le

suiivi médical qui leur est offert à la suite du congé est davantage axé sur le rétablissement physique au détriment, faute de temps, d'interventions éducatives.

Les divers travaux concernant les connaissances que devrait avoir le patient au sujet de sa maladie pendant et après l'hospitalisation démontrent des résultats inconstants. Selon Owen, McCann et Hutelmyer (1978) et Steele et Ruzicki (1987), après avoir bénéficié d'un programme d'éducation, les patients atteints d'un événement cardiaque auraient réussi à assimiler et à retenir, au stade précoce de leur convalescence, les connaissances relatives à la maladie, aux facteurs de risque, à la diète et à l'activité physique. Par contre, selon d'autres auteurs, les patients n'auraient pas assimilé ces connaissances, ce qui porte à croire que l'enseignement sur les changements de comportements au cours de l'hospitalisation aurait été peu efficace (Escude, Gomez, Galindo & Romero, 1998; Scalzi, Burke & Geenland, 1980; Sivarajan, et al., 1983). Une explication envisageable au sujet de ces résultats réside dans le peu de connaissances quant aux informations considérées importantes par les patients à différents moments de l'épisode de soins. De plus, il est possible que l'infirmière prodigue son enseignement en se basant sur les priorités qu'elle a elle-même définies sans que ses priorités soient celles du patient.

À la lumière de ces faits, il s'avère important pour l'infirmière de bien connaître les besoins d'information du patient atteint d'un SCA. Les résultats de travaux d'auteurs américains suggèrent que les besoins du patient pendant et après l'hospitalisation varient en fonction de la situation et des circonstances dans lesquelles il se trouve (Czac & Engler, 1997; Dogde, 1969; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik,

Yarcheski, Braun, & Wu, 1990; Wingate, 1990). Ainsi, l'importance accordée à chacune des catégories de besoins d'apprentissage de l'instrument de mesure « Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) » (Gerard, 1982) diffère selon que ces besoins sont identifiés par les patients eux-mêmes ou par l'infirmière (Gerard & Peterson; Karlik & Yarcheski; Karlik, et al., Turton, 1998). En outre, ces besoins varieraient en fonction du moment où ils sont évalués. Par exemple, Gerard et Peterson rapportent que l'importance accordée à *l'information sur la médication* vient au deuxième rang durant l'hospitalisation et au quatrième, après le congé hospitalier. Selon d'autres auteurs, les patients manqueraient d'information sur la médication, l'exercice physique, le contrôle de l'alimentation, la réinsertion au travail, les relations sociales, le retour aux activités quotidiennes et la sexualité (Burke, Gabriel, Fischer & Zemble, 1986; Castro, 1991; Halmiton & Seidman, 1993; Jaarsma, Kastermans, Dassen & Philipsen, 1995).

Il faut noter que, dans la majorité des écrits consultés, les termes *besoins d'information* et *besoins d'apprentissage* sont souvent employés comme synonymes, le dernier étant le plus couramment utilisé et désignant l'information que les patients perçoivent comme importante (Gerard & Peterson, 1984). De même, l'instrument de mesure le plus utilisé découle de cette définition (Gerard, 1982). Par contre, cette définition ne rejoint pas celle de Knowles (1990) et Nadeau (1981) qui considèrent plutôt les besoins d'apprentissage comme étant l'écart entre l'information acquise et l'information que souhaitent recevoir les patients. Dans la présente étude, nous utilisons le terme *besoins d'apprentissage*, soit le terme le plus souvent utilisé dans les études dont nous nous

sommes inspirées, d'autant plus qu'il fait appel au concept de changement des habitudes de vie (Knowles).

Nous tenons à souligner les caractéristiques culturelles du milieu dans lequel s'est déroulée notre étude et où ont été réalisées les recherches auxquelles nous faisons référence. Il existe un manque de données de recherches concernant les besoins d'apprentissage des patients coronariens en Espagne. La majorité des auteurs espagnols qui ont discuté des besoins d'apprentissage des patients coronariens ont signalé ce manque de données de même que le peu d'importance accordée aux facteurs de risque (Castro, 1991; Isla et al., 2003). Par ailleurs, en raison même des symptômes de la maladie et de ses conséquences, le patient perçoit la maladie comme un fardeau qui l'obligera à changer certaines de ses habitudes de vie dont la façon de s'alimenter. Or, en Espagne, s'alimenter est non seulement un besoin, mais également un plaisir. Les repas, occasions de rencontres et de retrouvailles, ont une fonction sociale très importante. Sur un autre plan, il faut noter que 31 % de la population espagnole fume à compter de 16 ans. Les données sont tout aussi troublantes pour le taux de sédentarité : 55 % de la population ne pratique aucun exercice physique (Centro de Investigación Sociológica [CIS], 2003). Il est donc particulièrement important de s'attarder au profil de la population espagnole en ce qui concerne les facteurs de risque du SCA.

Par ailleurs, quel que soit le milieu où les recherches ont été effectuées, nous avons souvent constaté d'après les écrits que les patients n'étaient pas prêts à s'investir dans les changements de comportement souhaitables. Selon Hotz (1999), ni la connaissance des

conséquences ni la crainte de la maladie cardiaque n'auraient réussi à convaincre des patients à risque de modifier leurs habitudes de vie puisque seulement 20 à 30 % de ceux-ci étaient disposés à les changer. Les travaux de Bandura nous offrent une explication à cet égard.

Selon Bandura (1982, 1986, 2003), le sentiment d'efficacité personnelle correspond à la représentation que se fait un individu de sa capacité d'organiser et d'adopter le comportement nécessaire à l'atteinte d'objectifs qu'il s'est fixé. En effet, Bandura (2003) estime que les interventions qui amènent un individu à modifier ses habitudes de vie devraient être centrés sur le rehaussement de son sentiment d'efficacité face à la poursuite de ses objectifs. Par exemple, afin de mieux cibler ses interventions, l'infirmière devrait parvenir à identifier le degré de confiance du patient à gérer ses habitudes de vie relatives à l'alimentation, à la sédentarité et au tabagisme. Enfin, les interventions de l'infirmière devraient non seulement porter sur les informations jugées importantes par le patient, mais également sur les comportements qu'il se sent le plus confiant de changer au cours de son hospitalisation et de sa convalescence à domicile. C'est dans cette perspective que nous avons retenu la théorie sociale cognitive de Bandura (1977) axée sur le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité pour le choix des concepts à l'étude.

Le concept d'apprentissage de la santé tel que défini par Bandura (1977) est aussi un élément central du modèle de McGill développé par Moyra Allen qui fait appel au processus d'apprentissage pour amener les patients à surmonter les difficultés inhérentes à l'adoption de nouvelles habitudes de vie (Gottlieb & Rowat, 1987). La relation

infirmière/patient est une relation de collaboration puisqu'elle se centre sur l'interaction et la participation active de chacun des membres responsables de l'apprentissage (Gottlieb & Rowat; Kravitz & Frey, 1989). L'infirmière, en tant qu'éducatrice, doit encourager le patient à s'engager dans le processus d'apprentissage de saines habitudes de vie (Gottlieb & Rowat; Kravitz & Frey).

En conclusion, les notions de besoins d'apprentissage du patient atteint d'un SCA et le sentiment d'auto-efficacité sont deux concepts qui permettent d'expliquer en partie les changements de comportement à partir desquels l'infirmière devrait baser son intervention dans le but de favoriser les changements de comportement. De plus, notons qu'il est probable que ces besoins d'apprentissage et le degré de confiance face à un changement de comportement ne soient pas tout à fait les mêmes à différents moments de l'épisode de soins. Enfin, l'absence de recherches sur ce sujet en Espagne limite les infirmières dans le choix des interventions basées sur des résultats probants. Les connaissances exposées dans notre recherche devraient leur permettre de mieux identifier les besoins d'apprentissage prioritaires du patient de même que les domaines dans lesquels il se sent le plus en confiance pour effectuer un changement de comportement, et ce, aussi bien pendant qu'après l'hospitalisation.

Le but de l'étude

Le but de cette recherche est de décrire et de comparer les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité des patients atteints d'un SCA dans la gestion des facteurs de risque de la maladie, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital.

Les questions de la recherche

1. Quel est le degré d'importance accordé par les patients atteints d'un SCA à différentes catégories de besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital?

2. Existe-t-il une différence entre le degré d'importance accordé à chacune des catégories de besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital?

3. Quel est le degré de confiance des patients atteints d'un SCA face à leur capacité de gérer l'alimentation, la sédentarité et le tabagisme, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital?

4. Existe-t-il une différence entre le degré de confiance des patients face à leur capacité de gérer l'alimentation, la sédentarité et le tabagisme pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital?

CHAPITRE II

La recension des écrits

Le chapitre sur la recension des écrits comprend trois parties. La première partie traite du cadre de référence incluant le modèle de McGill qui nous a servi de toile de fond et la théorie du sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1977, 1986, 2003) dont nous nous sommes inspirées. La deuxième partie concerne les notions générales du SCA, les facteurs de risque, la prévention secondaire et l'adoption de nouvelles habitudes de vie, pendant et après l'hospitalisation. Enfin, la troisième partie présente les études empiriques liées aux variables d'intérêt de la recherche que nous avons recensées, soit les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité.

Le cadre de référence

Le modèle de McGill

Le modèle de McGill, orienté vers la promotion de la santé de la famille (Allen, 1977), revêt une importance considérable dans tous les milieux de soins de santé. Allen (1977, 1983) estime que les soins infirmiers sont appelés à jouer un rôle complémentaire dans un système de soins de santé primaires qui accorde la priorité au développement et au maintien de la santé. Ce modèle se fonde sur les trois postulats suivants : 1) la santé considérée comme principale ressource d'une nation, 2) la personne, la famille et la communauté qui aspirent au meilleur état de santé et 3) la santé elle-même qui s'acquiert

par un cheminement personnel et une participation active aux soins infirmiers (Gottlieb & Rowat, 1987; Kravitz & Frey, 1989; Laizner, 2002).

Le modèle décrit la pratique infirmière à partir des relations entre les quatre concepts centraux qui composent le métaparadigme infirmier soit la santé, l'individu, l'environnement et les soins infirmiers. La santé est l'élément central du modèle McGill et représente l'objectif de la pratique des soins infirmiers (Gottlieb & Rowat, 1987). Selon Allen (1979), c'est un processus social axé sur la relation interpersonnelle et l'apprentissage, concept-clé du modèle relié aux quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier (Kravitz & Frey, 1989). C'est aussi un concept multidimensionnel et dynamique qui correspond à une façon de vivre, d'être, de se développer et de devenir (Gottlieb & Rowat). La santé et la maladie sont deux concepts qui peuvent coexister (Allen, 1981, 1983). À cet égard, la santé est un processus qui évolue au cours de l'apprentissage au moment où le patient prend conscience de la nécessité d'adopter de saines habitudes de vie (Allen, 1981, 1983).

L'apprentissage amène le patient à adopter des comportements favorables à sa santé. Ce processus recouvre deux dimensions indissociables : l'adaptation ou « coping » et le développement (Allen, 1983; Allen & Warner, 2002; Gottlieb & Rowat, 1987; Warner, 1981). D'une part, selon Gottlieb et Rowat, le coping se définit comme étant l'effort fourni par le patient et sa famille pour affronter des situations problématiques afin de modifier des habitudes de vie nuisibles à la santé. Il a pour objectif la maîtrise ou la résolution de problèmes (Gottlieb & Rowat; Warner). Il fait appel à la reconnaissance de ces mauvaises

habitudes, à l'identification des besoins d'apprentissage et à la découverte des moyens qui permettront au patient de les modifier. D'autre part, le développement vise la réalisation des objectifs que le patient s'est fixés en fonction de ses habiletés. Le développement implique la reconnaissance, l'énergie, la mobilisation et la régulation des ressources que possède le patient dans un contexte social donné (Gottlieb & Rowat; Warner), soit les ressources personnelles comme l'auto-efficacité. C'est pourquoi dans la présente étude, l'apprentissage devrait être orienté sur l'identification des besoins d'apprentissage prioritaires du patient, sur la reconnaissance du comportement à modifier et sur le sentiment d'auto-efficacité.

Le modèle de McGill conceptualise l'individu sous l'angle «personne-famille». Cette conceptualisation ne nie pas l'importance de l'individu, mais le perçoit plutôt à travers la famille. C'est pourquoi ce modèle reconnaît l'influence de la famille auprès du patient, de même que l'inverse, soit l'influence du patient sur sa famille (Laizner, 2002). En effet, le patient et sa famille jouent un rôle actif dans le processus d'apprentissage et constituent en quelque sorte un système ouvert en interaction constante entre les proches et l'environnement (Gottlieb & Rowat, 1987; Laizner). Le patient et sa famille ont la capacité de trouver les moyens d'affronter les situations et les événements problématiques. Les comportements favorables à la santé s'acquièrent donc au sein de la famille et de l'environnement et sont reliés aux croyances, aux valeurs, aux expériences et aux habitudes de vie du patient. L'environnement est le contexte social dans lequel se développe l'apprentissage (Gottlieb & Rowat; Kravitz & Frey, 1989; Laizner). Il comprend le milieu

hospitalier, familial et communautaire, le lieu de travail, l'école ou tout autre milieu où peut se faire l'apprentissage des comportements nécessaires à l'adoption de saines habitudes de vie (Kravitz & Frey; Laizner).

Selon le modèle de McGill, les soins infirmiers ont pour but d'engager le patient dans le processus d'apprentissage afin de l'amener à adopter de saines habitudes de vie (Gottlieb & Rowat, 1987). Selon nous, c'est à l'infirmière qu'incombe la responsabilité d'encourager le patient à identifier ses besoins d'apprentissage, ses habitudes de vie face aux facteurs de risque du SCA et son sentiment d'auto-efficacité. L'intervention sera donc centrée sur l'interaction entre le patient et l'infirmière, sur la collaboration du patient et sur sa participation active au processus d'apprentissage (Allen & Warner, 2002; Gottlieb, 1982, Gottlieb & Rowat). Le rôle de l'infirmière sera effectivement de s'assurer que le patient et sa famille possèdent la motivation, l'énergie et la capacité nécessaires pour réaliser le changement exigé (Allen, 1981; Gottlieb; Gottlieb & Rowat). Elle devra, par ailleurs, jouer les rôles de stimulatrice, collaboratrice, négociatrice et coordonnatrice, afin d'aider le patient à atteindre ses objectifs (Gottlieb; Allen, 1983). En somme, le modèle de McGill met l'accent sur la santé et l'apprentissage et sur l'adoption de nouveaux comportements dans un contexte social donné.

Le processus d'apprentissage de la santé du modèle de McGill s'inspire de la théorie sociale cognitive de Bandura (1980, 1986). Selon cet auteur, le comportement est un déterminant interactif entre les facteurs cognitifs et les influences environnementales qui agissent de façon réciproque et continue. La santé est un concept évolutif, dynamique, dont

la finalité est l'adoption de comportements sains. Selon la théorie sociale cognitive, le comportement humain résulterait soit d'expériences personnelles, soit d'observations. L'entourage et l'environnement de même que les professionnels de la santé amèneraient le patient à modifier son comportement. L'observation lui permettrait de découvrir les moyens ou la manière de modifier une habitude de vie. Enfin, selon cette théorie, le patient qui reconnaîtrait l'importance du sentiment d'efficacité personnelle ou qui se percevrait comme étant efficace, réussirait à adopter de nouvelles habitudes de vie.

La théorie du sentiment d'efficacité personnelle

La théorie sociale cognitive de Bandura (1980, 1986) explique le comportement de l'individu en termes d'interactions continues entre les déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux. Par ailleurs, la théorie sociale cognitive de Bandura axée sur le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité (1977, 1982, 2003) a servi de cadre de référence.

Pour Bandura (1991), le patient possède la capacité de réfléchir et de réagir, ce qui lui permet de maîtriser sa pensée, ses sentiments, ses motivations et ses actions. De façon concrète, il adopte de nouveaux comportements à la suite des résultats positifs d'expériences données. Il se fixe un type de comportement qui lui sert de guide, de motivation et de règle et qui se répercute sur sa façon de réfléchir et de réagir. Cependant, de telles connaissances et habiletés ne sont pas suffisantes pour lui permettre de modifier un

comportement nuisible à sa santé. Il aurait également besoin d'éprouver un sentiment d'efficacité pour réaliser le changement de comportement souhaité. Bandura (1986) définit l'auto-efficacité comme étant le jugement du patient en sa capacité à organiser et à exécuter une action donnée afin de réaliser une performance. Comme on peut le constater, l'auto-efficacité ne fait pas appel à ses habiletés, mais à la perception qu'il a de sa capacité à atteindre ses objectifs avec les habiletés qu'il possède.

Deux types d'attentes sont susceptibles de déterminer le comportement d'un patient. Le premier concerne le résultat des actions accomplies en vue d'un changement de comportement; le second est lié au sentiment d'auto-efficacité face à un changement de comportement (Bandura, 1977, 1980). La manière dont le patient conçoit le sentiment d'auto-efficacité est le fruit d'une réflexion sur sa capacité d'organiser et d'exécuter un changement de comportement. Par contre, l'attente des résultats est le fruit de sa perception des conséquences que ce changement pourrait entraîner (Bandura, 2003). C'est le cas du patient atteint d'un SCA qui doit entreprendre la pratique d'exercices physiques. D'une part, les attentes de résultats font appel à la conviction qu'un changement de comportement lui permettra d'obtenir les résultats souhaités, notamment la prévention d'une récurrence. D'autre part, les attentes concernant le sentiment d'auto-efficacité lui permettent de croire en sa capacité d'adopter de nouveaux comportements comme la pratique d'exercices physiques. Nous estimons la notion de sentiment d'auto-efficacité essentielle au cadre et aux fins de cette recherche.

Bandura (2003) distingue trois étapes lors d'un changement de comportement : 1) l'adoption de nouvelles habitudes de vie, 2) l'expérimentation d'un nouveau comportement et 3) son maintien au fil du temps. La confiance en l'efficacité personnelle agit sur la motivation du patient. Elle influence sa décision de modifier ses habitudes de vie et de persévérer dans la poursuite de ses objectifs, facilite la reconduction du contrôle en cas de faux pas et garantit le maintien de ce nouveau comportement.

Le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient face à un changement de comportement est fondé sur quatre sources d'apprentissage: la performance, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et l'éveil émotionnel (Bandura, 1977, 2003). La performance est basée sur les expériences personnelles du patient. Elle constitue un indicateur de capacité en faveur de l'obtention d'un changement de comportement; l'assurance que possède un patient en sa capacité de surmonter les difficultés renforce son efficacité. Il va de soi que la réussite augmente l'efficacité personnelle alors que l'échec la diminue. Cependant, certaines difficultés ou échecs sont positifs puisqu'ils prouvent que la réussite est normalement le fruit d'efforts soutenus. L'expérience vicariante ou l'apprentissage par observation amène le patient à penser que si d'autres ont réussi à changer de comportement, il pourra également le faire. Cependant, il est préférable d'observer des patients victimes de la même maladie qui, grâce à des efforts soutenus, ont réussi à surmonter les mêmes difficultés pour parvenir à modifier leurs habitudes de vie. La persuasion verbale des proches du patient et des professionnels de la santé qui croient en sa capacité de surmonter les difficultés, de même que son éveil émotionnel, susceptibles de

provoquer des émotions capables de vaincre l'appréhension qu'il éprouve à changer de comportement, sont également des critères importants.

D'autre part, l'attente d'efficacité personnelle comporte trois dimensions : le niveau, la généralité et la force. Le niveau représente le défi et les obstacles à la réussite d'un comportement donné. La généralité décrit la capacité de modifier un comportement dans certaines situations ou contextes. Enfin, la force correspond au degré de confiance du patient face à la poursuite de ses objectifs : un faible degré de confiance est susceptible de l'amener à abandonner le processus de changement en cas de mauvaises expériences ou face à certains obstacles, alors qu'un degré élevé de confiance l'amènera à persévérer en pareilles circonstances. En effet, plus le degré du sentiment d'efficacité personnelle sera élevé, plus constante sera la persévérance et plus le patient aura de chances de réaliser le changement de comportement souhaité (Bandura, 1977, 2003). Ces dimensions ont des répercussions importantes car elles influencent directement la capacité d'un patient à changer de comportement.

En somme, le sentiment d'auto-efficacité se fonde, non pas sur les habiletés du patient, mais plutôt sur sa capacité à les mettre à profit (Bandura, 1986). La confiance du patient en ses propres capacités influence pratiquement tous ses agissements, sa manière de penser, de ressentir les choses et de se comporter (Bandura, 2003). L'attente d'efficacité personnelle et les attentes des résultats escomptés sont deux phénomènes différents, le premier concerne le sentiment de confiance du patient face à l'adoption d'un comportement

donné et le second, la confiance que ce comportement donnera sur le ou les résultats espérés (Bandura, 1977, 1980).

La recension des écrits qui suit concerne les notions générales du SCA, les effets du changement de comportement face aux facteurs de risque (tabagisme, alimentation, sédentarité), la prévention secondaire et, finalement, l'adoption de nouvelles habitudes de vie.

Syndrome coronarien aigu, facteurs de risque, prévention secondaire et modification du comportement

Notions générales sur le syndrome coronarien aigu (SCA)

Le SCA demeure la première cause de mortalité dans les pays développés (Benjamin, Smith, Cooper, Hill & Luepker, 2002; Murray & Lopez, 1997a). Bien que le taux de mortalité associé aux SCA varie d'un pays à l'autre (Murray & Lopez, 1997a; Tunstall-Pedoe, et al., 1999), il n'en demeure pas moins élevé partout dans le monde (Murray & Lopez, 1997a). Murray et Lopez (1997b) estiment que cette maladie ne devrait malheureusement pas cesser de sévir au cours des prochaines années. Selon les projections de Murray et Lopez, elle deviendra la première cause de mortalité dans le monde entier d'ici l'an 2020, particulièrement dans les pays développés et la troisième dans les pays en voie de développement.

En Espagne, le SCA, notamment l'infarctus du myocarde et l'angine instable constituent la première cause de décès (INE, 2003) et d'hospitalisation (Balaguer & Tomas, 2004). Marrugat, Elousa et Marti (2002) estiment que, de 1997 à 2005, le nombre de cas d'infarctus du myocarde aura augmenté annuellement de 2,28 % (soit un total de 9 847 cas) et le nombre d'hospitalisations à la suite d'un SCA, de 1,41 % (ou 8 817 cas). En 2002, le nombre de patients victimes d'un infarctus du myocarde s'élevait à 68 500; 66 % d'entre eux avaient été hospitalisés, les autres étant décédés avant d'avoir été hospitalisés. Enfin, 33 500 patients auraient été hospitalisés à la suite d'une angine de poitrine instable; 4,5 % décédaient trois mois après leur hospitalisation. Plus de la moitié de ces patients étaient âgés de 75 ans ou plus. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et des facteurs de risque du SCA tels que la sédentarité ou le tabagisme, le nombre de cas de maladies coronariennes devrait augmenter au fur et à mesure que ces phénomènes se manifesteront (Marrugat, Medrano & Tresserras, 2001).

Entre 1995 et 1996, Lopez-Bescós et collaborateurs (1999) ont mené une étude épidémiologique qui révèle que 34,6 % des 10 000 patients cardiaques interrogés étaient fumeurs ce qui est sensiblement plus élevé que le 31 % observé dans la population en général, 31,1 % étaient hypertendus, 24,2 % souffraient d'hyperlipidémie et 14,3 % de diabète. Dans la province de Girona, où nous avons mené notre étude, la prévalence de ces différents facteurs de risque rejoignait ces données (Masià et al., 1998).

