

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

UMI

A Bell & Howell Information Company
300 North Zeeb Road, Ann Arbor MI 48106-1346 USA
313/761-4700 800/521-0600



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

Analyse de la satisfaction des infirmières dans un projet
d'enrichissement des tâches: la démarche de soins

Martine Mayrand Leclerc

Thèse de maîtrise soumise à l'École des études supérieures en vue de
l'obtention du diplôme de Maîtrise en Gestion des Services de Santé
(MGSS-MHA)

Université d'Ottawa

Février 1995



Martine Mayrand-Leclerc, Ottawa, Ontario, 1995.



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-22005-2

Remerciements

J'aimerais souligner toute ma reconnaissance à mon directeur de thèse, Prof. André de Carufel pour son support, ses précieux conseils et ses encouragements durant la réalisation de cette thèse.

J'aimerais aussi remercier les employées de l'hôpital général d'Ottawa qui se sont prêtées aux investigations pendant leur temps libre. De même, j'aimerais souligner mon appréciation de la flexibilité de mon milieu de travail et ce, autant pour ce qui est de mes employées que de mes supérieurs, merci pour votre patience.

A mes étudiants et étudiantes, de m'avoir donné des outils de réflexion et de discussion, ainsi qu'à mes amis et amies qui ont cru en mon projet, je vous en suis reconnaissante.

Un projet comme celui-ci implique nécessairement des coûts d'opportunité. A ceux qui ont payé probablement le plus, Jean, Edith et Vincent, je vous dis un gros merci. Votre aide m'a été des plus précieuse.

Finalement, à mes parents, Dr. Martin Mayrand et Lucille Bonin, pour leur foi et leur compréhension à travers tout ce processus.

Aux nombreuses heures en compagnie de Mozart, Chopin, Bach et Beethoveen et en espérant que votre lecture sera agréable.

Martine Mayrand Leclerc

Résumé

Comment peut-on enrichir le travail des infirmières et promouvoir la satisfaction au travail? Est-ce que l'utilisation de la démarche de soins et d'un nouveau plan de soins peut contribuer à altérer la satisfaction de l'infirmière?

A l'hôpital général d'Ottawa, le comité sur la documentation de la démarche de soins (Nursing Process Documentation Committee) a développé un outil de documentation qui combine la phase de la cueillette des données, des diagnostics infirmiers et la phase intervention. Une période d'essai de cet outil soutenu par des plans de soins individualisables a été planifiée, par ce même comité, dans deux unités de soins pour une période de 5 mois. Nous identifions ce changement, dans le cadre de notre recherche, comme une restructuration d'une partie des tâches de l'infirmière.

Nous utilisons le cadre théorique le plus disponible et le plus connu dans la mesure de l'effet d'une restructuration des tâches: le modèle des dimensions des tâches d'Hackman & Oldham (1980). Ce modèle est composé des caractéristiques du travail pouvant affecter la satisfaction, la motivation et par le fait même, la performance au travail. Nous cherchons aussi à faire des liens entre les données démographiques (l'âge, le sexe et la langue maternelle), les données de carrière (la formation initiale, l'expérience comme infirmière et sur l'unité) et les différentes variables de ce modèle.

L'hypothèse de cette recherche est qu'il existe des différences significatives entre le groupe expérimental qui utilise le nouveau plan de soins du patient, considéré comme un enrichissement de la tâche de l'infirmière, et le groupe contrôle utilisant l'ancien plan de soins. Cette différence significative est mesurable par le biais du pointage de motivation potentielle, des dimensions principales de la tâche, des états psychologiques et des résultats en fonction du travail de l'infirmière qui sont mesurés en période pré et post-test.

A l'aide d'une méthodologie de recherche quasi-expérimentale, le questionnaire sur le diagnostique du travail (JDS) a été administré dans 2 unités expérimentales et 2 unités témoins pendant les périodes pré-test. Les participants sont des infirmières travaillant à temps plein ou à temps partiel, poste permanent ou temporaire. Le nouveau plan de soins a été implanté par les responsables du projet puis, un autre questionnaire a été distribué dans les mêmes unités, en période post-test.

A partir de la clef d'interprétation du questionnaire JDS d'Hackman et Oldham, nous avons procédé aux analyses statistiques. Nous avons utilisé des tests d'indépendance chi-carré pour vérifier la représentativité entre les groupes. Des tests d'analyses multivariées (MANOVA) pour chacun des regroupements théoriques du modèle et pour les variables démographiques et de carrière ont été effectués puis, des analyses univariées (ANOVA) pour les variables significatives. Des tests de comparaisons complètent l'analyse.