La prévention secondaire de la maladie cardiaque

La prévention secondaire de la maladie cardiaque devrait viser une diminution de la fréquence de récurrences et une amélioration de la gestion du traitement et des facteurs de risque (Benjamin et al., 2002; Plaza, 2003; Velasco, et al., 2000). À cet égard, l'étude de Hunink et collaborateurs (1997) révèle une baisse de 3,4 % du taux de mortalité par année aux États-Unis de 1980 à 1990, plus de la moitié étant attribuable aux mesures de prévention primaire et secondaire et 43 %, à l'amélioration des traitements. La lutte contre la maladie se situe donc non seulement au niveau du traitement, mais également au niveau de la prévention (Gulanick, 1998). En effet, au-delà de l'efficacité du traitement d'urgence, de l'angioplastie ou de la chirurgie, la prévention devrait aussi s'attaquer à la lutte et au contrôle des facteurs de risque de la maladie.

Malgré l'évidence des bénéfices du changement de mode de vie, l'abandon des pratiques nuisibles à la santé s'avère difficile (Gulanick, 1998). À cet égard un grand nombre de spécialistes ont élaboré des programmes de prévention incluant des stratégies pour combattre les facteurs de risque de même que des directives à l'intention des professionnels de la santé pour aider le patient à adopter de nouveaux comportements (Benjamin et al., 2002; Velasco et al., 2000). Ces programmes de prévention sont appliqués au cours et à la suite du séjour à l'hôpital et visent à améliorer la capacité cardiaque du patient, à regrouper les mesures propres à contrôler les facteurs de risque, à encourager la

pratique d'exercices physiques et à prévenir les malaises sur les plans psychologique et social (Plaza, 2003).

Bien que de façon générale, les recherches effectuées dans le domaine de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque aient démontré les avantages de la thérapie, seulement 2 % à 4 % des patients atteints du SCA participent à un programme de réadaptation en Espagne (Espinosa et al., 2004; Plaza, 2003), contrairement aux autres pays occidentaux où la participation à de tels programmes atteint 36 %. Il est possible que ce faible taux de participation soit dû à l'âge, à la complexité de leur maladie ou aux multiples facteurs de risque auxquels ils étaient confrontés (Gulanick, 1998).

Changements de comportements ou d'habitudes de vie

L'adoption de nouveaux comportements représente un défi et un effort importants pour le patient à la suite du congé de l'hôpital. Jaarsma, Kastermans, Dassen et Philipsen (1995) ont mené une étude auprès de 82 patients, six mois après leur congé. Ils ont estimé que 59 % d'entre eux appréhendaient des réactions émotionnelles, 59 %, des changements dans leur condition physique, 56 %, les effets secondaires du traitement et 54 %, les craintes associées à la convalescence. D'ailleurs, Bennet (1992) estime que, entre les deuxième et douzième semaines suivant leur congé de l'hôpital, les patients victimes d'un infarctus du myocarde éprouvent certains malaises (douleur, arythmie, peur) de même que

des difficultés d'ordre moral au niveau des relations sociales (conjoint, famille, amies), du retour au travail (insécurité) et de l'auto-soin (diète, médicaments, hypertension, tabac).

Avant de décider de modifier leurs habitudes de vie, les patients doivent pouvoir reconnaître celles qui sont nuisibles à leur santé et établir des priorités. Isla et al. (2002) ont mené une étude descriptive transversale en Espagne afin d'identifier les facteurs de risque chez les patients atteints d'un premier épisode de SCA de même que la perception qu'ils en avaient et l'importance qu'ils lui accordaient. L'échantillon était composé de 59 sujets. Les résultats ont démontré que la majorité des sujets présentaient les facteurs de risque classiques de la maladie, sans toutefois les associer à cette dernière. Ainsi, 36 % d'entre eux étaient fumeurs, et de ceux-ci, la majorité ne se souciait pas des effets nuisibles du tabac; 32 % abusaient de l'alcool et 75 % considéraient l'alcool comme une boisson fortifiante; 72,4 % avaient une diète riche en graisse et seulement 7 % considéraient que leur diète était inappropriée; 60 % des patients étaient sédentaires et, enfin, 73,7 % avaient l'impression que la cardiopathie ischémique les amènerait à changer les habitudes de vie qu'ils estimaient les plus difficiles à modifier.

Dans cette optique, Murray (1989) a analysé le degré de connaissances des patients atteints d'un infarctus du myocarde (n=25) concernant la maladie cardiaque, la qualité de l'information qu'ils avaient reçue de même que les besoins qu'ils avaient ressentis avant leur congé de l'hôpital. Les résultats ont démontré que les patients attribuaient principalement la crise cardiaque à des facteurs psychosociaux tels la surcharge de travail, le stress et l'inquiétude plutôt qu'aux facteurs de risque classiques. Néanmoins, lorsqu'on

les a interrogés sur les connaissances touchant les facteurs de risque considérés comme principales causes de l'infarctus, ils ont mentionné les facteurs de risque physiques tels le tabagisme, l'obésité et la diète. Par exemple, chez les patients fumeurs, 78 % étaient conscients que le tabagisme était un facteur de risque de la maladie cardiaque, mais seulement 33 % le considéraient comme directement responsable de leur maladie. Ces mêmes patients ont par ailleurs estimé que l'information qui leur avait été donnée sur la réadaptation pendant l'hospitalisation était vague et non appropriée à leurs besoins. Murray estime que les conditions physiques, les connaissances de la maladie et les facteurs de risque devraient être évalués avant d'envisager toute intervention à caractère éducatif et que l'information devrait être détaillée et appropriée aux besoins d'apprentissage du patient.

Les programmes d'éducation en matière de santé sont fondés sur les recommandations des professionnels de la santé quels que soient les besoins d'apprentissages du patient (Chan, 1990; Isla et al., 2003, Wang, 1994). En Espagne, les contenus sont exhaustifs et identiques pour tous les patients (Isla et al.). Wang estime qu'on a négligé l'aspect relatif à la perception que se font les patients de leurs besoins d'apprentissage au cours de l'hospitalisation et pendant la convalescence à domicile. Il va de soi que pour amener un patient atteint d'un SCA à modifier ses habitudes de vie, il faut aller au-delà des connaissances et des recommandations. Il nous semble donc que l'enseignement devrait d'abord tenir compte de la perception que se fait le patient de ses besoins d'apprentissage et du processus de cet apprentissage (Murray, 1989; Wingate, 1990). Ainsi, selon Dogde (1969), l'apprentissage du patient donnera les résultats espérés à

condition qu'il reçoive l'information dont il a réellement besoin et qu'il considère essentielle à sa survie physique et psychosociale plutôt que celle qui, selon lui, aurait peu de chance de l'aider à surmonter la maladie.

En conclusion, même si les études soutiennent qu'il est possible de modifier les habitudes de vie face aux facteurs de risque après un événement coronarien, il est indéniable que, pour ce faire, l'enseignement doit tenir compte des besoins d'apprentissage et du sentiment d'auto-efficacité du patient. Si l'on veut que le patient change de comportement, il est important d'identifier ses besoins d'apprentissages face aux facteurs de risque et de connaître les domaines dans lesquels il se sent le plus en confiance. L'identification des besoins du patient permet aux infirmières de connaître ses attentes prioritaires face aux facteurs de risque, alors que l'identification de son sentiment d'auto-efficacité lui permet de mesurer son degré de confiance face à la possibilité de changer un comportement donné.

La recension qui suit porte sur les écrits se référant aux besoins d'apprentissage et au sentiment d'auto-efficacité des patients atteints d'un SCA. Par ailleurs, il nous paraît important de mentionner que les écrits que nous avons recensés dans cette section jusqu'à maintenant ne font état que d'une seule étude sur les changements de comportements en milieu espagnol (Isla et al. 2002).

Besoins d'apprentissage

Au cours des dernières années, les professionnels de la santé se sont intéressés aux besoins d'apprentissage. Bon nombre d'entre eux ont analysé ces besoins dans différentes situations cliniques telles la chirurgie, la médecine générale (Budela et al., 1990; Dodge, 1969), l'hémodialyse (Goddard & Powars, 1982), l'oncologie (Lauer, Murphy & Powers, 1982) et la cardiologie (Czac & Engler, 1997; Frattini, Lindsay, Kerr & Park, 1998; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990; Wehby & Brenner, 1999). Nous retenons dans la présente revue des écrits ceux qui concernent directement la description et la comparaison des besoins d'apprentissage entre l'hospitalisation et la post-hospitalisation en cardiologie.

Modification des besoins d'apprentissage au cours de l'épisode de soins

Les études recensées nous ont permis de constater des différences de perceptions au niveau des besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et au cours de la convalescence à domicile chez les patients atteints d'un SCA. Le tableau 1 illustre les résultats des études qui ont évalué les besoins d'apprentissage à l'aide de l'instrument de mesure « Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) » de Gerard (1982) pendant et après l'hospitalisation.

Tableau 1

Importance des besoins d'apprentissage selon le moment de l'épisode de soins et selon les auteurs ayant utilisé l'instrument de mesure CPLNI

Catégories	<i>Gerard et Peterson, 1984</i>		<i>Karlik et Yarcheski, 1987</i>		<i>Karlik et al., 1990</i>		<i>Wingate, 1990</i>			<i>Chan, 1990</i>	
	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃	T ₁	T ₂	T ₃	T ₂	T ₃
Introduction unité de soins coronariens	6	2	4	5	7	4	8	8	8	-	-
Anatomie et physiologie	7	3	2	3	4	5	2	1	3	2	3
Facteur Psychologique	3	5	8	8	5	8	5	7	7	5	5
Facteurs de risque	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1
Information médication	2	4	3	2	2	2	7	3	2	1	2
Information diète	8	7	7	4	8	3	6	6	6	4	4
Information activité physique	4	8	6	6	3	6	3	5	4	7	6
Information générale	5	6	5	7	6	7	4	4	5	6	7

T₁- Unité de soins coronariens T₂- Unité post-coronariens T₃- Convalescence à domicile

Ce tableau indique le rang d'importance des besoins d'apprentissage à partir de la moyenne la plus élevée (rang 1) à la moyenne la plus basse (rang 8) (Chan 1990; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990). Il est à noter que l'hospitalisation comprend la période à l'unité des soins coronariens (T₁) et à

l'unité des soins post-coronariens (T₂) et que la convalescence à domicile correspond au moment du suivi à la consultation externe (T₃).

Dans l'étude de Gerard et Peterson (1984) la catégorie *facteurs de risque* est considérée comme la plus importante pour les deux périodes. Cette étude a démontré de grandes différences entre les deux périodes quant à cinq catégories, soit *l'introduction à l'unité des soins coronariens, l'anatomie et la physiologie, les facteurs psychologiques, l'information sur la médication et l'information sur l'activité physique*. Ainsi, pendant l'hospitalisation, *l'information sur la médication* occupait le deuxième rang des catégories prioritaires, alors qu'au cours de la convalescence à domicile c'était plutôt *l'introduction à l'unité des soins coronariens* qui occupait ce même rang.

De façon générale, les besoins d'apprentissage concernant la catégorie *introduction à l'unité des soins coronariens* touchent les règlements propres à l'unité des soins coronariens et les procédés thérapeutiques. Gerard et Peterson rapportent que pendant la collecte des données lors de l'hospitalisation, les patients disaient avoir reçu l'information suffisante sur les procédés thérapeutiques; ils ne croyaient d'ailleurs pas que leur opinion pourrait avoir un effet sur les directives de l'unité. Cependant, ces auteures n'apportent aucune explication à l'égard de cette catégorie au cours de la convalescence à domicile. Il est possible que les patients n'aient pas réussi à assimiler l'information sur les procédés thérapeutiques ou qu'ils aient eu besoin de connaître la raison pour laquelle ils devaient observer ces procédés thérapeutiques une fois à domicile. Parallèlement, certains auteurs soutiennent que, même si les patients reçoivent des renseignements pendant

l'hospitalisation, ils n'assimilent pas toute l'information donnée (Scalzi et al., 1983; Escude et al., 1998; Sivarajan et al., 1983). Selon Wang (1994) les patients sont susceptibles de mieux apprendre et de retenir l'information relative à leur état de santé lorsque leur niveau d'inquiétude baisse.

L'étude de Gerard et Perterson (1984) a été reprise par Karlik et Yarcheski (1987) qui ont également constaté de légères différences de perceptions entre l'hospitalisation et la convalescence à domicile. Trois catégories de besoins ont concordé au cours des deux périodes à l'étude soit, en priorité, *les facteurs de risque, l'information sur l'activité physique* et, enfin, *les facteurs psychologiques*. Par contre, cette étude signale une différence marquée au sujet des besoins d'apprentissage face à *l'information sur la diète* qui se situait au septième rang d'importance pendant l'hospitalisation et qui passe au quatrième rang au cours de la convalescence à domicile. Sommairement, l'étude indique surtout des similitudes entre les deux périodes concernées.

Pour leur part, Karlik et collaboratrices (1990) ont identifié l'importance des besoins d'apprentissage perçue par les patients atteints d'angine de poitrine (n=30). Les auteures démontrent que les patients ont considéré importantes les huit catégories de cet instrument. Pour les deux périodes, ils ont estimé que *les facteurs de risque* et *l'information sur la médication* constituaient les deux principaux besoins d'apprentissage. Les autres catégories ont été classées de façon différente avant et après l'hospitalisation. Les catégories *d'introduction à l'unité des soins coronariens, de facteurs psychologiques, d'information sur la diète et d'information sur l'activité physique* ont subi des fluctuations

importantes entre ces deux périodes. Ainsi, *l'information sur l'activité physique*, classée au troisième rang pendant l'hospitalisation, passait au sixième rang pendant la convalescence à domicile.

Wingate (1990) a mesuré et comparé le degré d'importance des besoins d'apprentissage des patients atteints d'un infarctus du myocarde (n=32) à l'unité des soins coronariens, à l'unité des soins post-coronariens et à domicile. Les patients ont évalué chacune des catégories mentionnées précédemment comme étant modérément importante à très importante. De façon logique, la catégorie *introduction à l'unité des soins coronariens* pendant la convalescence à domicile a enregistré le score le moins élevé. *L'anatomie et la physiologie, les facteurs de risque et l'information sur la médication* ont été considérés prioritaires dans l'unité des soins post-coronariens. Pendant la convalescence à domicile, les patients ont classé ces catégories de besoins dans un ordre différent de celui de la période précédente.

Parallèlement, Chan (1990) a comparé le degré d'importance des besoins d'apprentissage des patients atteints d'un infarctus du myocarde deux jours avant le départ de l'hôpital (n = 30) et deux semaines après le congé (n = 26). Cette auteure n'a pas retenu la catégorie *information à l'unité des soins coronariens*. Bien que classés différemment, les besoins considérés comme hautement prioritaires ont été les mêmes : *l'information sur la médication, l'anatomie et la physiologie et les facteurs de risque* au cours de l'hospitalisation. Deux semaines après le congé, les patients ont priorisé les *facteurs de risque, l'information sur la médication et l'anatomie et la physiologie*.

Malgré qu'il s'agisse d'une étude transversale ayant examiné les besoins d'information seulement à la suite du congé hospitalier, nous rapportons la seule étude sur les besoins d'information réalisée en Espagne et menée par Castro (1991) lors de la première visite de contrôle à la suite du congé hospitalier. Réalisée auprès de 116 patients atteints d'un infarctus de myocarde, elle avait pour but d'identifier les «besoins d'information» à l'aide d'un questionnaire élaboré spécialement à cet effet. Les résultats ont démontré que 103 patients estimaient manquer d'information dont 20 % sur *l'activité physique*, 33 % sur *le tabagisme* et 84 % sur *l'alimentation*, bien qu'ils en aient déjà reçu à la suite de leur infarctus. Selon cette auteure, 60 % des patients vivaient dans la crainte et l'insécurité face à l'avenir (ex. : la maladie, la réinsertion au travail, la reprise de l'activité sexuelle, etc.).

En résumé, au cours de ces deux périodes, nous avons pu constater que les patients ont évalué certaines catégories comme étant modérément importante à très importante (Chan, 1990; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990). *Les facteurs de risque* ont constitué la catégorie la plus importante pendant et après l'hospitalisation (Gerard & Peterson; Karlik & Yarcheski; Karlik, et al.; Wingate). Majoritairement, les études recensées ont montré que *l'information sur la médication* et *l'anatomie et physiologie coronarienne* constituaient des catégories prioritaires de besoins d'apprentissage pendant les deux périodes car elles se situaient entre le deuxième et le troisième rang d'importance (Chan; Karlik & Yarcheski; Karlik, et al.; Wingate). Selon ces auteurs, les patients ont démontré leur motivation à intégrer certaines informations qui les

aidaient à gérer la maladie. D'autre part, nous constatons que les patients ont une tendance à classer *les facteurs psychologiques, l'information sur la diète, et l'information sur l'activité physique* comme moins importantes au niveau de l'apprentissage; en général ces catégories se situent entre les quatrième et huitième rangs au cours de ces deux périodes de soins.

D'ailleurs, les patients ont perçu des différences selon qu'il s'agissait de la période d'hospitalisation ou de convalescence à domicile. Dans l'étude de Karkik et collaboratrices (1990), par exemple, *l'information sur la diète* occupe le dernier rang pendant l'hospitalisation et le troisième, au cours de la convalescence. En outre, l'étude fait état de trois catégories d'apprentissage où se manifestent les plus grandes variations entre les deux périodes, soit *les facteurs psychologiques* (Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987), *l'information sur la diète* (Karlik & Yarcheski; Karlik, et al.) et *l'information sur l'activité physique* (Gerard & Peterson; Karlik & Yarcheski; Wingate, 1990). Enfin, selon Wang (1994), le besoin d'apprendre dépendrait de l'état de la convalescence du patient de même que du niveau des besoins qu'il tente de satisfaire.

Le sentiment d'auto-efficacité

Un nombre considérable de professionnels de la santé ont analysé le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité dans le contexte de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque au tout début de l'hospitalisation et à la suite du congé hospitalier

(Barnason et al., 2003; Jeng & Braum 1997; King, Humen, Smith, Phan & Teo, 2000; Steele & Ruzicki 1987). Leurs travaux visaient essentiellement l'obtention d'un changement d'habitudes de vie. C'est pourquoi ils sont axés sur l'éducation du patient, notamment sur l'activité physique, comme moyen de prévenir la récurrence cardiaque et contrôler ses facteurs de risque.

Selon Bandura (2003), le sentiment d'auto-efficacité varie en fonction du comportement envisagé face au tabagisme, à l'alimentation, à la sédentarité. L'évaluation de ce sentiment devrait se faire au niveau du changement de comportements spécifiques liés à une attente de performance différente (Gortner, Houston-Miller & Jenkins 1988). Malheureusement, très peu de recherches sont axées sur la description et la comparaison du sentiment d'auto-efficacité face à l'adoption d'un nouveau comportement dans l'un ou l'autre de ces domaines pendant et/ou après l'hospitalisation. Majoritairement, ces recherches ont tenté de cerner la relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et la réduction des facteurs de risque du SCA à la suite de la reprise de l'activité physique (Jeng & Braum 1997; Oldridge & Rogowski 1990), de l'abandon du tabac ou de son maintien (Schmitz, Spiga, Rhoades, Fuentes & Grabowski, 1999; Taylor, Houston-Miller, Killen & DeBusk, 1990) et de l'adoption de saines habitudes alimentaires (Mahler, Kurlik & Tazani, 1999; Toobert et al., 1998). Nous tenterons d'exposer certains résultats des recherches qui offrent une description de l'évolution du sentiment d'auto-efficacité. Par ailleurs, la majorité des études sur ce sujet sont de nature expérimentale. L'objet de la revue des écrits recensés n'étant pas de démontrer l'efficacité de différents types de programmes, les

résultats des effets du programme sur le sentiment d'auto-efficacité ne seront pas présentés. Nous ne retiendrons que les résultats descriptifs qui illustrent ou non une évolution du sentiment d'auto-efficacité entre le séjour hospitalier et la convalescence à domicile. Nous avons pu observer ces résultats en suivant l'évolution du sentiment d'auto-efficacité chez les sujets d'un groupe-témoin en l'absence d'interventions visant à modifier le sentiment d'auto-efficacité.

Évolution du sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'efficacité personnelle évolue en fonction des circonstances (Gortner et al., 1988). Bon nombre de chercheurs ont associé la durée de la convalescence à une augmentation importante du sentiment d'auto-efficacité. D'une part, les écrits que nous avons recensés illustrent l'aspect dynamique de ce sentiment. Perkins et Jerkins (1998) ont mené une étude descriptive corrélationnelle dans le but de mesurer les relations entre le degré d'auto-efficacité, le degré de réussite du comportement choisi et l'état d'humeur du patient à la suite d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (n=90). Ces mesures ont été prises à la suite de l'angioplastie et avant le congé de l'hôpital, de même que pendant la convalescence à domicile deux semaines après l'hospitalisation. Pour leur analyse, ces auteures ont utilisé l'instrument de mesure « Self-Efficacy Expectation Scale » de Jenkins (1989). Cet instrument mesure le degré de confiance du patient, au moyen d'une échelle de type Likert allant de 1 « aucune confiance » à 10 « très confiant », face à une

diversité de comportements tels que la marche, l'alimentation, le maintien de la santé, les responsabilités et la reprise du travail. Les résultats ont démontré un degré de confiance élevé pour tous les comportements pendant l'hospitalisation. De plus, deux semaines plus tard, les moyennes de degré de confiance avaient augmenté de façon significative pour la marche, l'alimentation, le maintien de la santé et la reprise du travail. Cependant, du point de vue statistique, la différence de moyennes entre les deux périodes n'était pas significative en ce qui concerne la confiance face à la reprise des responsabilités.

Karlik et al. (1990) ont comparé les intentions de 15 patients souffrant d'angine de poitrine face à l'adoption d'un régime thérapeutique pendant et suivant l'hospitalisation. Les mesures ont été prises à l'aide de « The Health Intention Scale (HIS) » et de « The Health Behavior Scale » (HBS) de Miller, Johnson, Garret, Wikoff & McMahon (1982). Les intentions de changement face à cinq habitudes de vie ont été examinées soit la diète, l'activité physique, le contrôle du stress, le tabagisme et la médication. Selon les résultats, les patients hospitalisés avaient l'intention d'adopter un régime thérapeutique pendant l'hospitalisation et de le suivre pendant la convalescence. Pendant l'hospitalisation, le degré moyen d'intention de suivre ce régime, se situait entre 4,15 et 4,75 sur une échelle de 1 à 5 de type Likert. Par contre, au cours de la convalescence à domicile, le comportement moyen réel variait de 3,10 à 4,40. De plus, les patients avaient comme priorité l'intention d'adopter et de suivre la médication de même que de cesser de fumer, et ce, au cours des deux périodes. Cependant, une différence est observée entre la période d'hospitalisation et la convalescence à domicile dans le cas de la diète, de l'activité physique et du contrôle du

stress. Par exemple, pendant l'hospitalisation, l'intention d'adopter une diète était considérée comme la troisième priorité, la reprise de l'activité physique était la quatrième et le contrôle du stress la cinquième. Par contre, au cours de la convalescence, l'ordre de priorité face au suivi du régime était la reprise de l'activité physique, le contrôle du stress, la diète étant devenue la dernière des recommandations que le patient avait réussi à respecter.