On a observé un effet d'interaction groupe*période significatif sur la principale variable du modèle, soit le pointage de motivation potentielle (MPS).

On observe pour le groupe contrôle une baisse significative de la moyenne du pointage de motivation potentielle entre la période pré et post-test alors que le groupe expérimental exprime une tendance à la hausse. On retrouve le même profil pour les variables de la connaissance des résultats et de la motivation intrinsèque.

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des facteurs environnementaux qui étaient présents au moment de l'étude: la fermeture de lits, la perte de postes et la mutation des postes ne sont que quelques exemples de la réalité au printemps 1992 au centre hospitalier où s'est déroulée la recherche. Ces facteurs extrinsèques agissent négativement sur la motivation et la satisfaction des groupes contrôle et expérimental. Par contre, il semble que l'activité d'enrichissement d'une partie de la tâche de l'infirmière ait permis de prévenir une baisse de motivation dans le groupe expérimental.

Des effets principaux de groupe ont aussi été observés pour les variables de la variété des aptitudes, du feedback-interaction avec les autres et satisfaction générale. L'analyse des données démographiques et de carrière nous apportent des informations supplémentaires. On remarque que les variables de carrière comme le nombre d'années d'expérience sur l'unité et comme infirmière peuvent avoir une influence sur les variables du modèle. On note, par exemple, une plus grande satisfaction des infirmières ayant plus d'ancienneté ce qui est probablement relié aux facteurs extrinsèques tels le salaire et la sécurité d'emploi. Par contre, la même infirmière est moins satisfaite par les facteurs intrinsèques comme la satisfaction de croissance. Ces notions soulignent bien les liens avec la théorie d'Herzberg sur l'influence des facteurs d'hygiène sur la satisfaction.

En général, l'implication théorique la plus importante de ces différentes analyses est qu'il existe des interactions entre la démarche de soins et le pointage de motivation potentielle. Nos résultats sont partiellement en accord avec les prédictions du modèle d'Hackman et Oldham.

En restructurant et en enrichissant le travail des infirmières avec l'utilisation d'une démarche de soins globale, nous avons prévenu la baisse du pointage de motivation potentielle chez le groupe expérimental.

Les résultats nous procurent une certaine évidence en faveur de la restructuration des tâches. Les changements qu'on apporte à la structure du travail peuvent conduire à des réactions favorables face aux tâches, réactions qui peuvent cependant être influencées par les facteurs du contexte.

Dans ce cas-ci, le modèle d'Hackman et d'Oldham est utile pris dans un contexte de soins infirmiers. Premièrement, afin d'analyser les effets d'un changement sur les perceptions du travail des infirmières mais aussi comme outil de diagnostic utile avant tout changement. Il permet d'identifier sur quelle dimension il est nécessaire d'intervenir afin d'enrichir le travail des infirmières.

Nous croyons que les résultats de cette étude mettent en lumière les effets de l'utilisation de la démarche de soins sur la motivation des infirmières en augmentant leur connaissance des résultats perçus en tant qu'état psychologique et en améliorant les résultats en fonction de l'individu par rapport à la motivation intrinsèque.

Dans les recherches futures, une étude conjointe de l'impact de la démarche de soins sur la motivation des infirmières et les résultats sur la qualité des soins et la satisfaction des patients pourrait nous éclairer sur le sujet.

Si une étude similaire à notre recherche était réalisée dans le futur, nous aurions quelques ajustements à proposer à la méthodologie.

Idéalement, un devis expérimental devrait être utilisé. Cela n'est cependant pas toujours possible dans le milieu clinique puisque les sujets soumis au traitement ne peuvent pas toujours, comme cela a été le cas dans la présente étude, être choisis de façon aléatoire. De plus on aurait pu diminuer la variance intra-groupe en couplant les questionnaires pré-post test.

Table des matières

Liste des tableaux.....	xi
Liste des graphiques.....	xiv
Liste des annexes.....	xv
Introduction.....	1
Chapitre 1 Conceptualisation du problème.....	3
A- Présentation du problème de recherche.....	3
B- La motivation, la satisfaction, la restructuration du travail et la satisfaction chez les infirmières état des connaissances.....	10
C- Liens entre le modèle des dimensions des tâches, l'enrichissement de la tâche et la démarche de soins.....	23
D- Formulation de l'hypothèse.....	26
Chapitre 2 Méthodologie.....	27
A- Le contexte et les participants.....	27
B- Devis de la recherche.....	29
C- Méthode de collecte des données.....	32
Chapitre 3 Analyse des données.....	41
A- Introduction.....	41
B- Analyse du MPS (pointage de motivation potentielle).....	48
1 - Effet de l'interaction groupe*période.....	48
C- Analyse des dimensions principales de la tâche.....	50
1 - Variété des aptitudes effet principal du groupe.....	50
2 - Importance de la tâche - analyse démographique - caractéristique du nombre d'années comme infirmière.....	52
3 - Autonomie - analyse démographique - caractéristique de la formation initiale.....	53
4 - Feedback des pairs - analyse démographique - caractéristique de la formation initiale.....	54
5 - Feedback-interaction avec les autres - effet principal du groupe.....	55

6 -	Feedback-Interaction avec les autres - analyse démographique-caractéristique du nombre d'années comme infirmière.....	56
7 -	Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des caractéristiques du travail.....	56
D-	Analyse des états psychologiques critiques.....	57
1.1-	Perception significative de la tâche - analyse démographique - langue maternelle.....	57
1.2-	Perception significative de la tâche: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience comme infirmière.	
2 -	Perception des résultats - analyse démographique-caractéristique de la langue maternelle.....	59
3 -	Connaissance des résultats - effet de l'interaction groupe*periode.....	60
4 -	Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des états psychologiques.....	61
E-	Analyse des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité.....	62
1 -	Satisfaction générale - effet principal du groupe.....	62
2 -	Motivation intrinsèque - effet de l'interaction groupes * périodes.....	63
2.1-	Motivation intrinsèque - analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience sur l'unité.....	65
3 -	Satisfaction de croissance - analyse démographique caractéristique du nombre d'années sur l'unité.....	65
4 -	Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des résultats.....	66
F-	Analyse du contexte.....	66
1 -	Satisfaction liée à la sécurité d'emploi analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience sur l'unité.....	67
2 -	Satisfaction liée aux salaires - analyse démographique- caractéristique du nombre d'années sur l'unité.....	67

3 - Satisfaction reliée aux supérieurs - analyse démographique- caractéristique nombre d'années sur l'unité.....	68
4 - Résumé de l'analyse des données pour le regroupement du contexte.....	68
G- Analyse du degré de besoin de développement.....	68
Chapitre 4 Discussion.....	72
A- L'influence du plan de soins sur le pointage de motivation potentielle (MPS).....	73
B- Les effets du nouveau plan de soins du patient sur les éléments du modèle d'Hackman et Oldham.....	79
1 - Caractéristiques de la tâche.....	79
2 - Etats psychologiques critiques.....	84
3 - Résultats en fonction de l'individu et de son efficacité.....	88
4 - Le contexte.....	92
C- Discussion des variables démographiques et de carrière ayant des effets significatifs.....	92
1 - Le sexe.....	92
2 - La formation.....	93
3 - La langue.....	94
4 - L'âge.....	94
5 - Le nombre d'années d'expérience comme infirmière.....	94
6 - Nombre d'années comme infirmière sur l'unité.....	95
D- La situation de la population étudiée par rapport à la moyenne nationale américaine.....	98
E- L'utilisation du modèle comme outil diagnostique.....	99
F- Sources possibles de biais.....	102
Chapitre 5 Conclusion.....	104
Chapitre 6 Recherches futures.....	107
Bibliographie.....	110

Liste des tableaux

	Tableau	Page
1	Différences entre l'ancien Kardex et le nouveau Plan de soins du patient	33
2	Taux de réponse en pourcentage, par département, pour la période du pré-test	37
3	Evaluation de l'utilisation des différentes composantes du plan de soins du patient sur les 2 unités expérimentales, après 4 mois d'utilisation.	39
4	Taux de réponse en pourcentage, par département, pour la période du post-test	40
5	Vue d'ensemble de la distribution de l'échantillon	40
6	Vérification d'indépendance entre les périodes-Pré et post-test-Degré de signification-Chi-carrée	42
7	Vérification d'indépendance entre les groupes-Expérimental et contrôle Degré de signification-Chi-carrée	42
8	Vérification d'indépendance entre les périodes-Pré et post-test, pour le groupe expérimental-Degré de signification-Chi-carrée	43
9	Vérification d'indépendance entre les périodes-Pré et post-test, pour le groupe contrôle-Degré de signification-Chi-carrée	43
10	Vérification d'indépendance entre les groupes-Expérimental et contrôle, pour la période post-test-Degré de signification-Chi-carrée	44
11	Vérification d'indépendance entre les groupes-Expérimental et contrôle, pour la période pré-test-Degré de signification-Chi-carrée	44