Jenkins et Gortner (1998) ont mené une recherche descriptive corrélationnelle auprès de 199 patients âgés ayant subi une chirurgie cardiaque. La recherche avait pour objectif d'identifier la relation entre le sentiment d'auto-efficacité et le comportement du patient à parcourir une distance. L'étude a été effectuée avant le congé de l'hôpital et dans un intervalle de un à douze mois suite à la chirurgie cardiaque. L'échantillon se composait de 199 patients. Afin de mesurer le sentiment d'auto-efficacité, les auteures ont utilisé le « Self-Efficacy Expectation Scale for Walking » et l'« Activity Cherck-List for Walking » de Jenkins (1989). Le premier instrument a servi à mesurer le degré de confiance à parcourir une distance donnée et le second, le comportement du patient. Les résultats ont démontré que le sentiment d'auto-efficacité avait augmenté de façon progressive au cours de la période d'observation (un, deux, trois, six et douze mois) chez les hommes et chez les femmes. Cependant, le niveau de confiance des femmes était inférieur à celui des hommes. La gravité de l'insuffisance cardiaque, manifestée par de l'œdème des extrémités ou l'essoufflement, a été associée négativement au sentiment d'auto-efficacité, 6 et 12 mois à la suite du congé de l'hôpital. Nous constatons effectivement qu'en l'absence

d'intervention, le sentiment d'auto-efficacité à parcourir une distance donnée augmenterait progressivement après le congé hospitalier.

Taylor et al. (1990) ont analysé les effets d'une intervention au sujet de l'abandon du tabac. Ces auteurs ont utilisé un instrument qui mesure le degré de confiance à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 « aucune confiance » à 100 % « très confiant ». Au cours de l'hospitalisation, les patients atteints d'un infarctus du myocarde du groupe d'intervention présentaient un degré de confiance de 81 % comparativement à celui du groupe de soins habituels qui se chiffrait à 79 %. Un an plus tard, le taux d'abandon de la cigarette était de 71 % chez le groupe d'intervention et de 45 % chez le groupe de soins habituels. Les patients qui avaient recommencé à fumer trois semaines après l'infarctus affichaient un faible degré de confiance vis-à-vis de l'abandon du tabac pendant leur hospitalisation. Bien que les patients du groupe de soins habituels n'aient subi aucune intervention après l'hospitalisation, presque la moitié d'entre eux avait cessé de fumer.

Par ailleurs, Mahler et collaborateurs (1999) ont mené une étude auprès de patients ayant subi un pontage coronarien, dans le but d'évaluer les effets du visionnement de deux vidéocassettes sur la nécessité de suivre une diète et de pratiquer des activités physiques pendant l'hospitalisation et après la chirurgie cardiaque. Les patients (n=216) ont été répartis aléatoirement en trois groupes. L'évolution spontanée du sentiment d'auto-efficacité chez les patients du groupe témoin révèle un degré de confiance plus élevé face à la diète un mois après le congé de l'hôpital comparativement à celui de la période d'hospitalisation et trois mois après le congé. Par contre, en comparant la période

d'hospitalisation, le degré de confiance face à l'exercice physique était pratiquement le même un mois après le congé de l'hôpital et moins élevé trois mois plus tard. Ce même groupe affichait un degré de confiance plus élevé face au régime à faible teneur en matières grasses un mois après le congé de l'hôpital. Par contre, son degré de confiance face à l'exercice physique était inférieur trois mois après l'hospitalisation.

En définitive, selon ces écrits, le degré du sentiment d'auto efficacité évoluerait en fonction des circonstances dans lesquelles se trouve le patient. Nous avons observé que le sentiment d'auto-efficacité face à certains comportements tels la marche, l'alimentation, le maintien de la santé ou la reprise du travail augmentait avec le temps. De même, nous avons constaté des différences entre le degré de confiance face à l'adoption d'un comportement donné pendant la période d'hospitalisation et l'attitude du patient face à ce même comportement au cours de la convalescence à domicile (Karlik, et al., 1990).

Enfin, nous pouvons observer des différences au niveau du degré du sentiment d'auto-efficacité pendant et après l'hospitalisation (Jenkins & Gortner; Perkins & Jerkins). Le degré de confiance du groupe témoin avait augmenté face au régime à faible teneur en matières grasses (Mahler et al., 1999). De même, en l'absence d'intervention, le sentiment d'auto-efficacité du patient face à certains comportements tels la marche (Jenkins & Gortner; Perkins & Jerkins), l'alimentation, le maintien de la santé et la reprise du travail (Perkins & Jerkins) avait également augmenté. Nous avons également constaté qu'au cours de l'hospitalisation, les patients se sentaient confiants de pouvoir modifier leur régime

alimentaire, de pratiquer des activités physiques, de reprendre le travail, de se maintenir en santé (Perkins & Jerkins) et de cesser de fumer (Taylor et al., 1990).

CHAPITRE III

La méthode

Dans le présent chapitre nous présentons la méthode de recherche de notre étude. Nous exposons le devis de recherche, le milieu et l'échantillon, les définitions opérationnelles, la description des instruments de mesure, les démarches préalables à l'étude, le déroulement de la collecte des données, le plan de l'analyse de ces données, et, enfin, les considérations éthiques.

Devis de recherche

Il s'agit d'un devis de type descriptif comparatif où nous décrivons et comparons l'importance accordée par des patients atteints d'un SCA à différentes catégories de besoins d'apprentissage et évaluons le sentiment d'auto-efficacité de ces patients pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital.

Milieu de la recherche

L'étude a été menée à l'Hôpital universitaire Dr Josep Trueta de la ville de Girona, en Espagne, qui relève de l'administration publique et sert de centre de référence à l'ensemble de la province de Girona. D'une capacité de 412 lits, cet hôpital dessert une population de 531 476 habitants. C'est un hôpital général qui fournit presque toutes les technologies de pointe, à l'exception de la chirurgie cardiaque et des greffes d'organes. Nous avons choisi cet hôpital parce que, d'une part, nous y travaillons comme infirmière et,

d'autre part, en raison de notre intérêt pour le développement futur d'un programme d'éducation pour les patients atteints d'un SCA.

Le service ciblé offre des soins infirmiers aux personnes atteintes d'une maladie cardiaque. Il comprend une unité de soins coronariens et une unité de soins post-coronariens. La durée moyenne du séjour est de deux jours et demi dans l'unité de soins coronariens et de sept jours dans l'unité des soins post-coronariens. La collecte des données a été effectuée à l'unité de soins post-coronariens qui accueille 20 patients. Au total, 400 patients habitant la province de Girona sont hospitalisés annuellement à la suite d'un infarctus du myocarde ou d'angine instable.

Échantillon

La population cible de cette recherche était constituée de patients atteints d'un SCA, soit un infarctus du myocarde ou une angine instable. Les patients ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants :

- 1) avoir été hospitalisé à la suite d'un premier épisode aigu d'infarctus du myocarde ou d'angine instable sans complications majeures tels le besoin de ventilation mécanique ou la nécessité d'une chirurgie cardiaque urgente pendant l'hospitalisation;
- 2) parler et comprendre l'espagnol ou le catalan;

3) avoir la capacité mentale et cognitive de répondre aux différents questionnaires de recherche.

Critère d'exclusion :

Les patients hospitalisés dans un centre de convalescence ou de soins prolongés à la suite de leur congé de l'hôpital n'ont pas été retenus car ils pouvaient avoir déjà bénéficié d'un suivi éducatif de la part de professionnels.

La méthode d'échantillonnage est de type non probabiliste (échantillon de convenance). Seuls les patients identifiés par le cardiologue ou par l'infirmière de l'unité de soins post-coronariens comme étant potentiellement éligibles à l'étude ont été invités à y participer.

Définitions opérationnelles et description des instruments de mesure

Nous avons choisi les deux principales variables suivantes : les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité. Nous avons aussi collecté l'information concernant les données sociodémographiques et cliniques reliées aux facteurs de risque de la maladie.

Besoins d'apprentissage

Dans la présente étude, la définition opérationnelle de « besoins d'apprentissage » correspond au degré d'importance accordé par les patients à différentes catégories d'information face à la maladie cardiaque. Nous avons identifié et mesuré ces besoins pendant l'hospitalisation et six semaines après le congé de l'hôpital, à l'aide des versions catalane et espagnole de l'instrument « Cardiac Patient Learning Need Inventory (CPLNI) » de Gerard (1982) (Appendice A).

Description de l'instrument original CPLNI en langue anglaise

Cet instrument contient 43 énoncés classés en huit catégories : l'information quant à *l'introduction à l'unité de soins coronariens, l'anatomie et la physiologie, les facteurs psychologiques* en jeu dans la maladie cardiaque, *les facteurs de risque, l'information sur la médication, l'information sur la diète, l'information sur l'activité physique* et, enfin, *l'information générale*. A la fin du questionnaire, le patient est invité à inscrire la ou les questions au sujet desquelles il souhaiterait recevoir de l'information. Dans la présente étude, la catégorie *introduction à l'unité de soins coronarienne* n'a pas été retenue car certains des participants ont été hospitalisés à l'unité de soins post-coronariens, sans passer par l'unité de soins coronariens. La catégorie *information générale* regroupe les aspects de la maladie cardiaque, qui ne figurent dans aucune autre catégorie, au sujet desquels les

patients aimeraient avoir de l'information. Chacune des sept catégories retenues contient de quatre à sept énoncés dont le degré d'importance a été mesuré au moyen d'une échelle de type Likert allant de 1 « pas important » à 5 « très important ».

L'instrument de mesure CPLNI a été développé par Gerard (1982) et validé par Gerard et Peterson (1984). La pertinence et la clarté des énoncés de cet instrument ont été évaluées indépendamment par six infirmières étudiantes à la maîtrise ou au doctorat et spécialisées en soins cardiovasculaires. À la suite de cette évaluation, des modifications ont été apportées afin de clarifier les énoncés et d'utiliser un vocabulaire plus accessible aux patients. La validité des énoncés de chacune des huit catégories de cet instrument a également été évaluée par une équipe de sept infirmières spécialisées en soins cardiovasculaires sous la supervision de Wingate (1990). À la suite de leurs recommandations, deux énoncés ont été ajoutés à ces catégories.

Dans l'étude de Gerard et Peterson (1984), la cohérence interne de l'instrument mesurée par l'alpha de Cronbach a été de 0,91 pour l'ensemble de l'instrument. Les coefficients alpha de Cronbach pour chacune des catégories se situaient entre 0,68 et 0,96, soit 0,68 pour *l'introduction à l'unité de soins coronariens*, 0,96 pour *l'anatomie et la physiologie coronarienne*, 0,69 pour *les facteurs psychologiques*, 0,86 pour *les facteurs de risque*, 0,89 pour *l'information sur la médication*, 0,89 pour *l'information sur la diète*, 0,81 pour *l'information sur l'activité physique* et 0,84 pour *l'information générale*.

Karlik et Yarcheski (1987), qui ont mené une étude auprès de 30 patients victimes d'un infarctus du myocarde, ont obtenu un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 pour

l'ensemble du CPLNI et une variabilité de 0,77 à 0,85 pour chacune des huit catégories. Plus tard, Wingate (1990) a obtenu un alpha de Cronbach de 0,89 et deux autres études (Karlik et al., 1990; Ashton 1997) ont également rapporté des coefficients alpha de Cronbach de 0,94 et 0,93 pour l'ensemble de l'instrument.

Bon nombre d'études ont utilisé l'instrument CPLNI auprès de patients atteints d'un SCA (Ashton, 1997; Chan, 1990; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990) ou d'autres pathologies cardiaques (Brezynskie, Pendon, Lindsay & Adam, 1998; Fratinni, Lindsay, Kerr & Park, 1998; Hagenhoff, Feutz, Conn, Sagehorn & Moranville-Hunziker, 1994 ; Moranville-Hunziker, Sagehorn, Conn & Hagenhoff, 1993 ; Wehby & Brenner, 1999).

Sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité se définit comme la représentation que se fait un individu de sa capacité d'organiser et d'adopter le comportement nécessaire à l'atteinte d'objectifs qu'il s'est fixés (Bandura, 1986). Dans cette recherche, le sentiment d'auto-efficacité correspond au degré de confiance du patient face à sa capacité de gérer trois facteurs de risque, soit la diète, la sédentarité, et le tabagisme, à l'aide des instruments « Cardiac Diet Self-Efficacy Instrument (CDSEI)» « Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI)» de Hickey, Owen et Froman (1992) (Appendice B) et « Smoking

Self-efficacy Questionnaire (SEQ-12) » d'Etter, Bergman, Humair et Perneger (2000) traduits en catalan et en espagnol (Appendice C).

Description des instruments originaux CDSEI, CESEI en langue anglaise et SEQ-12 en langue française

L'élaboration et la validation des instruments de mesure CDSEI et CESEI ont été réalisées par Hickey et collaborateurs (1992) qui se sont appuyés sur la revue des écrits concernant l'auto-efficacité face à deux facteurs de risque liés à la maladie cardiaque. La validité du contenu de l'instrument a été évaluée par dix spécialistes en soins coronariens et en réadaptation cardiaque, infirmières, nutritionnistes, éducateurs physiques et psychologues qui ont élaboré et analysé les définitions conceptuelles. Ils ont défini l'auto-efficacité comme le degré de confiance des patients face à leur capacité de gérer la diète et l'exercice physique dans différents contextes. Les membres de l'équipe ont formulé 30 énoncés pour chacun des instruments reliés à l'auto-efficacité face à la diète et à l'exercice physique. Les énoncés ont été évalués quant à leur pertinence et leur clarté à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 « aucune confiance » à 5 « très confiant ». Ces énoncés ayant obtenu un score moyen entre 3 et 5 ont été retenus, soit 19 énoncés pour le CDSEI et 18 pour le CESEI. Finalement, 16 des énoncés du CDSEI et du CESEI ont été retenus par un groupe de cinq spécialistes qui avaient été chargés de revoir cette première évaluation. L'échelle finale mesure le degré de confiance en chacun de ces 16 énoncés, lequel a été mesuré au moyen d'une échelle de type Likert. Le score peut varier de 16 à 80. Un score

élevé correspondrait à un degré élevé de confiance susceptible de permettre au patient d'adopter un comportement donné.

La validité prédictive a été évaluée en examinant la relation entre le sentiment d'auto-efficacité face à la diète et à l'exercice physique et le comportement réel de 101 patients ayant participé à un programme de réadaptation cardiaque. De plus, Hickey et ses collaborateurs (1992) ont testé la sensibilité de l'instrument auprès de 370 patients participant à un programme de réadaptation cardiaque et de 109 marathoniens. Tous les participants se sont montrés confiants face à leur capacité d'adopter des comportements conformes au régime cardiaque prescrit par le CDSEI et le CESEI. Comme il avait été prévu par les chercheurs en examinant deux groupes dits « de contraste », les marathoniens ont manifesté davantage de confiance que les patients qui participaient au programme de réadaptation.

La cohérence interne des deux instruments mesurée par l'alpha de Cronbach était de 0,90 alors que le coefficient de corrélation du test – retest (après trois jours) était de 0,86 pour le CDSEI et de 0,87 pour le CESEI. Après avoir évalué le sentiment d'auto-efficacité face à l'adoption de nouveaux comportements à l'égard de l'exercice physique à l'aide de l'instrument CESEI auprès de 64 patients atteints de maladie cardiaque, Yates et collaborateurs (2003) ont obtenu un coefficient alpha de 0,90 pour l'ensemble de l'instrument.

En ce qui concerne le tabagisme, Etter, Bergman, Humair et Perneger (2000) ont développé et validé l'instrument de mesure «Smoking Self-efficacy Questionnaire» (SEQ-

12) visant à mesurer la confiance du patient en sa capacité de s'abstenir de fumer. Le questionnaire a été élaboré à partir d'une revue des écrits sur l'auto-efficacité face au tabagisme et aux situations associées à la tentation de fumer ou de recommencer à fumer. Ces auteurs ont adressé un questionnaire par la poste à 572 fumeurs ou ex-fumeurs afin de recueillir des données qualitatives sur des situations associées à la tentation de fumer ou de recommencer à fumer. Cent quinze personnes ont répondu à ce questionnaire permettant la sélection de 91 énoncés par onze spécialistes de la santé publique de Suisse et de France. La pertinence des énoncés a ensuite été évaluée auprès de 65 fumeurs et ex-fumeurs. Quarante-neuf des 91 énoncés ont été retenus. Enfin, Etter et ses collaborateurs (2000) ont effectué une nouvelle révision du questionnaire afin d'en évaluer les propriétés métrologiques et de réduire le nombre d'énoncés.

Cette dernière version de l'instrument de mesure SEQ-12 se compose donc de 12 énoncés classés selon deux sous-échelles, à savoir les stimuli internes et les stimuli externes. Les énoncés concernant les stimuli internes expriment la confiance du patient de s'abstenir de fumer en faisant face à ses angoisses, sa nervosité, ses soucis et autres contrariétés intrinsèques. La seconde sous-échelle, les stimuli externes, fait appel à la confiance du patient de s'abstenir de fumer en faisant face à l'environnement social, extrinsèque. Le degré de confiance de chacun des énoncés a été mesuré au moyen d'une échelle de type Likert allant de 1 « pas sûr(e) du tout » à 5 « tout à fait sûr(e) ». La cohérence interne mesurée par l'alpha de Cronbach pour la sous-échelle stimuli internes était de 0,95 alors que le coefficient alpha de la sous-échelle stimuli externes était 0,94. Le

test–retest (38 jours plus tard) était de 0,95 pour les stimuli internes et de 0,94 pour les stimuli externes.

Traduction des instruments

Nous avons demandé aux auteurs concernés l'autorisation d'utiliser et de traduire ces instruments de mesure (Appendice D). La traduction a été conforme à la méthode de traduction inversée parallèle (Haccoun, 1987). D'abord, trois infirmières bilingues ont traduit les instruments de mesure de la langue originale anglaise (CPLNI, CDSEI et CESEI) ou française (SEQ-12) à la langue espagnole et catalane. Ensuite, les versions espagnole et catalane ont été retraduites par deux spécialistes de la langue française et de la langue anglaise, professeures au Département des langues modernes de l'Université de Girona, qui ont retraduit les instruments dans la langue originale. Les versions originales et traduites ont ensuite été comparées. Les énoncés ont fait l'objet de discussions entre les responsables de la traduction et de la révision jusqu'à l'obtention d'un consensus afin d'éviter tout contresens ou erreurs d'interprétation. Finalement, trois patients hospitalisés à la suite d'un infarctus du myocarde ont testé les différents instruments de mesure traduits et aucun énoncé n'a été modifié. Cependant, l'échelle de type Likert de l'instrument SEQ-12 a été adaptée mesurant chacun de ces 12 énoncés au moyen d'une échelle de type Likert allant de 1 « aucune confiance » à 5 « très confiant ».

Dans les appendices A, B et C, nous présentons les différents instruments de mesure dans leur langue originale soit l'anglais ou le français, sauf pour le CPLNI pour lequel nous avons présenté la version française de Tanguay (2000) plutôt que la version anglaise originale de Gerard, (1982). Les versions espagnole et catalane utilisées dans la présente recherche sont également présentées.

Résultats psychométriques des instruments dans la présente étude

Dans la présente étude, au cours de l'hospitalisation, la cohérence interne de l'instrument CPLNI mesurée par l'alpha de Cronbach se chiffrait à 0,92 pour l'ensemble de l'instrument pendant l'hospitalisation et à 0,95 six semaines après de l'hospitalisation. Le tableau 2 illustre les variations des coefficients alpha de Cronbach pour les instruments en version espagnole et catalane.

Tableau 2

Coefficients de fiabilité de chacune des catégories de besoins d'apprentissage du CPLNI
des versions catalane et espagnole

Catégories et numéro d'énoncés	Coefficient de fiabilité (Alpha de Cronbach)	
	Hospitalisation	Six semaines après l'hospitalisation
Anatomie et physiologie (6 énoncés)	0,53	0,58
Facteurs psychologiques (5 énoncés)	0,69	0,77
Facteurs de risque (4 énoncés)	0,53	0,69
Information sur la médication (4 énoncés)	0,66	0,83
Informations sur la diète (6 énoncés)	0,77	0,88
Informations sur l'activité physique (5 énoncés)	0,78	0,70
Information générale (7 énoncés)	0,81	0,89

En ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité (tableau 3), la cohérence interne s'avère élevée à la fois pour le CDSEI, le CESEI et le SEQ-12 et ses deux sous-échelles. Quant au SEQ-12 et à ses deux sous-échelles, un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 est enregistré pour l'ensemble de l'instrument pendant l'hospitalisation, alors que le coefficient alpha des stimuli internes est de 0,92 et de 0,87 pour les stimuli externes pendant la même période. Les résultats sont similaires 6 semaines après l'hospitalisation et ce pour les versions espagnoles ou catalanes.

Tableau 3.

Coefficients de fiabilité de CDSEI, de CESEI et de SEQ-12 et de ses deux sous-échelles
des versions catalanes et espagnole

	<i>Coefficient de fiabilité (Alpha de Cronbach)</i>	
	Hospitalisation	Six semaines après l'hospitalisation
CDSEI- Auto-efficacité face à la diète	0,82	0,92
CESEI - Auto-efficacité face à l'activité physique	0,90	0,86
SEQ-12 - Auto-efficacité face au tabagisme	0,94	0,92
Stimuli internes	0,92	0,90
Stimuli externes	0,87	0,84

Questionnaire des données sociodémographiques et cliniques

Nous avons élaboré un questionnaire sociodémographique et clinique concernant l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le travail, la nature de la maladie (infarctus ou angine instable) ainsi que les habitudes de vie relatives au tabagisme, à l'activité physique et au régime alimentaire. Les données sociodémographiques et les informations concernant les habitudes de vie ont été obtenues à l'aide de questions fermées ou semi-ouvertes (Appendice E). Ces données nous ont permis de tracer le profil des sujets participant à l'étude.

Démarches préalables à l'étude

Le projet a été accepté par la direction des soins infirmiers de l'Hôpital universitaire D^r Josep Trueta de Girona, et par le chef et l'infirmière-chef du service de cardiologie. Une fois le projet approuvé, nous avons organisé une rencontre avec les cardiologues et les infirmières du Service de cardiologie afin de leur présenter le projet et d'organiser de façon efficace le recrutement des patients selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Ce projet a été également présenté aux infirmières du centre de recherche REGICOR (Registre Gironi del Cor), responsable du suivi de la majorité des patients hospitalisés à la suite d'un premier SCA. Lors de cette rencontre, le groupe REGICOR nous a informé du nombre de participants potentiels. Les cardiologues ont été chargés de rencontrer les patients afin de les informer de l'étude et de leur proposer un rendez-vous en notre compagnie. Après quoi, nous avons contacté la secrétaire du Service de cardiologie qui nous a facilité l'accès à la liste des patients bénéficiant d'un suivi médical six semaines après l'hospitalisation.

En dernier lieu, nous avons obtenu la collaboration et le consentement écrit des patients que nous avons rencontrés deux jours avant le congé de l'hôpital. Nous les avons mis au courant de notre statut d'étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal et d'infirmière au service de cardiologie du centre hospitalier. Nous leur avons également fait part de la façon dont l'étude serait menée et du fait qu'ils auraient à répondre à quatre questionnaires avant leur congé hospitalier et six semaines après celui-ci, soit lors du suivi

médical. Enfin, nous avons assuré le patient de la confidentialité des données de l'étude et sollicité leur participation.

Déroulement de la collecte des données

Les données ont été collectées en deux temps. Dans un premier temps, soit deux jours avant le congé de l'hôpital, nous avons procédé à une entrevue afin de recueillir une partie des données du questionnaire sociodémographique et clinique. Une fois cette étape franchie, nous avons remis au patient les instruments de mesure sur les besoins d'apprentissage (CPLNI), sur le sentiment d'auto-efficacité par rapport à la diète (CDSEI), à l'activité physique (CESEI) et au tabagisme (SEQ-12). Nous sommes demeurées disponibles lors de la collecte des données afin d'éclairer les patients qui avaient besoin d'explications concernant les questionnaires et de recueillir ces questionnaires une fois complétés.

La deuxième entrevue a constitué le second et dernier temps de la collecte des données. Elle s'est déroulée lors de la visite des patients chez le cardiologue, six semaines après leur congé de l'hôpital. Nous avons alors recueilli les données concernant les habitudes de vie du patient exprimées dans le questionnaire sociodémographique et clinique et lui avons demandé de remplir de nouveau les quatre questionnaires.

Analyse des données

En ce qui concerne la description des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, nous avons utilisé des statistiques descriptives telles que les distributions de fréquences pour les variables discrètes et des mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart type) pour les variables continues. Par ailleurs, nous avons également eu recours à des analyses statistiques descriptives tels la moyenne et l'écart type pour chaque catégorie et énoncé des besoins d'apprentissage et du sentiment d'auto-efficacité. Les besoins d'apprentissage ont aussi été classifiés par ordre d'importance en assignant le score de 1 à la moyenne la plus élevée et de 7 à la moyenne la moins élevée. Cette technique est couramment utilisée dans les écrits scientifiques sur les besoins d'apprentissage (Chan 1990; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990).

Nous avons utilisé le test t de Student pour échantillons appariés pour évaluer si les différences étaient statistiquement significatives entre l'importance accordée par les patients aux besoins d'apprentissage et leur degré de confiance, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur congé de l'hôpital. Enfin, tous les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS et les tests statistiques ont été considérés significatifs à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

Le projet a été accepté par le Comité d'éthique de l'Université de Montréal et par celui de l'Hôpital D^r Josep Trueta de Girona de même que par celui du Comité de recherche du centre hospitalier où l'étude a été menée (Appendice F). La participation à l'étude s'est effectuée sur une base volontaire, de façon anonyme et confidentielle. Nous avons informé les patients des objectifs et des modalités de l'étude par écrit et verbalement au cours d'une entrevue. Nous leur avons assuré de notre entière disponibilité pour toute information supplémentaire. De même, nous les avons informés qu'ils étaient libres de participer ou non à la recherche et qu'il leur serait possible de se retirer en tout temps, et ce, sans aucun préjudice. Les participants ont signé le formulaire de consentement qui contient l'information détaillée en ce qui a trait au but, au déroulement, à la durée de l'étude et à la confidentialité assurée à l'aide d'un code auquel nous seul avons accès (Appendice G).

Afin de pouvoir jumeler les données recueillies pendant l'hospitalisation et six semaines après le congé, nous avons associé les résultats des deux périodes à un numéro accordé à chacun des participants. La liste nominative est gardée sous clé. Les questionnaires seront conservés pendant sept ans et seront détruits une fois l'étude menée à terme.

CHAPITRE IV

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche. La première partie traite de l'échantillon et décrit d'une part, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et, d'autre part, les habitudes de vie des patients. La deuxième partie aborde les questions de recherche relatives au degré d'importance que les patients accordent à différentes catégories de besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation. Elle expose la différence du degré d'importance de ces besoins entre ces deux périodes. Enfin, la troisième partie fait référence aux questions de recherche sur le sentiment d'auto-efficacité. Elle traite du niveau de confiance des patients quant à la gestion du régime alimentaire, de l'activité physique et du tabagisme pendant l'hospitalisation et six semaines après la sortie de l'hôpital, de même que de la différence du niveau de confiance entre ces deux périodes.

Description de l'échantillon

Données sociodémographiques et cliniques

Au cours de la première période de la recherche, 52 patients hospitalisés dans le service de cardiologie de l'hôpital universitaire D^f Josep Trueta de Girona, en Espagne, de juin à octobre 2005, ont participé à ce projet de recherche. Tous étaient d'origine espagnole. Six semaines après l'hospitalisation, soit au cours de la seconde période, six d'entre eux (trois hommes et trois femmes) n'ont pu être rejoints ($n = 46$). Les

caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon sont illustrées dans le tableau 4.

L'âge des patients, en majorité des hommes, variait de 31 à 78 ans, mais plus des trois quarts, soit 84,6 %, étaient âgés de moins de 65 ans. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 53,94 ans. En ce qui concerne leur niveau de scolarité, la moitié avait fait des études primaires, le quart, des études secondaires et le quart restant avaient soit aucune scolarité ou une scolarité universitaire. Les trois quarts d'entre eux avaient un statut de travailleurs et les autres, de retraités. Tous avaient subi un premier événement cardiaque et tous, sauf un, avaient souffert d'un infarctus du myocarde. En ce qui a trait aux facteurs de risque, près des trois quarts d'entre eux souffraient d'hypertension, les deux tiers d'hypercholestérolémie et un cinquième était diabétique.

Tableau 4.
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients pendant
l'hospitalisation (n = 52)

Caractéristiques	n (%)
Âge ($\bar{x} \pm ET$)	53,94 \pm 11,092
Sexe	
hommes	39 (75 %)
femmes	13 (25 %)
Scolarité	
Aucune étude	7 (13,5 %)
Études primaires	26 (50,0 %)
Études secondaires	14 (26,9 %)
Études universitaires	5 (9,6 %)
Travail	
Travailleur	39 (75 %)
Retraité	13 (25 %)
Problèmes de santé	
Premier événement cardiaque	52 (100 %)
Infarctus du myocarde	51 (98,1 %)
Angine instable	1 (1,9 %)
Facteurs de risque	
HTA	37 (71,2 %)
Hypercholestérolémie	33 (63,5 %)
Diabète	11 (21,2 %)

Habitudes de vie

Les habitudes de vie des patients pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation sont exposées dans le tableau 5.

Tabagisme

Nous avons pu observer que pendant l'hospitalisation, 32 patients étaient fumeurs. Tous fumaient la cigarette et 8 d'entre eux fumaient aussi le cigare. En ce qui concerne la quantité de tabac, 9,4 % fumaient quotidiennement de 2 à 10 cigarettes, 34,4 % de 11 à 20 cigarettes et plus de la moitié, plus de 20 cigarettes. Par ailleurs, les trois quarts des fumeurs de cigares n'en fumaient qu'un seul par jour et le quart, deux ou plus. Cependant, six semaines après l'hospitalisation, 25 des 32 fumeurs avaient cessé de fumer; seuls 7 des patients (15,2 %), soit 5 fumeurs de cigarettes et 2 fumeurs de cigares, continuaient de fumer. Parmi les 5 fumeurs de cigarettes, 4 fumaient moins de 10 cigarettes par jour, et un seul fumait de 11 à 20 cigarettes.

Tableau 5.

Habitudes de vie pendant l'hospitalisation et 6 semaines après l'hospitalisation		
Habitudes de vie	Hospitalisation (n = 52)	Six semaines après l'hospitalisation (n = 46)
Fumeur (% oui)	32 (61,5 %)	7 (15,2 %)
Type de tabac		
Cigarettes	32/32 (100 %)	5/7 (71,4 %)
Cigares	8/32 (25 %)	2/7 (28,6 %)
Quantité de tabac (par jour)		
Cigarettes		
2 à 10	3 (9,4 %)	4 (57,1 %)
11 à 20	11 (34,4 %)	1 (14,3 %)
Plus de 20	18 (56,3 %)	0 (0 %)
Cigares		
Un	6 (75,0 %)	1 (14,3 %)
Deux et plus	2 (25,0 %)	1 (14,3 %)
Activité ou exercice physique (% oui)	15 (28,8 %)	41 (89,1 %)
Type d'activité physique		
Marche	9 (60,0 %)	35 (85,4 %)
Autres	6 (40,0 %)	6 (14,6 %)
Fréquence d'activité physique		
Une fois par semaine	3 (20 %)	0 (0 %)
Deux fois par semaine	2 (13,3 %)	0 (0 %)
Trois fois par semaine	3 (20 %)	6 (14,6 %)
Chaque jour	7 (46,7 %)	35 (85,4 %)
Temps consacré par jour		
De 21 à 30 minutes	2 (13,3 %)	4 (9,8 %)
Plus de 30 minutes	13 (86,7 %)	37 (90,2 %)
Suit ≥ 1 régime alimentaire (% oui)	11 (21,2 %)	43 (93,5 %)
Type de régime		
Faible teneur en gras	4 (36,4 %)	41 (95,3 %)
Sans sucre	6 (54,5 %)	10 (23,3 %)
Sans sel	5 (45,5 %)	31 (72,1 %)
Plus d'un régime	4 (36,4 %)	39 (90,7 %)

Activité ou exercice physique

Quinze patients sur 52, soit 28,8%, pratiquaient une activité ou un exercice physique avant leur hospitalisation. La marche, pratiquée par 60 % d'entre eux, constituait l'activité physique la plus importante, tandis que 40 % préféraient d'autres types d'activités telles que le football européen (soccer), le vélo, la gymnastique, la natation ou une combinaison de ces activités. Un peu plus de la moitié des patients s'entraînaient une à trois fois par semaine et presque la moitié le faisait quotidiennement. Parmi ces quinze patients, deux seulement consacraient de 21 à 30 minutes à l'activité physique et 13 d'entre eux, plus de 30 minutes par jour.

Six semaines après l'hospitalisation, 41/46 patients, soit 89,1 %, pratiquaient une activité physique. La plupart de ceux-ci, soit 85,4 %, avait choisi la marche, tandis que 14,6 %, combinaient deux activités physiques. En ce qui concerne la fréquence d'activités physiques, la majorité des patients pratiquaient ces activités trois fois par semaine (14,6%) ou quotidiennement (85,4 %). Le temps consacré à la pratique d'activités physiques était élevé. En effet, près de la totalité des patients actifs, soit 90,2 %, y consacraient plus de 30 minutes par jour et 9,8 %, de 21 à 30 minutes.

Régime alimentaire

Avant l'hospitalisation, 11 patients (21,2 %) suivaient un régime alimentaire et quatre d'entre eux, plus d'un régime. Parmi eux, 36,4 % avaient adopté un régime en faible teneur

en gras, 54,5 % un régime sans sucre et 45,5 % un régime sans sel. Par ailleurs, six semaines après l'hospitalisation, près de la totalité des patients (93,5 %) suivaient un régime alimentaire et 90,7 % d'entre eux en suivaient plusieurs. La plupart avait adopté un régime à faible teneur en gras (95,3 %), près des trois quarts (72,1%), un régime sans sel et seulement 23,3 %, un régime sans sucre.

Besoins d'apprentissage

En réponse à la première question de la recherche, nous présentons les résultats descriptifs des besoins d'apprentissage considérés les plus importants par les patients, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital. Le tableau 6 illustre les catégories de besoins d'apprentissage perçues comme étant les plus importantes pendant les deux périodes à l'étude à partir de l'instrument de mesure CPLNI.

De façon générale, pour les deux périodes, les scores moyens enregistrés pour les différentes catégories de besoins montrent que les patients estiment l'importance à des degrés divers. Par ailleurs, les rangs d'importance ont été accordés aux différentes catégories à partir de la moyenne la plus élevée (rang 1) à la moyenne la plus faible (rang 7). Ainsi, la catégorie *facteurs de risque* se classe au premier rang d'importance pendant l'hospitalisation. Par contre, six semaines plus tard, elle se retrouve au deuxième rang.

Tableau 6

Importance accordée aux besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation

Catégorie de besoins d'apprentissage	Importance accordée aux catégories de besoins d'apprentissage				
	Pendant l'hospitalisation		Six semaines après l'hospitalisation		Valeur p ^b
	$\bar{x} \pm ET^a$	Rang	$\bar{x} \pm ET^a$	Rang	
Anatomie et physiologie	4,48 ± 0,36	2	4,54 ± 0,39	1	0,31
Facteurs psychologiques	4,25 ± 0,55	6	4,18 ± 0,61	7	0,38
Facteurs de risque	4,49 ± 0,38	1	4,49 ± 0,48	2	0,92
Information sur la médication	4,37 ± 0,48	4	4,29 ± 0,65	3	0,32
Informations sur la diète	4,31 ± 0,45	5	4,25 ± 0,65	6	0,36
Information sur l'activité physique	4,22 ± 0,58	7	4,26 ± 0,53	5	0,83
Information générale	4,38 ± 0,46	3	4,28 ± 0,68	4	0,17

^a Les scores varient de 1 (pas important) à 5 (très important)

^b Test t pour échantillons appariés

En ce qui concerne la deuxième question de la recherche: « *Existe-t-il une différence entre le degré d'importance accordé à chacune des catégories de besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital?* », les résultats ne révèlent aucune différence statistiquement significatives entre les deux périodes (valeur p > 0,05).

Ceci se manifeste également dans le rang accordé aux différentes catégories. Ainsi, nous constatons que, mis à part l'information relative à l'activité physique qui gagne un peu d'importance passant du septième au cinquième rang six semaines après l'hospitalisation, les autres catégories ne varient qu'un seul rang d'importance. Étant donné ce faible divergence, en combinant les deux périodes nous constatons que les informations sur *l'anatomie et physiologie* et *les facteurs de risque* demeurent prioritaires durant les deux périodes. À l'opposé, les catégories *d'information sur la diète*, *l'activité physique* et *les facteurs psychologiques* sont considérées les moins importantes.

En ce qui concerne les énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage, les tableaux 7 et 8 illustrent les dix énoncés ayant obtenu la moyenne de scores la plus élevée respectivement pendant et après l'hospitalisation. Pendant l'hospitalisation, les huit énoncés ayant obtenu les scores les plus élevés font partie des trois catégories prioritaires rapportées dans le tableau 6 et présentées précédemment, soit *l'anatomie et physiologie*, *les facteurs de risque* et *l'information générale*. Cependant, les patients jugent également importants les énoncés relevant de la catégorie *facteurs psychologiques*, à savoir : « *Qu'est-ce que je peux faire pour réduire mon stress à la maison? Quel effet le stress peut-il avoir sur mon cœur?* »

Tableau 7

Énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage pendant l'hospitalisation

Catégories de besoins d'apprentissage	Énoncés prioritaires	$\bar{x} \pm ET$
Anatomie et physiologie	Pourquoi est-ce que je ressens des douleurs rétrosternales?	4,64 ± 0,48
	Quelles sont les causes de la crise cardiaque?	4,64 ± 0,63
	Que se produit-il lorsque quelqu'un subit une crise cardiaque?	4,60 ± 0,53
	Comment mon cœur guérit-il?	4,58 ± 0,57
Facteurs psychologiques	Qu'est-ce que je peux faire pour réduire mon stress à la maison?	4,50 ± 0,73
	Quel effet le stress peut-il avoir sur mon cœur?	4,50 ± 0,61
Facteurs de risque	Qu'est-ce que je peux faire pour diminuer les chances d'avoir à nouveau une crise cardiaque ou d'avoir une première crise cardiaque?	4,76 ± 0,43
Information générale	Quels sont les signes et symptômes de l'angine et de la crise cardiaque?	4,72 ± 0,45
	Quels sont les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque	4,64 ± 0,48
	Quand est-il préférable d'appeler un médecin?	4,50 ± 0,61

Les scores varient de 1 (pas important) à 5 (très important)

^a Seule la version catalane ou espagnole a été utilisée auprès des patients. La version française des énoncés reportés ici pour fin de présentation provient de la traduction du CPLNI par Andréanne Tanguay (2000).

Tableau 8

Énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage six semaines après l'hospitalisation

Catégories de besoins d'apprentissage	Énoncés prioritaires	$\bar{x} \pm ET$
Anatomie et physiologie	Quelles sont les causes de la crise cardiaque?	4,70 ± 0,60
	Pourquoi est-ce que je ressens des douleurs rétrosternales?	4,65 ± 0,66
	Comment mon cœur guérit-il?	4,65 ± 0,66
	Que se produit-il lorsque quelqu'un subit une crise cardiaque?	4,62 ± 0,66
Facteurs psychologiques Facteurs de risque	Quel effet le stress peut-il avoir sur mon cœur?	4,57 ± 0,59
	Qu'est-ce que je peux faire pour diminuer les chances d'avoir à nouveau une crise cardiaque ou d'avoir une première crise cardiaque?	4,77 ± 0,42
	Quels facteurs de risque ont pu contribuer au déclenchement de ma maladie cardiaque?	4,55 ± 0,74
Information diète	Comment mon alimentation peut-elle affecter la maladie coronarienne?	4,42 ± 0,78
Information générale	Quels sont les signes et symptômes de l'angine et de la crise cardiaque?	4,60 ± 0,87
	Quels sont les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque	4,55 ± 0,78

Les scores varient de 1 (pas important) à 5 (très important)

^a Seule la version catalane ou espagnole a été utilisée auprès des patients. La version française des énoncés reportés ici pour fin de présentation provient de la traduction du CPLNI par Andréanne Tanguay (2000).

Tout comme pour l'importance des besoins d'apprentissage (tableau 6), six semaines après l'hospitalisation, nous constatons, des similitudes plutôt que des différences par rapport aux dix énoncés spécifiques des besoins d'apprentissage. En effet, 8/10 des énoncés prioritaires rapportés durant l'hospitalisation dans le tableau 7 se retrouvent de nouveau prioritaires six semaines plus tard (tableau 8). Toutefois, deux de ces dix énoncés qui n'avaient pas été retenus pendant l'hospitalisation le sont six semaines plus tard, à savoir : « *Quels facteurs de risque ont pu contribuer au déclenchement de ma maladie coronarienne? Comment mon alimentation peut-elle affecter ma maladie coronarienne?* »

Sentiment d'auto-efficacité

Dans cette partie qui vise à décrire le sentiment d'auto-efficacité, nous présentons les résultats relatifs à la troisième et à la quatrième question de recherche. Le sentiment d'auto-efficacité représente le degré de confiance des individus à gérer des habitudes de vie. Le tableau 9 indique les moyennes et les écarts types de la variable auto-efficacité quant à la diète, l'activité physique et le tabagisme pendant l'hospitalisation et six semaines après la sortie de l'hôpital.

Tableau 9

Sentiment d'auto-efficacité face à la capacité des patients de gérer la diète, l'activité physique et le tabagisme. Pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation

Échelles d'auto-efficacité	Niveau de confiance du sentiment d'auto-efficacité		Valeur p ^b
	Pendant l'hospitalisation	Six semaines après l'hospitalisation	
	$\bar{x} \pm ET^a$	$\bar{x} \pm ET^a$	
Face à la diète (CDSEI)	3,75 ± 0,54	4,01 ± 0,70	0,010
Face à l'activité physique (CESEI)	3,69 ± 0,71	3,93 ± 0,58	0,099
Face au tabagisme (SEQ-12) (score global)	3,82 ± 0,99	4,34 ± 0,79	0,023
sous-échelles:			
stimuli internes	3,87 ± 1,04	4,30 ± 0,90	0,054
stimuli externes	3,78 ± 1,03	4,36 ± 0,79	0,012

^a L'échelle varie de 1 (aucune confiance) à 5 (très confiance)

^b Test t pour échantillons appariés

De façon générale, pendant l'hospitalisation, les patients accordent un degré de confiance « moyen » en leur capacité de gérer ces trois habitudes de vie, ce qui est relativement élevé. Six semaines après le congé hospitalier, les trois valeurs du degré de confiance augmentent. Toutefois, seuls les changements concernant la diète et le tabagisme se révèlent statistiquement significatifs.

Dans le cas du tabagisme, nous avons évalué la confiance du patient en sa capacité de s'abstenir de fumer en présence de stimuli internes et externes. Les stimuli internes représentent la confiance de s'abstenir de fumer lorsqu'on est anxieux, soucieux ou angoissé. Les stimuli externes représentent la confiance de s'abstenir de fumer en fonction de situations sociales externes. Les résultats indiquent que pendant l'hospitalisation et six semaines après l'hospitalisation, les scores moyens des stimuli internes comparés à ceux des stimuli externes sont quasi-identiques.

Pendant l'hospitalisation, les patients sont un peu plus confiants de réussir à cesser de fumer face aux stimuli internes en comparaison des stimuli externes. Au contraire, six semaines après l'hospitalisation, ils sont plus confiants de ne pas fumer face aux stimuli externes qu'internes.

Enfin, nous observons que les patients s'accordent un degré de confiance plus élevé au cours de la convalescence à domicile que pendant l'hospitalisation aussi bien face aux stimuli internes qu'aux stimuli externes. La différence du degré de confiance à l'égard du sentiment d'auto-efficacité entre les deux périodes à l'étude ne se révèle statistiquement significative que dans le cas des stimuli externes ($p=0,012$); elle se trouve très près du seuil de signification dans le cas des stimuli internes ($p=0,054$).

Pour conclure, nous avons pu constater des changements importants face aux habitudes de vie des patients. En effet, six semaines après l'hospitalisation, 25 de 32 fumeurs avaient cessé de fumer, la plupart des patients (41/46) pratiquaient la marche comme activité physique et également, près de la totalité (43/46) des patients suivaient un

régime alimentaire. En ce qui concerne les besoins d'apprentissage, pour les deux périodes, les patients considéraient comme importantes les sept catégories de l'instrument CPLNI. Nous constatons des différences minimales dans la priorité accordée aux besoins d'apprentissage entre les deux périodes, les catégories les plus importantes étant *les facteurs de risque et l'anatomie et physiologie*. Pour ce qui est du sentiment d'auto-efficacité des patients, il est assez élevé pendant l'hospitalisation. Cependant, nous observons que six semaines après l'hospitalisation ce même sentiment a augmenté face à la gestion du tabagisme, de la sédentarité et de la diète.

CHAPITRE V

La discussion

La présente étude avait comme objectif de décrire la perception des besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité des patients atteints d'un SCA à l'égard de leurs facteurs de risque, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur sortie de l'hôpital. De ces résultats se dégagent trois tendances principales. Nous observons en premier lieu des changements notables dans les habitudes de vie des patients entre les deux périodes, et ce, en l'absence d'intervention contrôlée dans le contexte d'une étude. Nous constatons ensuite une amélioration du sentiment d'auto-efficacité chez la plupart des patients après l'hospitalisation. Finalement, tous les besoins d'apprentissage sont considérés importants par les patients au cours des deux périodes à l'étude. Les deux catégories de besoins d'apprentissage les plus importantes sont celles concernant les *facteurs de risque* et *l'anatomie et physiologie*. À la lumière de ces résultats, nous formulons des recommandations pour la recherche, la formation et la pratique infirmière.

Les changements d'habitudes de vie

Le fait que la majorité des patients aient modifié leurs habitudes de vie à la suite de leur événement cardiaque est un résultat étonnant puisqu'il s'agit d'une étude descriptive dans laquelle aucune intervention spécifique n'a été effectuée. Toutefois, l'étude a été réalisée dans un contexte de soins propice à la tenue d'interventions cliniques non contrôlées. En effet, pendant l'hospitalisation, plus de la moitié des patients [61,5 % (32/54)] étaient fumeurs; six semaines plus tard, 78 % (25/32) d'entre eux avaient cessé de

fumer. Lors de la collecte des données, la plupart des patients qui avaient cessé de fumer nous ont confié que la crise cardiaque avait été un signal d'alarme suffisamment important pour les amener à reconsidérer leur mode de vie. Par contre, les patients sujets à des pressions familiales au sujet de l'abandon du tabagisme, ont avoué éprouver beaucoup de stress, d'où leur difficulté à cesser de fumer. En outre, ils avaient dû renoncer à certaines habitudes quotidiennes reliées au tabac telles la fréquentation des bars, la rencontre d'amis fumeurs, l'association cigarette et café après le repas, etc. Nous avons néanmoins constaté que, six semaines après l'hospitalisation, le degré de confiance des patients face à leur capacité de résister aux stimuli externes et de s'abstenir de fumer avait augmenté significativement. Plusieurs patients étaient effectivement capables d'affronter ou d'éviter certaines situations susceptibles de les inciter à fumer.

Par contre, selon Scalzi, Burke et Greenland (1980), le tabagisme serait le facteur de risque le plus difficile à modifier. C'est pourquoi plusieurs programmes d'information ont été développés pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Selon plusieurs auteurs, les conseils d'un professionnel de la santé seraient un facteur de motivation puissant pour beaucoup de patients (Fuster, 2006; Sivarajan, et al., 1983; Taylor et al., 1990). Par exemple, lors d'un programme d'information sur l'abandon du tabac géré par des infirmières auprès de patients ayant subi un infarctus du myocarde, les résultats montrent que, un an après l'infarctus, le taux de cessation du tabagisme se situait aux environs de 71 % dans le groupe d'intervention et de 45 % dans le groupe de soins habituels (Taylor et al.). D'autres études similaires menées auprès de patients ayant fait l'expérience d'un

événement cardiaque montrent également que ces programmes d'aide à la cessation du tabac sont efficaces (Carlsson et al., 1997; Jolly et al., 1999; Taylor, et al., 1996; Van Elderen, Maes, Seegers, Kragten & Relik-Van Wely, 1994). Ainsi, le taux élevé d'abandon du tabac observé dans la présente étude rejoint même les taux d'abandon observés chez des patients ayant bénéficié de programmes d'aide à la cessation du tabagisme. Par contre, dans la présente étude, aucune intervention spécifique n'a été effectuée. Il est fort probable qu'un premier événement coronarien, ce qui est le cas pour les patients de cette étude, a été un facteur suffisant pour modifier ce facteur de risque.

Dans le cas de l'activité physique, seul le quart des patients pratiquaient une activité physique avant l'hospitalisation, le plus souvent la marche, pour une durée de plus de 30 minutes par jour. Cependant, six semaines après le congé hospitalier, presque tous s'adonnaient à une activité physique, encore une fois la marche pour plus d'une demi-heure par jour. La pratique d'activités physiques trois fois par semaine pendant plus de 30 minutes par jour rejoint les recommandations de l'*American Heart Association* (AHA). Selon Fuster (2006), il serait plus aisé « d'ajouter » un comportement tel que l'activité physique plutôt que « d'enlever » un comportement, comme le tabagisme, puisque ceci n'implique pas un changement d'habitudes acquises avec le temps. Cependant, il ajoute que la motivation est un facteur indispensable pour l'engagement et l'adoption d'un tel comportement sur une base régulière.

Les résultats de la présente étude se différencient de ceux des études antérieures puisque, selon la plupart de ces dernières, la moitié seulement des patients avaient adopté

de nouvelles pratiques d'activités physiques à la suite d'un SCA en l'absence de programme spécifique (Allison et al., 2000; Carlsson et al., 1997; Jolly, Bradley, Sharp & Mant 1998; Lindsay, Sherrard, Adam & Wicha 2000). En résumé, selon les résultats de la présente étude, il nous apparaît clair que les patients accordent une importance majeure à la pratique d'activités physiques après un premier événement cardiaque.

Tout comme pour le tabagisme et l'activité physique, plusieurs patients avaient adopté la diète recommandée, six semaines après leur congé hospitalier. En effet, alors que seulement un cinquième des patients suivaient une diète faible en gras, en sel ou en sucre avant leur hospitalisation, 93,5 % d'entre eux observaient une telle diète six semaines après leur hospitalisation. Par contre, ces patients nous ont confié qu'il leur était difficile de suivre un régime alimentaire, surtout un régime sans sel. Ces résultats se différencient également de ceux d'autres études effectuées auprès de patients ayant fait l'expérience d'un événement coronarien, lesquelles révèlent des résultats plus mitigés en ce qui concerne la modification de la diète. Sivarajan et collaborateurs (1983) ont montré que seulement la moitié des patients n'ayant pas reçu de programme spécifique d'information (groupe témoin d'une étude expérimentale) avaient choisi de diminuer leur consommation de certains aliments riches en cholestérol et en sel. De plus, d'autres études indiquent que les patients ne suivaient que partiellement un régime à faible teneur en gras jusqu'à un an après l'hospitalisation (Aldana et al., 2003; Carlsson et al., 1997; Lindsay et al., 2000; Ornish et al., 1990).

Bref, la réussite observée face à la gestion des facteurs de risque du SCA est importante chez les patients de la présente étude en ce qui a trait au tabagisme, à l'exercice et à la diète. Comme nous en discuterons dans la prochaine section, il est possible que ce succès soit attribuable à l'augmentation du degré de confiance entre le moment de l'hospitalisation et six semaines après le congé des patients. En effet, comme suggéré par Bandura (2003), la confiance du patient en sa capacité d'adopter un comportement donné agit sur sa motivation, laquelle influence la décision du patient de changer certaines habitudes de vie.

Sentiment d'auto-efficacité

Les résultats indiquent que le degré de confiance ou d'auto-efficacité des patients est assez élevé face à la gestion des trois facteurs de risque mentionnés précédemment et qu'il augmente après six semaines, particulièrement face à la diète et au tabagisme. Le fait qu'il y ait une augmentation du degré du sentiment d'auto-efficacité après l'hospitalisation rejoint les résultats de la majorité des recherches recensées. En effet, plusieurs auteurs (ex : Mahler, Kurlik & Tazani, 1999; Perkins & Jenkins, 1998) ont constaté une augmentation du degré de confiance chez les patients à l'égard d'activités telles que la diète, la marche et la reprise du travail, après le congé hospitalier. Ce degré de confiance augmente progressivement jusqu'à douze mois après le congé hospitalier (Jenkins & Gortner 1998).

Nous pouvons analyser cette tendance croissante du degré de confiance du patient à l'égard de sa capacité à modifier ces trois comportements sous l'angle de la théorie sociale cognitive axée sur le sentiment d'auto-efficacité, théorie décrite dans le chapitre deux du présent travail (Bandura, 1977, 1980, 1982, 2003). Au début de l'événement cardiaque, une forte confiance à l'égard de sa capacité de gérer ces mêmes comportements encourage le patient à persévérer et à s'engager sur la voie du changement de comportements. En effet, un degré élevé de confiance durant l'hospitalisation augmente le degré de persévérance du patient et la probabilité qu'il réussisse à modifier son mode de vie. Au moment où les patients retournent à la maison, la confiance acquise à l'hôpital continue à les motiver et les encourage à changer de comportements.

Même si nous n'avons pas examiné les quatre sources d'apprentissage (performance, persuasion verbale, expérience vicariante ou apprentissage par observation et éveil émotionnel) sur lesquelles est fondé le sentiment d'auto-efficacité du patient face au changement de comportement (Bandura, 1980, 1986, 2003), il est plausible de supposer que ces sources puissent avoir contribué à l'augmentation du degré du sentiment d'auto-efficacité à la suite du congé hospitalier. Le sentiment d'avoir la capacité de réussir un changement de comportement se base sur les expériences personnelles ou la performance du patient dans une activité. Il va de soi que le succès qu'un patient a expérimenté dans une situation similaire augmenterait son sentiment d'efficacité personnelle, alors que l'échec le diminuerait. Ceci confirme l'importance de soutenir ces patients dans leur processus à la suite de leur hospitalisation. Ils peuvent aussi avoir bénéficié de l'appui ou de la persuasion

verbale de leurs proches, de leurs amis et des professionnels de la santé. Tous ces gens peuvent les avoir aidés à prendre conscience de leur capacité à changer de comportement. De même, ils ont peut-être eu l'occasion de discuter avec des personnes qui, aux prises avec les mêmes difficultés qu'eux, ont réussi à changer leurs habitudes de vie. Enfin, il faut mentionner que l'éveil émotionnel est susceptible de provoquer des émotions capables de vaincre l'appréhension que certains patients éprouvent quand ils doivent changer de comportement. Les résultats de la présente étude nous amènent à penser que les patients qui croient en leurs propres ressources et en leur capacité d'adopter de saines habitudes de vie sont prêts à suivre un régime alimentaire, à pratiquer une activité physique et à cesser de fumer.

En résumé, l'augmentation du degré de confiance des patients nous amène à penser qu'ils sont prêts à s'investir dans un processus d'adoption de saines habitudes de vie. Les résultats de cette étude et les recherches mentionnées précédemment montrent que le degré de confiance des patients augmente avec le temps. À cet égard, au cours de leurs interventions éducatives auprès de patients atteints d'un SCA, les infirmières devraient tenir compte du sentiment d'auto-efficacité de leurs patients afin de bien saisir la perception de ces derniers concernant certains facteurs de risque et de mieux les aider à modifier les comportements défavorables à leur santé.

Besoins d'apprentissage

Le fait que, dans la présente étude, tous les besoins d'apprentissage soient jugés également importants rejoint les résultats de recherches similaires effectuées à l'aide de l'instrument de mesure CPLNI (Ashton, 1997; Chan, 1990; Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990, Scott & Thompson, 2003; Wingate, 1990). Comme dans la majorité de ces études, les résultats de notre étude indiquent que la grande majorité des énoncés ont été jugés de « importants » à « très importants » en terme de l'information souhaitée. Par ailleurs, les deux catégories présentant les scores les plus élevés en terme d'importance sont les *facteurs de risque* et l'*anatomie et physiologie*. Il est étonnant que parmi les catégories jugées les moins importantes se trouvent *l'information sur la diète* et *sur l'activité physique* étant donné que la majorité des patients avaient modifié ces habitudes six semaines après le congé.

La grande importance accordée à toutes les catégories de besoins d'apprentissage nous porte à nous demander si les patients réussissent à distinguer la spécificité de chacun des énoncés du CPLNI. En effet, à la suite d'un premier événement cardiaque, comme c'est le cas dans la présente étude, les patients peuvent démontrer un intérêt généralisé pour toute information concernant leur condition. Ainsi, les énoncés regroupés par catégories leur donnent une vision globale des besoins d'apprentissage quant à la gestion et au contrôle de la maladie. Enfin, les inquiétudes des patients par rapport à leur maladie et à leur avenir

traduisent un besoin d'information indispensable afin de réagir adéquatement à la suite de l'hospitalisation et en cas de complications d'un premier événement cardiaque.

Parmi toutes les catégories de besoins d'apprentissage, les *facteurs de risque* s'avèrent être la plus importante. Les études précédentes sont arrivées au même constat (Gerard & Peterson, 1984; Karlik & Yarcheski, 1987; Karlik et al., 1990; Wingate, 1990). Ceci indiquerait que les patients sont déjà sensibilisés à l'importance de ces facteurs dans le développement du problème cardiaque. Les catégories *anatomie et physiologie* et *informations générales* se situent aux 2^e et 3^e rang respectivement dans la présente étude, alors qu'elles sont considérées moins importants dans d'autres études (Chan, 1990; Gerard & Peterson; Karlik & Yarcheski; Karlik et al; Scott & Thompson, 2003; Wingate). L'importance accordée à ces catégories dans notre étude pourrait s'expliquer par l'inquiétude que ressentent les patients face à la maladie et à la gestion de ses symptômes. Ils s'intéressent d'abord aux besoins d'apprentissage qui leur permettront de mieux gérer leur maladie et de bien réagir aux symptômes éventuels.

Nous avons aussi remarqué le peu d'importance que les patients accordent à *l'information sur la diète et sur l'activité physique*. Ceci est étonnant lorsqu'on constate que la plupart des patients ont modifié leurs habitudes de vie six semaines après leur congé hospitalier. Le peu d'importance qu'ils accordent à ces catégories peut s'expliquer par la large diffusion de ce type d'information par les médias. En effet, l'étude de Gulanick et collaborateurs (1998) révèle que les patients sont constamment confrontés à des publicités

sur la santé. Cet éveil émotionnel suscité par les campagnes médiatiques peut influencer les attentes des patients face au changement de comportement envisagé (Bandura, 1980).

En somme, nous estimons que les résultats de la présente étude peuvent se comparer à ceux de recherches similaires menées à l'aide de l'instrument de mesure CPLNI. Le fait que les patients trouvent importante l'information sur les *facteurs de risque* et sur l'*anatomie et la physiologie*, de même que l'*information générale* pendant l'hospitalisation et l'*information sur la médication* à la suite du congé hospitalier illustre la valeur qu'ils accordent au contrôle de la maladie cardiaque, à la gestion de ses symptômes et de ses complications. Enfin, la priorité accordée par les patients à ces catégories démontre leurs inquiétudes face aux complications et aux récives cardiaques. Ces inquiétudes peuvent les amener à s'intéresser aux mesures à prendre afin d'en assurer la prévention.

En résumé, les résultats de la présente étude indiquent que les patients ont réussi à modifier leurs habitudes de vie telles que la diète, l'exercice physique et le tabagisme de façon notable. Ceci peut s'expliquer, du moins en partie, par une augmentation de leur sentiment d'auto-efficacité ou de leur degré de confiance à modifier leurs habitudes entre le moment de leur hospitalisation et six semaines après leur congé de l'hôpital. Certaines autres sources peuvent entrer en jeu, soit leur performance, la persuasion verbale, les expériences vicariantes, l'apprentissage par observation et l'éveil émotionnel tel que suggéré par les travaux de Bandura (1980, 1986). En ce qui concerne les besoins d'apprentissage, ils ont tous été considérés importants. En outre, le fait qu'il s'agisse de

patients ayant expérimenté un premier événement cardiaque peut également contribuer à cet intérêt global envers la maladie, les symptômes et les facteurs de risque.

Recommandations pour la pratique

Dans cette dernière partie nous formulons nos recommandations pour la pratique, la recherche et la formation des infirmières liée aux besoins d'apprentissage du patient atteint d'un syndrome coronarien aigu et son sentiment d'auto-efficacité dans la gestion des facteurs de risque.

Recommandations pour la pratique infirmière

Cette étude n'a pas exploré le concept de la famille. Néanmoins, dans cette partie nous utiliserons ce terme afin de souligner l'importance de la participation de la famille au programme de soins du patient atteint d'un SCA. Les changements dans la santé du patient impliquent des changements dans le noyau familial à cause de l'interaction constante avec ses proches. L'influence que la famille a sur le patient, de même que l'inverse, soit l'influence du patient sur sa famille influence a des conséquences sur la prise de décision. En effet, la présence et les interactions de la famille sont généralement pour le patient un soutien efficace dans son processus de changement de comportement. Nous considérons donc essentielle la participation du patient et de sa famille à la stratégie éducative que nous envisageons. Cette stratégie devrait permettre à l'infirmière de bien connaître la façon dont

le patient perçoit sa maladie et ses habitudes de vie particulièrement nuisibles à sa santé pour mieux l'aider à modifier certains comportements. Son rôle sera donc de guider à la fois le patient et sa famille à s'engager dans le processus qui lui permettra d'identifier ses besoins d'apprentissage de même que les domaines dans lesquels il se sentira le plus capable de changer ses comportements. L'évaluation des besoins d'apprentissage et du sentiment d'auto-efficacité constitue l'une des priorités de la pratique clinique visant à orienter les stratégies éducatives de l'infirmière au cours de la période de soins. Elle devient la partenaire du patient et de sa famille dans la recherche des moyens susceptibles de modifier des habitudes de vie. En définitive, l'infirmière doit apprendre à accepter la façon dont le patient perçoit ses besoins d'apprentissage, l'importance qu'il accorde à chacun, de même que sa capacité de suivre un régime alimentaire, de pratiquer une activité physique et enfin de cesser de fumer pendant son hospitalisation et au cours de sa convalescence.

En ce qui concerne ses interventions relatives au degré de confiance du patient en sa capacité de gérer son comportement, l'infirmière devrait savoir que sa perception du sentiment d'auto-efficacité évolue selon les circonstances, c'est-à-dire que ce sentiment peut varier de l'hospitalisation jusqu'au moment de la convalescence à domicile. En outre, elle devrait pouvoir reconnaître les forces et les ressources de la famille afin d'identifier et d'utiliser les différents moyens ou actions susceptibles d'influencer le degré de confiance du patient face à un changement possible de comportement pour l'encourager et l'aider à adopter de saines habitudes de vie. L'un des moyens à sa disposition est la persuasion

verbale. Cependant, il est démontré que la persuasion n'agit que pendant une courte période de temps. Il lui faudra donc trouver des moyens plus efficaces comme, par exemple, faire intervenir les propres expériences du patient ou celles de patients atteints d'un SCA dont il a eu connaissance ou, enfin, faire appel à l'éveil émotionnel. Tout comme pour les besoins d'apprentissage, les stratégies éducatives doivent être planifiées en fonction des priorités et de la confiance du patient en sa capacité à gérer ses habitudes de vie pendant et après l'hospitalisation. Pour stimuler les capacités du patient, l'infirmière mettra l'accent sur ses réussites dans le développement de nouvelles habitudes, en encourageant les stratégies qui ont semblé donner de bons résultats.

En résumé, l'information au patient et à sa famille dans les différents milieux de soins de santé devrait intégrer les concepts de besoin d'apprentissage et de sentiment d'auto-efficacité. De plus, les stratégies éducatives devraient être coordonnées efficacement entre les différents milieux de soins. Or, en Espagne, ce genre de programme en est encore à ses débuts. Selon nous, la mise sur pied d'un programme qui tiendrait compte des besoins d'apprentissage et du sentiment d'auto-efficacité du patient constituerait la meilleure façon d'assurer un changement de comportement basé sur la participation active et réciproque de l'infirmière, du patient et de sa famille. Il serait en outre important de garantir le suivi du patient pendant tout l'épisode de soins soit au moyen de la consultation accordée par l'infirmière au patient et à sa famille en milieu hospitalier, soit au moyen d'un suivi téléphonique ou d'une stratégie de prévention secondaire.

Recommandations pour la recherche

Aucune étude susceptible de nous informer sur les facteurs prédictifs du changement de comportement face au risque de récurrence du SCA n'a encore été menée en Espagne. Outre la nécessité d'effectuer des recherches dans ce domaine, nous proposons une réévaluation à long terme des habitudes de vie du patient atteint d'un SCA afin de vérifier la durée des résultats positifs.

Afin de mieux cibler les priorités des stratégies éducatives, il y aurait également lieu, au cours des prochaines années, d'entreprendre des recherches qui nous permettraient de mieux connaître les besoins d'apprentissage et le degré du sentiment d'auto-efficacité des patients victimes d'une récurrence cardiaque, ce qui pourrait être nous amener à des résultats différents, compte tenu de l'expérience qu'aurait le patient de sa récurrence.

Il serait également important de poursuivre l'évaluation des propriétés psychométriques des instruments CPLNI, CESEI, CDSEI et SEQ-12 en versions espagnole et catalane lors de prochaines études. Par ailleurs, afin d'en augmenter la validité externe, soit la capacité de généralisation, il y aurait lieu de mener un certain nombre d'études auprès des patients d'autres centres de la Province de Girona et d'autres provinces espagnoles. De plus, afin que le patient ne soit pas porté à répondre automatiquement « important » ou « très important » à chacun des énoncés du CPLNI, il serait valable de perfectionner cette échelle. En effet, il serait souhaitable de trouver de nouvelles techniques de mesure pour déterminer l'ordre d'importance des énoncés et offrir

ainsi un instrument plus clair et plus précis. Lors de la collecte des données, nous avons effectivement observé que très peu de patients réussissaient à saisir la différence entre certains énoncés tels que « *les signes et symptômes de la crise cardiaque et les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque* ». Ils leur accordaient le même degré d'importance, sans se poser de questions ni demander aucune précision.

Recommandations pour la formation infirmière

La formation des infirmières en matière de promotion de la santé s'avère nécessaire dans tous les milieux de soins. L'acquisition des connaissances et des compétences inhérentes à leur rôle d'éducatrices est indispensable si l'on veut qu'elles puissent intervenir efficacement auprès du patient et de sa famille et leur fournir les renseignements nécessaires. Néanmoins, connaissances et compétences ne suffisent pas pour leur permettre de mener une action éducative et amener les patients à changer leurs habitudes de vie. À cet égard, la formation des futures infirmières et infirmiers doit tenir compte, entre autres, des concepts de besoins d'apprentissage du patient atteint d'un SCA et de sa famille ainsi que leur sentiment d'auto-efficacité. Les institutions responsables de la formation devraient pouvoir offrir un enseignement qui tienne compte de la perspective théorique de ces deux concepts, et ce, afin de promouvoir de saines habitudes de vie et de favoriser le processus d'apprentissage en vue de la résolution des problèmes liés à un changement de comportement.

Il est également important que la formation des infirmières se préoccupe de la relation entre l'infirmière, le patient et sa famille. L'interaction et la participation active de l'infirmière, du patient et de sa famille à la modification ou à l'adoption d'un comportement à la suite d'un événement cardiaque s'avèrent essentielles à toutes les périodes de soins. À cet égard, l'enseignement donné aux infirmières devrait mettre l'accent sur le développement d'une relation de collaboration qui permettrait de guider le patient et sa famille afin de s'engager dans le processus d'apprentissage pour identifier et mobiliser ses forces, ses capacités et ses ressources afin de trouver des solutions aux problèmes liés à l'acquisition de saines habitudes de vie.

Limites de l'étude

Du point de vue méthodologique, notre étude renferme certaines limites. En effet, malgré qu'elle ait été menée à l'hôpital universitaire de Girona, qui sert de référence régionale, ses résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la province de Girona. Il s'agit d'un échantillon non probabiliste ou de convenance. De même, la taille restreinte de l'échantillon diminue la puissance statistique pour la détection des différences entre les variables. Enfin, le peu de recherches descriptives sur le sentiment d'auto-efficacité et les changements des habitudes de vie des patients en Espagne avant et après l'hospitalisation ne facilitent pas la comparaison des résultats.

En ce qui concerne les propriétés psychométriques, les coefficients alpha de Cronbach des instruments de mesure CPLNI, CESEI, CDSEI et SEQ-12 sont en général satisfaisants dans les versions traduites en catalan et espagnol. Cependant, les coefficients alpha de Cronbach pour chacune des catégories du CPLNI sont plus faibles que la version originale, probablement à cause des moyennes très élevées de chacun des énonces de cette catégorie et du peu de variance enregistrées. En outre, on peut se demander si les changements observés dans les habitudes de vie dans les deux temps de mesure reflètent le phénomène de désirabilité sociale de la part des patients. Cependant, nous sommes consciente que cette possibilité est peu présente dans notre étude, puisque nous avons mené nous-même les entrevues et que la majorité des patients étaient accompagnés de leur conjoint ou de leur conjointe qui confirmaient ou corrigeaient les réponses du patient.

Conclusion

Au cours de ce projet de mémoire, nous avons démontré des changements notables dans les habitudes de vie des patients entre les deux périodes à l'étude telles que la diète, l'exercice physique et le tabagisme. D'une part, il est possible que ce succès soit attribuable, à l'augmentation du degré de confiance entre le moment de l'hospitalisation et six semaines après le congé des patients. D'autre part, nous pouvons supposer que les expériences personnelles du comportement vécu par le patient, les expériences vécues par d'autres personnes que le patient a pu observer, la persuasion verbale des professionnelles et des proches, et finalement, les émotions suscitées par le comportement ont pu contribuer à l'augmentation du degré de confiance du patient à s'engager dans un processus de changement de comportements.

En ce qui concerne les besoins d'apprentissage, les patients ont considéré importantes les différentes catégories d'apprentissage. Entre les deux périodes de l'étude, nous constatons de légères différences de classement. En effet, au cours de l'hospitalisation, les catégories *facteurs de risque*, *l'anatomie et physiologie coronarienne* et *l'information générale* sont considérées comme prioritaires. Suite au congé hospitalier, les patients estiment également prioritaires les deux premières catégories, auxquelles s'ajoute *l'information sur la médication*. Enfin, la priorité accordée à ces catégories démontre leurs inquiétudes face au contrôle de la maladie, à la gestion des symptômes et aux complications cardiaques.

Finalement, les besoins d'apprentissage du patient atteint d'un SCA et le sentiment d'auto-efficacité sont deux concepts qui l'aideront à adopter un nouveau comportement. A cet égard, l'évaluation de ces deux concepts se fait essentielle car elle nous aidera à bien cibler les stratégies éducatives pendant l'épisode de soin. Les connaissances exposées dans notre recherche permettront à l'infirmière de mieux identifier la façon dont le patient perçoit ses besoins d'apprentissage, de même que sa capacité de suivre un régime alimentaire, de pratiquer une activité physique et enfin de cesser de fumer pendant l'hospitalisation et au cours de sa convalescence.

Les références

- Aldana, S. G., Whitmer, R., Greenlaw, R., Avins, A. L., Salberg, A., Barnhurst, M., et al. (2003). Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart & Lung, 32*, 374-382.
- Allen, M. (1977). Comparative theories of the expanded role in nursing and implications for nursing practice: a working paper. *Nursing Papers. Perspectives en Nursing, 9*, 38-45.
- Allen, M. (1979). Viewpoint. Notes on the contribution of nursing to health care. *Nursing Papers. Perspectives en Nursing, 11*, 56-60.
- Allen, M. (1981). The health dimension in nursing practice: notes on nursing in primary health care. *Journal of Advanced Nursing, 6*, 153-154.
- Allen, M (1983). Primary care nursing: research in action. Dans L. Hockey (Ed.). *Recent advances in nursing: primary care nursing* (pp. 32-77). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Allen, F. M., & Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing, 8*, 96-135.
- Allison, T. G., Farkouh, M. E., Smars, P. A., Evans, R. W., Squires, R. W., Gabriel S. E., et al. (2000). Management of coronary risk factors by registered nurses versus usual care in patients with unstable angina pectoris (A Chest pain Evaluation in the Emergency Room [CHEER] substudy). *The American Journal of Cardiology, 86*, 133-148.
- Ashton, K. C. (1997). Perceived learning needs of men and women after myocardial infarction. *The Journal Cardiovascular of Nursing, 12*, 93-100.

- Balaguer, L., & Tomas, LL. (2004) Estrategias en la prevención cardiovascular de la cardiopatía coronaria [Stratégies au niveau de la prévention cardiovasculaire des maladies coronariennes]. Dans I. Plaza Pérez. Libro de la sección de cardiología preventiva y rehabilitación. [Section du livre de cardiologie préventive et de réadaptation]. Récupéré le 26 juillet 2004 de <http://www.secpyr.org/libro/capitulo6/index.html>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). Self-Efficacy. Dans A. Bandura (Eds). *Social Foundations of thought and action*. (pp. 390-453). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice –Hall.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (2003). *Auto - efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schmaderer, M., Carranza, B., & Reilly, S. (2003). Impact of home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification and functioning. *Heart & Lung*, 32, 147-158.

- Benjamin, E. J., Smith, S. C., Cooper, R. S., Hill M. N., & Luepker, R. V. (2002). Task Force#1-Magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges. *Journal of the American College of Cardiology*, 40, 588-640.
- Bennett, J. S. (1992) Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. *Heart & Lung*, 21, 322- 326.
- Brezynskie, H., Pendon, E., Lindsay, P., & Adam, M. (1998). Identification of the perceived learning needs of balloon angioplasty patients. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 8-14.
- Budela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbon, A., Nagle, L., Pringle, D., et al. (1990). Factors influencing patients' information needs at time of hospital discharge. *Patient Education & Counseling*, 16, 21-28.
- Burke, L. J., Gabriel, L. M., Fischer, L. E., & Zemble, S. L. (1986). Nursing diagnosis, indicators and interventions an outpatient cardiac rehabilitation program. *Heart & Lung*, 15, 70- 76.
- Carlsson, R., Lindberg, G., Westin, L., & Israelsson, B. (1997). Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart*, 77, 256-259.
- Castro J. (1991). Información y calidad de vida tras un infarto. [Informations et qualité de vie après une crise cardiaque] *Revista de Enfermería*, 160, 27-30.

- Centro de Investigación Sociológica (CIS) (2003). Encuesta Nacional de Salud.
- Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 1139-1145.
- Czac, M. L., & Engler, M. (1997). Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. *Heart & Lung, 26*, 109-115.
- Dodge, J. S. (1969). Factors related to patients' perceptions of their cognitive needs. *Nursing research, 18*, 502-513.
- Escude, T., Gómez C., Galindo, N., & Romero A. (1998). Conocimientos sobre factores de riesgo en cardiopatía isquémica. [Connaissances sur les facteurs de risque de la cardiopathie ischémique]. *Revista de Enfermería, 236*, 63-66.
- Espinosa, S., Bravo, J. C., Gómez-Doblas, J. J., Collantes, R., González, B., Martínez, M., et al. (2004). Rehabilitación cardíaca post-infarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. [Réadaptation cardiaque chez les patients atteints d'un infarctus du myocarde et qui sont à risque réduit. Résultats d'un programme de coordination entre le service de cardiologie et l'attention primaire]. *Revista Española de Cardiología, 57*, 53-58.
- Etter, J-F., Bergman, M. M., Humair, J-P., & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction, 95*, 901-913.

- Frattini, E., Lindsay, P., Kerr, E., & Park, Y. J. (1998). Learning needs of congestive heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 13, 11- 33.
- Fuster, V. (2006). *La ciència de la salut. Els meus consells per a una vida sana*. Barcelona: Columna.
- Gerard, P., & Peterson, L. M. (1984). Learning needs of cardiac patient. *Cardiovascular Nursing*, 20, 7-11.
- Goddard, H. A., & Powers, M. J. (1982). Educational needs of patients undergoing haemodialysis. A comparison of patients and nurse perceptions. *Dialysis and Transplantation*, 11, 578-583.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 9, 67-94.
- Gortner, R. S., Houston-Miller, N., & Jenkins, L. S. (1988) Self-Efficacy: A key to recovery. Dans C. Rossman (Éds), *Cardiac Rehabilitation Nursing* (pp. 90). Rockville: Aspen.
- Gottlieb, L. N. (1982). Health promoters: two contrasting styles in community nursing. Dans Laurie N. Gottlieb & Hélène Ezer (Éds) (1997). *A perspective on health, family, learning and collaborative nursing* (pp.87-97). Montréal: McGill University School of Nursing.
- Gottlieb, L. N., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9, 51-61.

- Gulanick, M., Bliley, A., Perino, B., & Keough V. (1998). Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. *Heart & Lung, 27*, 253-262.
- Haccoun, R. H. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie, 18*, 30-39.
- Hagenhoff, B. D., Feutz, C., Conn, V. S., Sagehorn, K. K., & Moranville-Hunziker, M. (1994). Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 685-690.
- Hamilton, G. A., & Seidman, R. N. (1993). A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart & Lung, 22*, 308-315.
- Hickey, M. L., Owen, S. V., & Froman, R. D. (1992). Instrument development cardiac diet and exercise self-efficacy. *Nursing Research, 41*, 347-351.
- Hickey, M. L., Owen, S. V., & Froman, R. D. (1998). Cardiac diet and exercise self-efficacy instrument: cardiac diet self-efficacy and cardiac exercise self-efficacy instrument. Dans Barbara K. Redman (Dir), *Measurement tools in patient education* (pp.275-278). New York: Springer.
- Hotz, S. B. (1999) Putting theory into practice: helping patients change. *Canadian Association of Cardiac Rehabilitation*. Récupéré le 21 février 2002 de <http://www.carcr.ca/news/article/99912>

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003). Defunciones según la causa de muerte 2001. [Causes de Mortalité 2001] *Notas de prensa*.
- Isla, P., Gómez, M. J., Gil, D., Merino, O., Roig, C., Vivas, E., et al. (2003). Factores de riesgo et auto evaluación del paciente en un primer episodio de cardiopatía isquemia. [Facteurs de risque et auto-évaluation du patient à la suite d'un premier épisode de maladie coronarienne]. *Enfermería Clínica*, 13, 267-278.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 21-27.
- Jeng, C., & Braum, L. T. (1997). The influence of self-efficacy on exercise intensity, compliance rate and cardiac rehabilitation outcomes among coronary artery disease patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 12, 13-24.
- Jenkins, L. S., & Gortner, S. R. (1998). Correlates of self-efficacy expectation and prediction of walking behaviour in cardiac surgery elders. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 99-103.
- Jolly, K., Bradley, F., Sharp, S., Smith, H., & Mant, D. (1998). Follow-up care in general practice of patients with myocardial infarction or angina pectoris: initial results of the SHIP trial. *Family Practice*, 15, 548-555.
- Jolly, K., Bradley, F., Sharp, S., Smith, H., Thompson, S., Kinmonth, A-L., et al. (1999). Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: final results of the Southampton heart integrated care projet (SHIP). *British Medical Journal*, 318, 706-711.

- Karlik, B., & Yarcheski, A. (1987). Learning needs of cardiac patients: A partial replication study. *Heart & Lung, 16*, 544-551.
- Karlik, B., Yarcheski, A., Braun, J., & Wu, M. (1990). Learning needs of patients with angina: An extension study. *The Journal Cardiovascular of Nursing, 4*, 70-82.
- King, K. M., Humen, D. P., Smith, H. L., Phan C. L., & Teo, K. K. (2000). Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Cardiac Recovery and Rehabilitation, 85*, 290-294.
- Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Paris : Les éditions d'organisation.
- Kravitz, M., & Frey, M. A. (1989). The Allen nursing model. Dans J. J. Fitzpatrick, & A. L. Whall, (Eds. 1989). *Conceptual models of nursing: analysis and application* (pp.313-329). (3^e éd.) Norwalk: Appleton and Lange.
- Laizner, A. M. (2002). Renseignements importants concernant le modèle des soins infirmiers de McGill. Dans P. A. Potter, & A. G. Perry (2002). *Soins Infirmiers* (pp. A16-A25). Laval: Études Vivantes.
- Lauer, P., Murphy, S. P., & Powers, M. (1981). Learning needs of cancer patients a comparison of nurse and patient perceptions. *Nursing Research, 31*, 11-16.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'Éducation* (pp.440). 2^a édition. Paris: Eska.

- Lejard, Y. (2002). Contribution de l'infirmier général à la promotion de l'éducation du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 18-34.
- Lindsay, P., Sherrard, H., Adam, M., & Wicha, C. (2000). *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 11, 13-20.
- López-Bescós, L., Cosín, J., Elosua, R., Cabadés, A., Reyes, M., Arós, F., et al. (1999). Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. [Prévalence d'angine de poitrine et facteurs de risque dans les différentes régions autonomes d'Espagne: étude PANES] *Revista Española de Cardiología*, 52, 1045-1056.
- Mahler, H. I., Kurlik, J. A., & Tazani, R. Y. (1999). Effects of a videotape information at discharge on diet and exercise compliance after coronary bypass surgery. *Journal of cardiopulmonary Rehabilitation*, 19, 170-177.
- Marrugat, J., Medrano, M. J., & Tresserras, R. (2001). La cardiopatía isquémica como causa principal de muerte en España: Realidad epidemiológica, necesidades asistenciales y de investigación. [Cardiopathie ischémique comme cause principale de mortalité en Espagne : Réalité épidémiologique, besoins d'assistance sanitaire et de recherche]. *Clínica Investigación Arteriosclerosis*, 13, 262-270.
- Marrugat, J., Elosua, R., & Matí, H. (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. [Épidémiologie de la cardiopathie ischémique en Espagne: estimation et tendances entre 1997 et 2005] *Revista Española de Cardiología*, 55, 337-346.

- Masià, R., Pena, A., Marrugat, J., Sala, J., Vila, J., Pavasi, M., et al. (1998). High prevalence of cardiovascular risk factors in Girona, Spain a province with low myocardial infarction incidents. *Journal Community Health, 52*, 707-715.
- Moranville-Hunziker, M., Sagehorn, K. K., Conn, V., & Hagenhoff, B. (1993). Patients' perceptions of learning needs during the first phase of cardiac rehabilitation following coronary artery bypass graft surgery. *Rehabilitation Nursing Research, 10*, 73-80.
- Murray, C., & Lopez, A. (1997a). Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. *The Lancet, 349*, 1269-1276.
- Murray, C., & Lopez, A. (1997b). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet, 349*, 1498-1504.
- Murray, P. J. (1989). Rehabilitation information and health beliefs in the post-coronary patient: do we believe in the post-coronary patient: do we meet their information needs? *Journal of Advanced Nursing, 14*, 686-693.
- Nadeau, M. A. (1981). *L'évaluation des programmes d'études: théorie et pratique*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Olbridge, N. B., & Rogowski, B. L. (1990). Self-efficacy and in-patient cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology, 66*, 362-365.
- Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Armstrong, W.T., Ports, T. A., et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease. *The Lancet, 336*, 129-133.

- Owens, J. F., McCann C. S., & Hutelmyer C. M. (1978). Cardiac rehabilitation: a patient education program. *Nursing Research, 27*, 148-150.
- Perkins, S., & Jenkins, L. S. (1998). Self-Efficacy expectation, behavior performance, and mood status in early recovery from percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung, 27*, 37-46.
- Plaza, I. (2003). Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. [État actuel des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque en Espagne]. *Revista española de cardiología, 56*, 757-760.
- Scalzi, C. C., Burke, L. E., & Geenland, S. (1980). Evaluation of an inpatient educational program for coronary patients and families. *Heart & Lung, 9*, 846-853.
- Schmitz, J. M. Spiga, R. S. Rhoades, H. M. Fuentes, F., & Grabowski, J. (1999). Smoking cessation in women with cardiac risk: a comparative study of two theoretically based therapies. *Nicotine & Tobacco Research, 1*, 87-94.
- Scott, J. T., & Thompson, D. R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Education and Counseling, 50*, 167-177.
- Sivarajan, E., Newton, K. M., Almes, M. J., Kempf, T. M., Mansfield L. W., & Bruce, R. A. (1983). Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction: A controlled study. *Heart & Lung, 12*, 65-73.
- Steele, J. M., & Ruzicki, D. (1987). An evaluation of the effectiveness of cardiac teaching during hospitalization. *Heart & Lung, 16*, 306-311.

- Tanguay, A. (2000). Évaluation psychométrique de deux instruments mesurant les besoins d'apprentissage de personnes atteintes de la maladie coronarienne. Mémoire de maîtrise non éditée, Université de Montréal, Canada.
- Taylor, C. B., Houston-Miller, N., Killen, J. D., & DeBusk, R. F. (1990). Smoking after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *American College of Physician, 113*, 118-123.
- Taylor, C. B., Houston-Miller, N., Steven, H., Smith, P. M., Fisher, L., & DeBusk, R. F. (1996). A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *American Journal of Public Health, 86*, 1557-1560.
- Toobert, D. J., Glasgow, R. E., Nettekoven, L. A., & Brown, J. E. (1998). Behavioral and psychosocial effects of intensive lifestyle management for women with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling, 35*, 177-188.
- Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 770-778.
- Van Elderen, T., Maes, S., Seegers, G., Kragten, H., & Relik-Van Wely, L. (1994). Effects of a post-hospitalization group health education programme for patients with coronary heart disease. *Psychology and Health, 9*, 317-330.
- Velasco, J. A., Cosin, J., Maroto, J. M., Muñiz, J., Casanovas, J. A., Plaza, I., et al. (2000). Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en prevención secundaria cardiovascular y rehabilitación cardiaca. [Directives cliniques de la société

espagnole de cardiologie face à la prévention secondaire cardiovasculaire et à la réadaptation cardiaque]. *Revista española de cardiología*, 53, 1095-1120.

Wang, W. T. (1994). The educational needs of myocardial infarction patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 9, 28-36.

Warner, M. (1981). Health and nursing: Evolving one concept by involving the other. *Nursing Paper*, 13, 10-17.

Wehby, D., & Brenner, P. S. (1999). Perceived learning needs of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 28, 31-41.

Wingate, S. (1990). Post-MI patients' perception of their learning needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9, 112-118.

APPENDICE A

Instrument de mesure des besoins d'apprentissage

Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) de Gerard, (1982)

Please rate each of following information items as to the degree of importance it has for yourself and other patients with heart disease. Please check one column for each item.

	Degree of Importance				
	Not Important	Somewhat Important	Moderately Important	Important	Very Important
I need to know					
Anatomy and Physiology					
1- Why do I have chest pain?					
2- What my heart looks like and how it works?					
3- What causes a heart attack?					
4- What happens when someone has a heart attack?					
5- How my heart heals.					
6- Why my heartbeat may be irregular or I may have "skipped beats"?					
Psychological Factors					
7- The normal psychological response to having a serious illness.					
8- The importance of talking to someone about my fears, feeling and thoughts.					

I need to know	Not Important	Somewhat Important	Moderately Important	Important	Very Important
9- What effect stress has on my heart?					
10- What I can do to reduce stress while in the hospital?					
11- What I can do to reduce stress when I go home?					
Risk Factors					
12- What the term "risk factor" means.					
13- Which risk factors may have contributed to the onset of my heart disease?					
14- What I can do to decrease my chances of having another heart attack, or of having a heart attack?					
15- How these risk factors affect my heart?					
Medication Information					
16- General rules about taking medications.					
17- Why am I taking each of my medications?					
18- What the side effects of each medication are?					
19- What to do if I have problems with my medication?					
Diet Information					
20- General rules about eating					
21- How diet affects my heart disease?					
22- What the words cholesterol and triglycerides mean?					
23- What foods contain cholesterol and triglycerides?					

I need to know	Not Important	Somewhat Important	Moderately Important	Important	Very Important
24- What my diet restrictions are, if any?					
25- How to adapt the recommended diet to my lifestyle?					
Physical Activity					
26- Why I am not able to do as much physically as I was before I had my heart attack?					
27- General guidelines for physical activity.					
28- What my physical activity restrictions are, if any?					
29- How to tell if I can increase my activity?					
30- When can I engage in sexual activity?					
Other Pertinent Information					
31- How to take my pulse.					
32- The signs and symptoms of angina and heart attack?					
33- The signs and symptoms of congestive heart failure.					
34- When to call the doctor?					
35- If any other tests will be done after I have the hospital?					
36- The reason for further testing after I go home?					
37- Where my family can go to learn C.P.R.?					

Instrument d'avaluació de les necessitats d'aprenentatge dels pacients cardíacs (version catalane).

Traduction de CPLNI de Gerard, 1982 par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006

Per cada un dels enunciats següents, identifiqueu el grau d'importància, es a dir, allò que és important per vostè d'aprendre. Posar una creu en la casella que cregui que és més adequada.

	Grau d'Importància				
	No Important	Poc Important	Moderadament Important	Important	Molt Important
Anatomia i Fisiologia					
1- Per què tinc dolor al pit?					
2- A què s'assembla i com funciona el meu cor?					
3- Quines són les causes de la crisi cardíaca?					
4- Què passa quan alguna persona té un atac de cor?					
5- Com es cura el meu cor.					
6- Per què els meus batecs poden ser irregulars o poden tenir un ritme					
Factors Psicològics					
7- Quina és la resposta psicològica normal després d'una greu malaltia.					
8- La importància de parlar amb alguna persona de la meva por, dels meus sentiments i dels meus pensaments.					
9- Quin efecte té l'estrès sobre el meu cor?					
10- Què puc fer per reduir el meu estrès durant la meva estada a l'hospital?					
11- Què puc fer per reduir el meu estrès quan estigui a casa.					
Factors de risc					

Necessito saber	No Important	Poc Important	Moderadament Important	Important	Molt Important
12- Què significa el terme "factors de risc".					
13- Quins factors de risc han pogut contribuir al començament de la meua malaltia de cor?					
14- Què puc fer per disminuir les possibilitats de tenir un nou atac de cor.					
15- Com aquests factors de risc afecten el meu cor?					
Informació medicació					
16- Les regles generals per prendre medicaments?					
17- Per què prenc aquests medicaments?					
18- Quins són els efectes secundaris de la medicació que prenc?					
19- Què he de fer si tinc problemes amb la medicació?					
Informació Dieta					
20- Quines són les regles generals sobre l'alimentació?					
21- Com l'alimentació pot afectar la malaltia coronària?					
22- Què signifiquen les paraules colesterol i triglicèrids?					
23- Quins aliments contenen colesterol i triglicèrids?					
24- Quines són les restriccions de la dieta si n'hi ha?					
25- Com adaptar la dieta recomanada al meu estil de vida?					
Activitat Física					
26- Per què no sóc capaç de fer tant d'esforç físic com abans de l'atac de cor o crisi cardíaca					
27- Les directives generals sobre l'activitat física?					

Necessito saber	No Important	Poc Important	Moderadament Important	Important	Molt Important
28- Quines són les meves restriccions sobre l'activitat física si n'hi ha?					
29- Com puc saber si puc incrementar la meva activitat física?					
30- Quan puc reprendre les meves activitats sexuals?					
Altres informacions					
31- Com prendre les meves pulsacions?					
32- Quins són els signes i símptomes de l'angina de pit i l'atac de cor?					
33- Quins són els signes i símptomes de la insuficiència cardíaca?					
34- Quan he de trucar al metge?					
35- Si s'hauran de fer altres proves després de sortir de l'hospital?					
36- Per quina raó hauré de passar altres proves després de sortir de l'hospital?					
37- On la meva família pot anar per aprendre la RCP (reanimació cardio-respiratòria).					

Instrumento de evaluación de las necesidades de aprendizaje de los pacientes cardíacos (versión española).

Traducción del CPLNI de Gerard, 1982 por M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006

Para cada uno de los enunciados siguientes, identificar el grado de importancia, es decir, aquello que para usted es importante de aprender. Ponga, por favor una X en la casilla que usted crea que es más adecuada.

Necesito saber	Grado de Importancia				
	No Importante	Poco Importante	Moderadamente Importante	Importante	Muy Importante
Anatomía y Fisiología					
1- ¿Por qué tengo dolor en el pecho?					
2- ¿A qué se parece y como funciona mi corazón?					
3- ¿Cuáles son las causas de mi crisis cardíaca?					
4- ¿Qué pasa cuando alguna persona tiene un ataque de corazón?					
5- ¿Cómo se cura mi corazón?.					
6- ¿Por qué mis pulsaciones pueden ser irregulares?					
Factores Psicológicos					
7- ¿Cuál es la respuesta psicológica normal después de una grave enfermedad?					

Necesito saber	No Importante	Poco Importante	Moderadamente Importante	Importante	Muy Importante
8- ¿Cuál es la importancia de hablar con alguna persona de mi miedo, de mis sentimientos y de mis pensamientos.					
9- ¿Qué efecto tiene el estrés sobre mi corazón?					
10- ¿Qué puedo hacer para reducir mi estrés durante mi hospitalización?					
11- ¿Qué puedo hacer para reducir mi estrés cuando esté en casa?					
Factores de riesgo					
12- ¿Qué significa “factor de riesgo”.					
13- ¿Qué factores de riesgo han podido contribuir a mi enfermedad cardíaca?					
14- ¿Qué puedo hacer para disminuir las posibilidades de tener un nuevo ataque de corazón?					
15- ¿Cómo estos factores de riesgo afectan mi corazón?					
Información sobre la medicación					
16- ¿Cuáles son las reglas generales para tomarme los medicamentos?					
17- ¿Por qué tomo estos medicamentos?					
18- ¿Cuáles son los efectos secundarios de la medicación que tomo?					

Necesito saber	No Importante	Poco Importante	Moderadamente Importante	Importante	Muy Importante
19- ¿Qué he de hacer si tengo un problema con la medicación?					
Información sobre la Dieta					
20- ¿Cuáles son las reglas generales sobre la alimentación?					
21- ¿Cómo la alimentación puede afectar la enfermedad coronaria?					
22- ¿Qué significan las palabras colesterol y triglicérido?					
23- ¿Qué alimentos contienen colesterol y triglicérido?					
24- ¿Cuáles son las restricciones de la dieta si hay?					
25- ¿Cómo adaptar la dieta recomendaba a mi estilo de vida?					
Actividad Física					
26- ¿Por qué no soy capaz de hacer tanto esfuerzo físico como antes del ataque de corazón o crisis cardíaca?					
27- ¿Cuáles son las directrices generales sobre la actividad física?					
28- ¿Cuáles son mis restricciones sobre la actividad física, si hay?					
29- ¿Cómo puedo saber cuando puedo incrementar la actividad física?					

Necesito saber	No Importante	Poco Importante	Moderadamente Importante	Importante	Muy Importante
30- ¿Cuándo podré reiniciar mis actividades sexuales?					
Otras informaciones					
31- ¿Cómo tomar mis pulsaciones?					
32- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la angina de pecho y el infarto cardiaco?					
33- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca?					
34- ¿Cuándo he de llamar al médico?					
35- Deberé pasar otras pruebas después de salir del hospital?					
36- Por qué razón tengo que pasar otras pruebas después de salir del hospital?					
37- ¿Dónde mi familia puede aprender la reanimación cardio-respiratoria?					

APPENDICE B

Instrument de mesure du sentiment d'auto-efficacité face à la diète et à l'exercice

Cardiac diet self-efficacy instrument (CDSEI)
Hickey, Steven, Owen, & Froman (1992)

For each of the following activities, please mark with an X the box that best represents: how much confidence do you have about doing each of the behaviors listed below? These are not questions about what you are supposed to do. They are questions about what you think you can do.

1= Not Very Confidence

2= A Little Confidence

3= Confidence

4= Quite Confidence

5= Extremely Confidence

	1	2	3	4	5
1- Reaching my ideal weight by eating healthy food.					
2- Decreasing the amount of fat and cholesterol in my diet.					
3- Staying on a healthy diet when I am busy or in a rush.					
4- Staying on a healthy diet when no one at home is on it.					
5- Staying on a healthy diet when I eat in a restaurant.					
6- Staying on a healthy diet when I am not at home to eat.					
7- Staying on a healthy diet on special occasions or holidays.					
8- Knowing what foods I should eat as part of a healthy diet.					
9- Cutting out unhealthy snacks during the day or evening.					
10- Increasing the amount of fiber and vegetables in my diet.					
11- Staying at my ideal weight once I have reached it.					
12- Knowing how to cook healthy meals.					
13- Preparing a healthy meal for myself when I eat alone.					
14- Limiting the number of egg yolks I eat in a week					
15- Knowing what healthy foods to buy at the store					
16- Decreasing the amount of sugar and sweets in my diet.					

Cardiac exercise self-efficacy instrument (CESEI)
Hickey, Steven, Owen, & Froman (1992)

For each of the following activities, please mark with an X the box that best represents: how much confidence do you have about doing each of the behaviors listed below? These are not questions about what you are supposed to do. They are questions about what you think you can do.

1= Not Very Confidence

2= A Little Confidence

3= Confidence

4= Quite Confidence

5= Extremely Confidence

	1	2	3	4	5
1- «Warming up » before exercise.					
2- Exercising without getting chest pain.					
3- Knowing when I have exercised too much and need to stop.					
4- Exercising when it is inconvenient.					
5- Knowing what my heart rate should be before and after exercise.					
6- «Cooling down» after exercise.					
7- Fitting exercise into a busy day.					
8- Enduring strenuous exercise that is healthy for me.					
9- Knowing what exercise is healthy for me.					
10- Knowing when I can increase my exercise level.					
11- Enduring moderate exercise.					
12- Taking my heart rate before and after exercise.					
13- Resuming my pre-hospital level of activity.					
14- Enduring light exercise.					
15- Exercising for at least twenty minutes three times each week					
16- Exercising at home by myself					

**Instrument d'avaluació de l'autoeficàcia dels pacients cardíacs davant de la dieta.
Traduction du CDSEI de Hickey, Owen, & Froman (1992),
par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version catalane).**

Per a cadascuna de les següents activitats, si us plau, marqui amb una X la resposta que millor representa el seu grau de confiança o capacitat per dur a terme aquestes activitats. No hi ha cap resposta incorrecta, per tant sigui sincer quan respongui.

1= Cap confiança

2= Poca confiança

3= Confiança Moderada

4= Confiança

5= Molta Confiança

	1	2	3	4	5
1- Aconseguir el meu pes ideal fent una dieta saludable.					
2- Disminuir la quantitat de grassa i colesterol en la meva dieta.					
3- Seguir una dieta saludable quan estic ocupat o tinc pressa.					
4- Seguir una dieta saludable quan no hi ha ningú a casa que ho fa.					
5- Seguir una dieta saludable quan menjo en un restaurant.					
6- Seguir una dieta saludable quan menjo fora de casa.					
7- Seguir una dieta saludable en ocasions especials o quan estic de vacances.					
8- Conèixer els tipus d'aliments que hauria de menjar per seguir una dieta saludable.					
9- Suprimir picar coses no saludables durant tot el dia.					
10- Augmentar la quantitat de fibra i vegetals en la meva dieta.					
11- Mantenir el meu pes ideal un cop l'hagi aconseguit.					
12- Conèixer com cuinar menjars saludables.					
13- Preparar-me un àpat saludable quan menjo sol.					
14- Limitar el número de rovells d'ou que menjo a la setmana.					
15- Conèixer els tipus d'aliments que he de comprar a la botiga.					
16- Disminuir la quantitat de sucre i dolços de la meva dieta.					

Instrumento de evaluación de la autoeficacia de los patients cardiacos frente a la dieta. Traduction du CDSEI de Hickey, Owen, & Froman (1992),

par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version espagnole).

Para cada una de las siguientes actividades marque, por favor, con una X la respuesta que mejor represente su grado de confianza o su capacidad de conseguir esta actividad. No hay respuestas incorrectas, tan solo sea sincero cuando responda.

1= Ninguna Confianza

2= Poca confianza

3= Confianza Moderada

4= Confianza

5= Mucha Confianza

	1	2	3	4	5
1- Conseguir mi peso ideal haciendo una dieta saludable.					
2- Disminuir cantidad de grasa i colesterol en mi dieta.					
3- Seguir una dieta saludable cuando estoy ocupado o tengo prisa.					
4- Seguir una dieta saludable cuando no hay nadie en casa que lo haga.					
5- Seguir una dieta saludable cuando como en un restaurante.					
6- Seguir una dieta saludable cuando como fuera de casa.					
7- Seguir una dieta saludable en ocasiones especiales o cuando estoy de vacaciones.					
8- Conocer el tipo de alimentos que tendría que comer para seguir una dieta saludable.					
9- Suprimir picar cosas no saludables durante todo el día.					
10- Aumentar la cantidad de fibra y vegetales en mi dieta.					
11- Mantener mi peso ideal una vez lo haya conseguido.					
12- Conocer como cocinar comidas saludables.					
13- Prepararme una comida saludable cuando como solo.					
14- Limitar el número de huevos que como a la semana.					
15- Conocer el tipo de alimentos que tengo que comprar en la tienda.					
16- Disminuir la cantidad de azúcar i dulces de mi dieta.					

Instrument d'avaluació de l'autoeficàcia dels pacients cardíacs davant de l'exercici físic. Traduction du CDSEI de Hickey, Owen, & Froman (1992)

par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version catalane).

Per a cadascuna de les següents activitats, si us plau, marqui amb una X la resposta que millor representa el seu grau de confiança o capacitat per dur a terme aquestes activitats. No hi ha cap resposta incorrecta, per tant sigui sincer quan respongui.

1= Cap confiança

2= Poca confiança

3= Confiança Moderada

4= Confiança

5= Molta Confiança

	1	2	3	4	5
1- Fer escalfament abans dels exercicis.					
2- Fer exercici sense arribar a tenir dolor al pit.					
3- Saber quan he fet massa exercici i necessito parar					
4- No fer exercici quan no és convenient.					
5- Conèixer com ha de ser la freqüència del meu cor abans i després de fer exercici.					
6- Fer estiraments després de l' exercici.					
7- Adaptar l'exercici en un dia enfeinat					
8- Continuar fent exercicis durs però que són saludables per a mi.					
9- Conèixer quins exercicis em són saludables.					
10- Conèixer quan puc augmentar el nivell dels exercicis.					
11- Continuar fent exercicis moderats.					
12- Prendre la freqüència cardíaca abans i després de fer exercici.					
13- Reprendre el nivell d'activitat que feia abans d'ingressar a l'hospital.					
14- Continuar fent exercicis suaus.					
15- Fer exercici com a mínim 20 minuts, tres vegades a la setmana					
16- Fer exercici a casa pel meu compte					

Instrumento de evaluación de la autoeficacia de los patients cardiacos frente al ejercicio físico. Traduction du CDSEI de Hickey, Owen, & Froman (1992), par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version espagnole).

Para cada una de las siguientes actividades marque, por favor, con una X la respuesta que mejor represente su grado de confianza o su capacidad de conseguir esta actividad. No hay respuestas incorrectas, tan solo sea sincero cuando responda.

1= Ninguna Confianza

2= Poca confianza

3= Confianza Moderada

4= Confianza

5= Mucha Confianza

	1	2	3	4	5
1- Hacer calentamiento antes de hacer ejercicio físico.					
2- Hacer ejercicio sin llegar a tener dolor en el pecho.					
3- Saber cuando tengo que hacer ejercicio y necesito parar.					
4- No hacer ejercicio cuando no es conveniente.					
5- Conocer como ha de ser la frecuencia cardiaca antes y después de hacer ejercicio.					
6- Hacer estiramientos después del ejercicio.					
7- Adaptar el ejercicio a un día muy atareado					
8- Continuar haciendo un ejercicio duro pero que es muy saludable para mí.					
9- Conocer qué ejercicios me son saludables.					
10- Conocer cuando puedo aumentar el nivel de los ejercicios.					
11- Continuar haciendo ejercicios moderados.					
12- Tomar la frecuencia cardiaca antes y después del ejercicio					
13- Iniciar el nivel de actividades que hacia antes de ingresar en el hospital.					
14- Continuar haciendo ejercicios suaves.					
15- Hacer ejercicios como mínimo 20 minutos, tres veces a la semana.					
16- Hacer ejercicio en casa por mi cuenta.					

APPENDICE C

Instrument de mesure du sentiment d'auto-efficacité face au tabagisme

**Instrument d'évaluation du sentiment d'auto-efficacité face au tabagisme
(SEQ-12) d'Etter, Bergman, Humair, & Perneger (2000)**

Voici une liste de situations dans lesquelles certaines personnes peuvent être tentées de fumer. Indiquez s'il vous plaît si vous êtes sûr (e) de pouvoir vous ABSTENIR de fumer, dans chaque situation. Placez un X dans la colonne appropriée.

1= Pas sûr (e) du tout

2= Pas très sûr (e)

3= Plus ou moins sûr (e)

4= Plutôt sûr (e)

5= Tout à fait sûr (e)

« Est-ce que j'ai confiance au fait de pouvoir m'abstenir de fumer ... »	1	2	3	4	5
1- Quand je me sens nerveux (se)					
2- Quand je n'ai pas le moral					
3- Quand je suis très angoissé (e)					
4- Quand je suis fâché					
5- Quand je veux réfléchir à un problème difficile					
6- Quand je manque de cigarettes					
7- En prenant un verre avec des ami(e)s					
8- Quand je fête quelque chose					
9- En prenant un verre de vin, une bière ou un autre alcool					
10- Quand je suis en compagnie de fumeurs					
11- Après un repas					
12- Quand je bois un café ou un thé					

**Instrument d'avaluació de l'autoeficàcia dels pacients cardíacs davant del
tabaquisme. Traduction du SEQ-12 d'Etter, Bergman, Humair, & Perneger (2000)
par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version catalane adaptée).**

Aquí hi ha una llista de situacions en les quals algunes persones poden estar temptades de fumar. Indiqueu, si us plau, si teniu confiança o la capacitat de poder-vos abstenir de fumar, en cada situació. Col·loqueu una X en la columna apropiada.

1= Cap confiança

2= Poca confiança

3= Confiança Moderada

4= Confiança

5= Molta Confiança

Tinc confiança de poder abstenir-me de fumar?	1	2	3	4	5
1- Quan em sento nerviós / nerviosa					
2- Quan no em sento amb ànims					
3- Quan estic molt angoixat / angoixada					
4- Quan estic enfadat / enfadada					
5- Quan vull reflexionar sobre un problema difícil					
6- Quan em manquen les cigarretes					
7- Prenent una copa amb els meus amics / amigues					
8- Quan celebro alguna cosa					
9- Prenent una copa de vi, una cervesa o un altre tipus d'alcohol					
10- Quan estic en companyia de fumadors					
11- Després d'un àpat					
12- Prenent un cafè o un te					

Instrumento de evaluación de la autoeficacia de los pacientes cardiacos frente al tabaquismo. Traduction du SEQ-12 d'Etter, Bergman, Humair, & Perneger (2000) par M. Lluïsa Garcia Garrido, 2006 (version espagnole adaptée).

He aquí una lista de situaciones en las cuales algunas personas pueden estar tentadas de fumar. Indicar por favor si usted tiene la confianza o la capacidad de poder abstenerse de fumar, en cada una de las situaciones. Colocar una cruz en la columna apropiada.

1= Ninguna Confianza

2= Poca confianza

3= Confianza Moderada

4= Confianza

5= Mucha Confianza

Tengo confianza de poder abstenerme de fumar?	1	2	3	4	5
1- Cuando me siento nervioso (a)					
2- Cuando no me siento con ánimos					
3- Cuando estoy muy angustiado (a)					
4- Cuando estoy enfadado (a)					
5- Cuando yo quiero reflexionar sobre un problema difícil					
6- Cuando me faltan los cigarrillos					
7- Tomando una copa con los amigos (as)					
8- Cuando celebro alguna cosa					
9- Tomando una copa de vino, una cerveza u otro tipo de alcohol					
10- Cuando estoy en compañía de fumadores					
11- Después de una comida					
12- Tomando un café o un té					

APPENDICE D

Lettres de demande et d'autorisation des instruments

Montreal, November 18th, 2004

Dr. Peggy Gerard
Purdue University, Calumet

Dear Doctor Gerard,

I am a graduate nurse from Girona, Spain, having been in charge of the cardiology department at the local hospital before coming to Montreal for five years. I am preparing a master degree, at the Faculty of Nursing of the University of Montreal under the supervision of Professor Sylvie Cossette Ph.D consisting of a study on the learning needs and the self-efficacy of cardiac patients with acute myocardial infarction in Spain and plan to select 50 or 60 participants.

In order to respect the date scheduled for the completion of this study, I should undertake data collection at the beginning of January 2005. Therefore, I request the authorization to use and translate your « Cardiac Patient Learning Inventory (CPLNI) » and will, of course, acknowledge your authorship in all the documents referring to that instrument. Furthermore, I will send you a copy of the Spanish version as well as the results of my study when completed. Since I could not find detailed information concerning this instrument in the article entitled *Learning Needs of Cardiac Patients* Gerard & Peterson (1984) in *Cardio-Vascular Nursing*, I would very much appreciate it if you could send me a copy of the instrument containing this information as well as your authorization to use it.

Thanking you in advance for the attention which, I hope, you will give to my request, I remain

Yours very truly

A large black rectangular redaction box covers the signature and name of the sender. Below it, a smaller black rectangular redaction box covers the address or contact information.

PURDUE
UNIVERSITY

CALUMET

SCHOOL OF NL

December 9, 2004



Dear Lluïsa:

Thank you for your interest in my research on "Learning Needs of Cardiac Patients." I've enclosed a copy of the CPLNI as you requested. You have my permission to duplicate this tool and revise it if necessary to use in your study. Information on the reliability and validity of these tools is provided in my article in Cardiovascular Nursing and in an article by Karlik in Heart & Lung.

If you decide to use this instrument, I ask that you send me a summary of the results of your study including demographic information on your sample and results of reliability/validity statistics you obtain. In addition, I would like to receive a copy of any changes you make to the survey instrument. If you have any questions you may call me at (219) 989-2821 or write me at Purdue University using the address listed on the bottom this sheet.

I wish you success with your research study.

Yours truly,



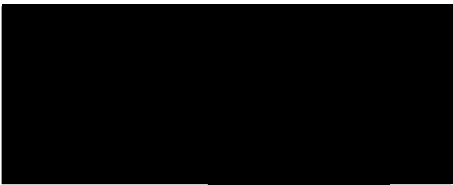
Peggy S. Gerard, DNSc, RN
Dean and Professor of Nursing

Dear Doctor Gerard,

I am writing you in order to ask you a question, I have been translating your instrument "Cardiac Patient Learning Needs Inventory" (CPLNI) and I have a doubt, there is one question repeated twice, number 21 " What my diet restrictions are if any" ,category risk factor ,and number 30 " What my diet restrictions are if any" category diet information. I don't understand why you use the same question for two different categories. I am looking forward to hearing from you soon, thanks in advance for your attention.

Your very truly

Lluisa Garcia



Lluisa,

I'm so glad you pointed this out. When I had my secretary retype this, she must have inserted the wrong item for #21. Number 21 should read: "How these risk factors affect my heart."


Please adjust the instrument accordingly.

Thank you for seeking clarification on this and best of luck on your study.

Regards,

Peggy Gerard

Peggy S. Gerard, DNSc, RN
Dean and Professor
School of Nursing
Purdue University Calumet
Hammond, IN 46323
phone: (219) 989-2818
fax: (219) 989-2848



Montreal, December 8th, 2004

Dr. Steven V. Owen
School of Nursing,
University of Texas Medical Branch
Galveston Texas, USA

Dear Doctor Owen,

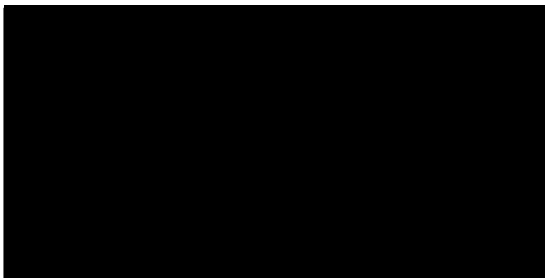
I am a graduate nurse from Girona, Spain, having been in charge of the cardiology department at the local hospital before coming to Montreal for five years. I am preparing a master degree, at the Faculty of Nursing of the University of Montreal under the supervision of Professor Sylvie Cossette Ph.D consisting of a study on the learning needs and the self-efficacy of cardiac patients with acute myocardial infarction in Spain and plan to select 50 participants.

In order to respect the date scheduled for the completion of this study, I should undertake data collection at the beginning of January 2005. Therefore, I request the authorization to use and translate the « Cardiac Diet Self-efficacy Instrument (CDSEI) and Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) » of Hickey, Owen and Froman (1992) and will, of course, acknowledge your authorship in all the documents referring to that instrument. Furthermore, I will send you a copy of the Spanish version as well as the results of my study when completed.

I had been trying to locate Mairead Hickey Ph.D through the dean at Yale University School of Nursing without and success, but fortunately I found both your email address and Robin D. Froman Ph.D email address as well.

I would appreciate your responding to this email as soon as possible as I need your authorization to continue my studies.

Thanking you in advance for the attention which, I hope, you will give to my request, I remain
Yours very truly



Dear Lluïsa,

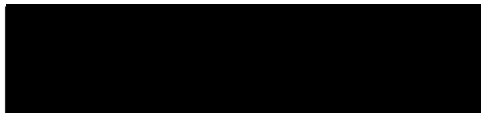
Thank you for your inquiry about the Cardiac Diet and Exercise Self-Efficacy Instruments (CDSEI and CESEI). You are certainly welcome to use the scales. I have enclosed a clean copy, along with a summary of psychometric properties. Here are a few thoughts about the scale.

In calculating overall CESEI scores, we prefer calculating a mean rather than a sum. With missing data (e.g., omitted items), a sum score is incorrect; the mean considers missing data without penalizing the respondent. Also, the mean score is in the original metric of the scale, so there is a simple frame of reference for interpreting scores.

You may wish to change the questionnaire instructions to best fit your application. For example, if you need informed consent, you might say something like "Filling out this questionnaire is completely voluntary and confidential. There are no penalties for not participating, and you may quit at any time."

Best wishes in your research. Please feel free to ask if you have other questions about the scales or their use.

Sincerely,



Steven V. Owen, Professor
Dept. of Pediatrics, School of Medicine, and
Center for Epidemiology & Biostatistics
University of Texas Health Science Center at
San Antonio
7703 Floyd Curl Dr., MC 7933
San Antonio, TX 78229-3900
Ph: 210-567-5866
fax: 210-567-3120

Message d'origine : **De :** Lluïsa Garcia Garrido [REDACTED]

Envoyé : mardi, 30. novembre 2004 14:34

[REDACTED]
[REDACTED]
Objet : Questionnaire SQE-12

Montréal, le 27 novembre, 2004
Dr. Jean-François Etter
Institute of Social and Preventive Medicine
Université de Genève

Cher Docteur,

Je suis une infirmière catalane actuellement inscrite à la maîtrise à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal. Dans le cadre de mon projet de maîtrise supervisé par la professeure Sylvie Cossette Ph.D. de la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal, je me propose d'évaluer les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité de patients atteints d'un infarctus du myocarde ou d'une angine de poitrine en Espagne. Pour ce faire, je compte recruter de 50 à 60 participants. Le début de la collecte des données est prévu pour le mois de janvier 2005.

À cette fin, je sollicite votre autorisation d'utiliser et de traduire l'instrument de mesure «Smoking Self-Efficacy Questionnaire (SEQ-12) » dont vous en êtes l'auteur. Il va sans dire que je ferai mention que vous en êtes l'auteur dans toute ma documentation. Je vous ferai parvenir la version espagnole de même que les résultats de mes recherches aussitôt mon travail terminé.

En espérant que vous pourrez donner une suite favorable à ma demande sans trop de délai, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

[REDACTED]

Pas de problème.

Faites-moi parvenir le questionnaire traduit.

On le mettra sur notre site www.stop-tabac.ch

VOICI 2 AUTRES Echelles qui peuvent vous intéresser.

Bonne chance.

Jean-Francois ETTER

Dr sci. pol., privat docent

Institut de medecine sociale et preventive,

Faculte de medecine, Universite de Geneve

1 rue Michel-Servet

CH-1211 Geneve 4, Switzerland

+41.22.379.59.19. (prof.)

[REDACTED]

+41.22.379.59.12. (fax)

[REDACTED]

"Common sense is not common practice"

APPENDICE E

Questionnaire sociodémographique et clinique

Questionnaire sociodémographique et clinique

Code:

Les réponses au questionnaire sont confidentielles et ne serviront qu'à des fins strictement statistiques.

1- Quel est votre âge? -----

2- Vous êtes? 1- un homme 2- une femme

3- Quel est votre niveau de scolarité?

1- aucune étude

2- primaire terminé

3- secondaire terminé

4- universitaire terminé

4- Quel est votre statut?

1- Travailleur -----

2- Retraité -----

3- Autre-----

5- Quel problème de santé avez- vous?

1- infarctus du myocarde

2- angine de poitrine

6- Souffrez-vous de

1- haute tension artérielle

2- diabète

3- taux de cholestérol élevé

Vos habitudes de vie

7- Êtes-vous actuellement fumeur ?

- 1 - oui, je fume actuellement
- 2 - non, j'ai cessé de fumer depuis moins de 6 mois
- 3 - non, il y a plus de 6 mois que j'ai cessé de fumer
- 4 - non, je n'ai jamais fumé

Si vous ne fumez pas passez à la question 10

8- Que fumez-vous?

- 1 - cigarettes
- 2 - pipes
- 3 - cigares

9- Quelle quantité de tabac fumez- vous?

- 1- nombre de cigarettes par jour -----
- 2- nombre de pipes par jour-----
- 3- nombre de cigares par jour-----

10- Pratiquez-vous une activité ou faites-vous un exercice physique?

- 1 - oui, actuellement je pratique une activité physique
- 2 - non, actuellement je ne pratique pas d'activité physique

Si vous n'avez aucune activité physique passez à la question 15

11- Nommez cette activité ou cet exercice physique ?-----

12- À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique?

- 1 - chaque jour.
- 2 - une fois par semaine
- 3 - deux fois par semaine
- 4 - trois fois par semaine

13- Combien de temps consacrez-vous à cette activité ou à cet exercice physique chaque fois?

1 - moins de 20 minutes

2 - de 21 à 30 minutes

3 - de 31 à 60 minutes

4 - plus de 60 minutes

14- Suivez-vous un régime ou une diète?

1- oui

2- non

15- Quel type de régime ou diète suivez-vous?

a) à faible teneur en gras 1- oui 2 - non

b) sans sucre 1- oui 2 - non

c) sans sel 1- oui 2 - non

Qüestionari sociodemogràfic i clínic (version catalane)**Codi:**

Les respostes al qüestionari són confidencials i solament serviran amb finalitat estadística.

1- ¿Quina és la vostra edat?

2- ¿Vostè és? 1- un home 2- una dona

3- ¿Quin és el vostre grau d'escolaritat?

1- cap estudi

2- primari, finalitzats-----

3- secundari, finalitzats-----

4- universitari, finalitzats-----

4- ¿Quin és el vostre estat laboral?

1- Treballador -----

2- Jubilat -----

3- Altres -----

5- ¿Quin problema de salut té?

1- infart de miocardi

2- angina de pit

6- ¿Vostè pateix?

1- pressió arterial alta

2- diabetis

3- colesterol elevat

Els seus hàbits de vida

7- ¿Actualment fuma?

- 1- sí, fumo actualment
- 2- no, he deixat de fumar fa menys de sis mesos
- 3- no, he deixat de fumar fa més de sis mesos
- 4- no, mai no he fumat

Si vostè no ha fumat pot passar a la pregunta 10

8- ¿Què fuma?

- 1- cigarretes
- 2- pipes
- 3- cigars

9- ¿Quina quantitat de tabac fuma?

- 1- número de cigarretes al dia -----
- 2- número de pipes al dia -----
- 3- número de cigars al dia -----

10- ¿Practica vostè alguna activitat física o fa exercici físic?

- 1- sí, actualment practico una activitat física
- 2- no, actualment no practico cap activitat física

Si vostè no practica cap activitat física passi a la pregunta 14

11- ¿Anomeni aquesta activitat física o aquest exercici físic?-----

12- ¿Quantes vegades practica aquesta activitat física?

- 1- cada dia
- 2- un cop a la setmana
- 3- dos cops a la setmana
- 4- tres cops a la setmana

13- ¿Quant temps dedica a aquesta activitat o exercici físic cada vegada?

1- menys de 20 minuts

2- de 21 a 30 minuts

3- de 31 a 60 minuts

4- més de 61 minuts

14- ¿Segueix una dieta o un règim?

1- sí

2- no

15- ¿Quin tipus de dieta segueix vostè?

a) baixa en matèria grassa

1- Sí

2- No

b) sense sucre

1- Sí

2- No

c) sense sal

1- Sí

2- No

Cuestionario sociodemográfico y clínico (version espagnole)**Código:**

Las respuestas al cuestionario son confidenciales y solamente servirán con fines estrictamente estadísticos.

1- ¿Cuál es vuestra edad?

2- ¿Usted es? 1- un hombre 2- una mujer

3- ¿Cuál es vuestro nivel de escolaridad?

1- ningún estudio

2- primario, finalizados-----

3- secundario, finalizados-----

4- universitario, finalizados-----

4- ¿Cuál es vuestro estado laboral?

1- Trabajador -----

2- Jubilado-----

3- Otros-----

5- ¿Qué problema de salud tiene usted?

1- infarto de miocardio

2- angina de pecho

6- ¿Sufre usted de?

1- presión arterial alta

2- diabetes

3- colesterol elevado

Sus hábitos de vida

7- ¿Actualmente usted fuma?

- 1 - sí, yo fumo actualmente
- 2 - no, yo he dejado de fumar hace menos de seis meses
- 3 - no, yo he dejado de fumar hace más de seis meses
- 4 - no, yo nunca he fumado

Si usted no fuma actualmente pasar a la pregunta 10

8- ¿Qué fuma usted?

- 1- cigarrillos
- 2- pipas
- 3- puros

9- ¿Qué cantidad de tabaco fuma usted?

- 1- número de cigarrillos al día -----
- 2- número de pipas al día -----
- 3- número de puros al día -----

10- ¿Practica usted una actividad física o hace usted ejercicio físico?

- 1- sí, actualmente yo practico una actividad física
- 2- no, actualmente yo no practico una actividad física

Si usted no practica ninguna actividad física pase a la pregunta 14

11- ¿Nombre esta actividad física o este ejercicio físico?-----

12- ¿Cuántas veces practica usted esta actividad física?

- 1- cada día
- 2- una vez a la semana
- 3- dos veces a la semana
- 4- tres veces a la semana

13- ¿Cuánto tiempo consagra usted a esta actividad o ejercicio físico cada vez?

1- menos de 20 minutos

2- de 21 a 30 minutos

3- de 31 a 60 minutos

4- más de 61 minutos

14- ¿Sigue usted un régimen o una dieta?

1-sí

2-no

15- ¿Qué tipo de dieta sigue usted?

a) baja en materia grasa

1- Sí

2- No

b) sin azúcar

1- Sí

2- No

c) sin sal

1- Sí

2- No

APPENDICE F

Lettres d'approbation du projet de mémoire

DOSSIER N^o: 645

Le 29 juin 2005

Madame Sylvie Cossette
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Marguerite d'Youville, bureau 5090
Université de Montréal

OBJET : Certificat d'Éthique

Madame,

Votre étudiante, Madame Lluisa Garcia Garrido, a soumis le projet intitulé « Besoins d'apprentissage et sentiment d'auto-efficacité chez les patients atteints d'un infarctus du myocarde ou d'angine de poitrine à Girona en Espagne » pour évaluation par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé.

Le Comité ayant jugé le projet conforme aux normes déontologiques, un certificat d'éthique a été émis et vous est envoyé.

Je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Michel Bergeron
Président intérimaire
Comité d'éthique de la recherche
des sciences de la santé
Pavillon 3744 Jean-Brillant, local 450
Tél.: (514) 343-6111, poste 5520

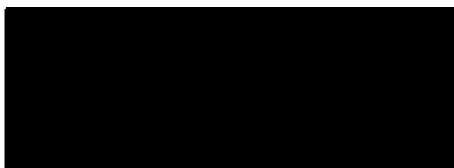


**Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta**

Av. de França, s/n.
17007 Girona
Tel. 972 94 02 00
Fax 972 94 02 70

Un cop valorat el projecte titulat **Necessitats d'aprenentatge i sentiment d'autoeficàcia en els pacients que han sofert un infart de miocardi o una angina de pit a Girona (Espanya)** i considerades per part d'aquest Comitè les normes essencials en investigació biomèdica (codi de la bona pràctica en la recerca), es decideix informar favorablement el projecte sotmès a estudi.

Girona, 19 d'abril de 2005



Dr. Wifredo Ricart
President
Comitè Científic
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta



**Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta**

Av. de França, s/n.
17007 Girona
Tel. 972 94 02 00
Fax 972 94 02 70

D. JOAN Ma. MAURI NICOLAS, presidente del Comité Etico de Investigación Clínica,

CERTIFICA:

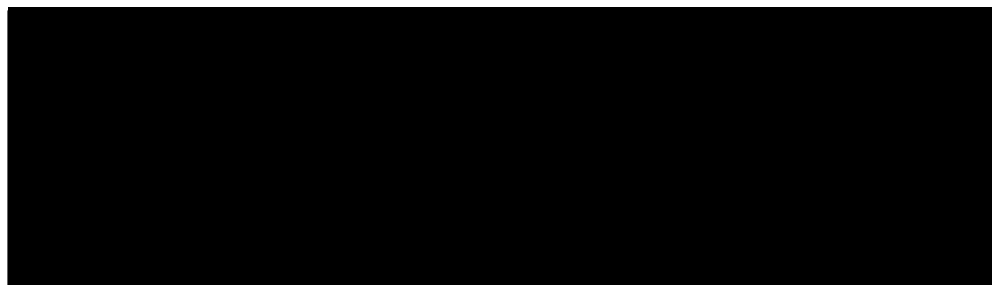
Que el Comité Etico de Investigación Clínica, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 26.04.05, ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

Necessitats d'aprenentatge i sentiment d'autoeficàcia en els pacients que han sofert un infart de miocardi o una angina de pit.

Cuyo investigador principal es el/la Sra. García.

Entendiendo que el estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y por tanto, ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Girona, a 27 de Abril del 2005



APPENDICE G

Le formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre de l'étude: Besoins d'apprentissage et sentiment d'auto-efficacité chez des patients atteints d'un infarctus du myocarde ou d'une angine de poitrine à Girona en Espagne.

Raisons de l'étude

En tant qu'infirmières, nous souhaitons connaître les besoins des patients concernant la maladie dont ils atteints lorsqu'ils sont hospitalisés à l'unité de cardiologie et au moment du retour à la maison. Nous désirons également être renseignées sur les habitudes de vie qu'ils aimeraient modifier à la suite de leur hospitalisation. Cette étude permettra d'identifier les besoins prioritaires concernant les facteurs de risque de même que les domaines où ils se sentent les plus confiants d'effectuer un changement de comportement. En Espagne, il n'existe aucune étude sur les besoins d'apprentissage et sur le sentiment de confiance des patients atteints d'un problème cardiaque.

But de l'étude

Le but de cette recherche est de décrire et de comparer les besoins d'apprentissage et le sentiment d'auto-efficacité face aux facteurs de risque de la maladie chez les patients hospitalisés à la suite d'un problème cardiaque, pendant l'hospitalisation et six semaines après leur retour à la maison. Cette étude constitue un projet de recherche dans le cadre d'études à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Modalités de participation à l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous rencontrerons pour une entrevue d'environ 60 minutes, deux jours avant que vous ne quittiez l'hôpital et six semaines après votre congé de l'hôpital, lors d'une consultation avec le cardiologue ou d'une visite au Centre Regicor. Nous vous remettrons un document qui contiendra quatre

questionnaires que vous remplirez à l'hôpital une première fois et lors de votre visite chez le cardiologue ou au Centre Regicor à environ 6 semaines après votre retour à domicile.

Conditions de participation

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes: 1) avoir été hospitalisé pour un problème cardiaque; 2) parler ou écrire l'espagnol ou le catalan; 3) retourner à domicile à la suite de votre hospitalisation.

Risques

Il n'y a aucun risque connu de participer à cette étude. Répondre à des questionnaires peut susciter des questions qui ne seraient pas survenues autrement. Si cela survient, l'étudiante chercheuse sera disponible à la fin de la rencontre.

Avantages de participer

Cette étude aidera à mieux connaître et comprendre les besoins d'apprentissage souhaités par le patient ainsi que le sentiment de confiance du patient quant à la modification de ses habitudes de vie. Votre participation contribuera à aider d'autres personnes qui se retrouvent dans la même situation. Elle permettra également, à l'avenir, d'élaborer un programme d'éducation personnalisé.

Participation volontaire et retrait ou exclusion de l'étude

Votre participation est entièrement volontaire. Votre acceptation ou refus de participer ne modifiera en rien les soins que vous recevez à l'hôpital ou après votre hospitalisation. Vous pourrez vous retirer à n'importe quel moment de l'étude, sans aucun préjudice.

Confidentialité des informations

Tous les renseignements recueillis au cours de cette étude seront strictement confidentiels. Aucun renseignement vous concernant n'apparaîtra sur les documents ou sur les questionnaires. Les questionnaires seront conservés pendant sept ans sous clé dans un lieu sécuritaire et détruits après cette période.

Renseignements sur l'étude

Si vous désirez des renseignements concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec nous par téléphone au Service de cardiologie de l'Hôpital Universitaire Dr. Josep Trueta de Girona, au (972) 940200 entre 8 h et 16 h 30 ou bien avec Izabella Rohlfs, Ph D, personne responsable du suivi de l'étudiante en Girona (Espagne).

Izabella Rohlfs, PhD. du Service de cardiologie de l'Hôpital Universitaire Dr. Josep Trueta de Girona. Téléphone (972) 940200 poste 2352;



Éthique

Pour tout problème d'ordre éthique au sujet des conditions dans lesquelles se déroule cette étude, vous pourrez solliciter un entretien avec le président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé, M. Michel Bergeron (téléphone: 514- 343 6111, poste 5520). Si, à la suite de cet entretien, vous avez de bonnes raisons de juger insuffisants les renseignements qu'on vous aura communiqués, vous pourrez contacter l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-José Rivest (téléphone 514-343-2100).

Étudiante chercheuse

Lluïsa Garcia Garrido, inf. BSc.
Étudiante à la maîtrise de la
Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal

Infirmière de l'Hôpital Universitaire
Dr. Josep Trueta de Girona.
Téléphone (972) 940200.

Directrice du Projet de Recherche

Sylvie Cossette, inf. Ph D.
Professeure adjointe
Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal
Téléphone : (514) 343-6173

Je, (nom en lettres moulées du participant).....
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu une copie, en avoir
discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées)..... et
comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question.

Après mûre réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette
étude. Je sais que je peux me retirer en tout moment sans préjudice.

Signature du participant

Date

Je, (nom en lettres moulées de l'investigateur).....
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de
l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

Signature de l'investigateur

Date

Formulari de consentiment informat (version catalane)

Títol de l'estudi Necessitats d'aprenentatge i sentiment d'autoefiàcia en els pacients que han sofert un infart de miocardi o una angina de pit a Girona (Estat Espanyol)

Raons de l'estudi

Com a infermera, necessitem conèixer les necessitats dels pacients sobre la seva malaltia durant l'hospitalització i el període de convalescència al domicili. També desitgem tenir informació sobre els hàbits de vida que els pacients voldrien modificar després de l'hospitalització. Aquest estudi ens permetrà identificar les necessitats d'aprenentatge que vostè considera prioritàries referent als factors de risc així com els hàbits de vida que se sentin més confiats per efectuar un canvi de comportament. En l'Estat Espanyol, no hi ha cap estudi sobre les necessitats d'aprenentatge i sobre el sentiment de confiança dels pacients amb problemes cardíacs.

Objectiu de l'estudi

L'objectiu d'aquesta investigació és descriure i comparar les necessitats d'aprenentatge i el sentiment d'autoeficàcia enfront dels factors de risc de la malaltia en els pacients hospitalitzats amb un problema cardíac, durant l'hospitalització i sis setmanes després de la sortida de l'hospital. Aquest estudi constitueix un projecte d'investigació en el marc d'estudis de segon cicle d'infermeria organitzat per la Facultat de Ciències Infermeres de la Universitat de Montreal.

Modalitats de participació en l'estudi

Si vostè accepta participar en aquest estudi, ens trobarem per a una entrevista aproximadament d'una hora dos dies abans de l'alta hospitalària en el servei de Cardiologia, i sis setmanes després de la sortida de l'hospital, abans o després de la consulta amb el cardiòleg o al centre Regicor. Nosaltres li entregarem un document que contindrà quatre qüestionaris que vostè haurà de contestar per primera vegada durant la

seva estada a l'hospital i sis setmanes després de l'alta hospitalària durant la visita al cardiòleg o al centre Regicor.

Condicions de participació

Per poder participar en l'estudi, és necessari que vostè respongui a les condicions següents : 1) haver estat hospitalitzat per un problema cardíac; 2) parlar i comprendre català o castellà; 3) tornar al domicili després de l'hospitalització.

Riscos

No hi ha cap risc per participar en aquest estudi. Respondre als qüestionaris pot suscitar preguntes que l'estudianta de la investigació li podrà respondre una vegada finalitzada la trobada.

Avantatges de participar-hi

Aquest estudi ajudarà a conèixer i comprendre millor les necessitats d'aprenentatge que desitgen els pacients, així com els sentiments de confiança per modificar els seus hàbits de vida. La seva participació contribuirà a ajudar altres persones que es trobin en la mateixa situació. També permetrà elaborar en un futur un programa d'educació personalitzat.

Participació voluntària i retirada de l'estudi

La seva participació és voluntària i podrà retirar-se en qualsevol moment de l'estudi, sense donar cap explicació i sense cap perjudici. Així mateix, la no participació en l'estudi no repercutirà en cap moment en la seva assistència mèdica.

Confidencialitat de les informacions

Totes les informacions recollides en el curs d'aquest estudi seran estrictament confidencials. Les qüestionaris seran conservats durant set anys sota clau en un lloc segur i destruïts després d'aquest període.

Informació sobre l'estudi

Si vostè desitja més informació sobre aquest estudi, pot comunicar-se per telèfon amb l'estudiant de la investigació, trucant al Servei de Cardiologia de l'hospital

Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, al 972-940200 entre les 8 h i les 16h 30 o bé amb la Dra. Izabella Rohlfs. Persona responsable del seguiment de l'estudianta en Girona.

Izabella Rohlfs, PhD.

Epidemiologa del servei de cardiologia de l'hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Telèfon (972) 940200 extensió 2352

■■■■ | ■■■■■■

Ètica

Per qualsevol problema d'ordre ètic referent a com se desenvolupa aquest estudi, vostè podrà sol·licitar una entrevista amb el president interí del Comitè d'ètica de la recerca de ciències de la salut Sr. Michel Bergeron (telèfon: 514- 343 6111, extensió 5520). Si després d'aquesta entrevista, vostè creu que les explicacions donades son insuficients, podrà comunicar-se amb el síndic dels estudiants de la Universitat de Montreal, Sra. Marie-José Rivest (telèfon 514-343-2100).

Estudiant d'investigació

Lluïsa Garcia Garrido, inf. BSc.

Estudiant del segon cicle

De la Facultat de Ciències Infermeres

Universitat de Montreal

Directora del Projecte d'investigació

Sylvie Cossette, Inf., Ph D

Professora adjunta de la

Facultat de Ciències Infermeres

Universitat de Montreal

Infermera de l'hospital Universitari

Dr. Josep Trueta de Girona

Telèfon (972) 940200

Jo, (nom en lletres majúscules del participant)
declaro tenir coneixement dels documents adjunts dels quals he rebut una còpia, després
d'haver parlat amb (nom de l'investigador en lletres majúscules)
..... i comprendre l'objectiu, la naturalesa, els
avantatges i els inconvenients de l'estudi.

Firma del participant

Data

Jo, (nom en lletres majúscules de l'investigador)
declaro haver explicat l'objectiu, la naturalesa, els avantatges, els riscos i els inconvenients
de l'estudi a (nom en lletres majúscules del participant)
.....

Firma de l'investigador

Data

Formulario de consentimiento informado (version espagnole)

Título del estudio Necesidades de aprendizaje y sentimiento de autoeficacia en los pacientes aquejados de un infarto de miocardio o una angina de pecho a Girona en España

Razones del estudio

Como enfermera, nosotros necesitamos conocer las necesidades de los pacientes sobre su enfermedad durante la hospitalización y en el periodo de convalecencia en el domicilio. También deseamos tener información sobre los hábitos de vida que a los pacientes les gustaría modificar tras su hospitalización. Este estudio nos permitirá identificar las necesidades de aprendizaje que usted considere prioritarias referente a los factores de riesgo al igual que los hábitos de vida que se sienta más confiados a efectuar un cambio de comportamiento. En España, no existe ningún estudio sobre las necesidades de aprendizaje y sobre el sentimiento de confianza de los pacientes aquejados de un problema cardiaco.

Objetivo del estudio

El objetivo de esta investigación es describir y comparar las necesidades de aprendizaje y el sentimiento de auto-eficacia frente a los factores de riesgo de la enfermedad en los pacientes hospitalizados tras un problema cardiaco, durante la hospitalización y seis semanas después a la salida del hospital. Este estudio constituye un proyecto de investigación en el marco de estudios del segundo ciclo de enfermería organizado por la Facultad de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Montreal, Québec, Canadá.

Modalidades de participación en el estudio

Si usted acepta participar en este estudio, nos encontraremos para una entrevista aproximadamente de una hora, dos días antes del alta hospitalaria en el servicio de Cardiología y seis semanas después de la salida del hospital, antes o después de la consulta con el cardiólogo. Nosotros le entregaremos un documento que contendrá cuatro

cuestionarios que usted deberá contestar por primera vez en el hospital y seis semanas después del alta hospitalaria durante la visita al cardiólogo del hospital o al centro regidor.

Condiciones de participación

Para participar en el estudio, es necesario que usted responda a las condiciones siguientes: 1) haber sido hospitalizado por un problema cardiaco; 2) hablar y comprender el español o el catalán; 3) volver al domicilio tras su hospitalización.

Riesgos

No hay ningún riesgo conocido en participar en este estudio. Responder a los cuestionarios puede suscitar preguntas que la estudiante de la investigación le responderá al final del reencuentro.

Ventajas de participar

Este estudio ayudará a conocer y comprender mejor las necesidades de aprendizaje deseadas por los pacientes así como sus sentimientos de confianza cuanto a la modificación de sus hábitos de vida. Su participación contribuirá a ayudar a otras personas que se encuentren en la misma situación. Ello permitirá, igualmente, elaborar en un futuro un programa de educación personalizado.

Participación voluntaria y retirada del estudio

Su participación es voluntaria y usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio, sin ningún perjuicio y sin tener que dar explicaciones. Asimismo la negación en participar en el estudio no le repercutirá en sus cuidados médicos.

Confidencialidad de las informaciones

Todas las informaciones recogidas en el curso de este estudio serán estrictamente confidenciales. Los cuestionarios estarán guardados durante siete años bajo llave en un lugar seguro y después de este periodo serán destruidos.

Información sobre el estudio

Si usted desea más información sobre este estudio, usted puede comunicarse por teléfono con la enfermera estudiante de investigación, llamando al Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, al (972) 940200 entre 8 h y 16h 30 o

bien con la Dra. Izabella Rohlfs. Persona responsable de seguir a la estudiante en Girona (España).

Izabella Rohlfs, PhD.

Epidemióloga del servicio de cardiología del hospital Dr. Josep Trueta de Girona
Teléfono (972) 940200 extensión 2352.

[REDACTED]

Ètica

Para cualquier problema de orden ético referente a la manera de desarrollarse este estudio, usted podrá solicitar una entrevista con el presidente interino de la investigación Sr. Michel Bergeron (teléfono: 514- 343 6111, extensión 5520). Si después de esta entrevista, usted cree que las explicaciones dadas no son suficientes, podrá comunicarse con el defensor de los estudiantes de la universidad de Montreal, Sra. Marie-José Rivest (teléfono 514-343-2100).

Estudiante de investigación

Lluïsa Garcia Garrido, enf, BSc.
Estudiante del segundo ciclo
De la Facultad de Ciencias Enfermeras
Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

Directora del Proyecto de Investigación

Sylvie Cossette, enf., Ph D
Profesora adjunta de la
Facultad de Ciencia Enfermeras
Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

Enfermera del Hospital Universitario

Dr. Josep Trueta de Girona

Teléfono (972) 940200

Yo, (nombre en letras mayúsculas del participante)
declaro tener conocimiento de los documentos adjuntos de los cuales he recibido una copia,
después de haber hablado con (nombre del investigador en letras mayúsculas)
..... y comprender el objetivo, la naturaleza, las
ventajas y los inconvenientes del estudio.

Firma del participante

Fecha

Yo, (nombre en letras mayúsculas del investigador)
declaro haber explicado el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los
inconvenientes del estudio al (nombre en letras mayúsculas del participante)
.....

Firma del investigador

Fecha