	Tableau	Page
12	Regroupements théoriques, variables dépendantes et indépendantes	47
13	Pointage de Motivation Potentiel (moyennes et écarts-types)-MPS	49
14	Effet principal du groupe-Variété des aptitudes (moyennes et écarts-types)	51
15	Effet de la variable indépendante formation initiale sur la variable dépendante autonomie (moyennes et écarts-types)	53
16	Effet de la variable indépendante formation initiale sur la variable dépendante feedback des pairs (moyennes et écarts-types)	54
17	Effet principal du groupe: Feedback-Interaction avec les autres (moyennes et écarts-types)	55
18	Effet de la variable indépendante langue maternelle sur la variable dépendante perception significative de la tâche - (moyennes et écarts-types)	57
19	Effet de la variable indépendante langue maternelle sur la variable dépendante perception de la responsabilité des résultats - (moyennes et écarts-types)	59
20	Interaction de la période sur le groupe - Connaissance des résultats-(moyennes et écarts-types)	60
21	Effet principal du groupe - Satisfaction générale (moyennes et écarts-types)	62
22	Interaction de la période sur le groupe Motivation intrinsèque (moyennes et écarts-types)	64

	Tableau	Page
23	Résumé des résultats des analyses de variance univariées et multivariées où $p < .05$	70
24	Résumé des résultats des analyses de variance univariées et multivariées pour les caractéristiques démographiques ($p < .05$)	71

Liste des figures

	Figure	Page
1	Modèle des dimensions des tâches- Hackman et Oldham	14
2	Effet de l'interaction groupe*periode sur la variable MPS	74
3	Interaction groupe*periode pour la variable Connaissance des résultats	85
4	Interaction groupe*periode pour la variable Motivation intrinsèque	89
5	Diagnostics du groupe pré-test expérimental	100

Liste des annexes

Annexe	Page
Annexe 1 Nouveau plan de soins du patient-Plan de soins du groupe expérimental	130
Annexe 2 Listes des plans de soins individualisables disponibles	136
Annexe 3 Version originale du plan de soins infirmiers-Plan de soins du groupe contrôle	139
Annexe 4 Questionnaire Job Diagnostic Survey - Hackman & Oldham	144
Annexe 5 Extrait des résultats d'évaluation des normes de pratique pour les unités contrôle et expérimentale pour la période de novembre 89 à août 93	160
Annexe 6 Politique sur la documentation du nouveau plan de soins du patient	166
Annexe 7 Exemples de plan de soins individualisables	171
Annexe 8 Mandats des comités sur l'élaboration des plans de soins individualisables	192
Annexe 9 Mandats du comité directeur de la documentation de la démarche de soins	194
Annexe 10 Lettre d'introduction au questionnaire en période pré-test	196
Annexe 11 Horaires de sessions de formation pour le groupe expérimental	198
Annexe 12 Plan de la formation pour le groupe expérimental	201
Annexe 13 Guidelines for instructors of session A	203

Liste des annexes

(suite)

Annexe	Page
Annexe 14 Lettre d'introduction au questionnaire en période post-test	219
Annexe 15 Moyennes et écart-types des différentes échelles du JDS avec comparaison de la moyenne nationale américaine des professionnels et techniciens	221
Annexe 16 Résultats des effets marginaux	223
Annexe 17 Nombre de répondants et pourcentage des caractéristiques démographiques et de carrière, groupes selon les périodes et selon les groupes	228

INTRODUCTION

Ce travail de recherche porte sur la mesure des variations de la motivation et de la satisfaction des infirmières en milieu clinique suite à un changement dans la démarche de soins. Ces modifications, que nous considérons comme une restructuration de la tâche de l'infirmière et plus spécifiquement comme un enrichissement de la tâche, avaient déjà été prévues par l'organisation. Le présent travail retrace l'évolution de la motivation et de la satisfaction des infirmières durant les changements apportés à la démarche de soins, ainsi que par rapport aux données démographiques.

Vous retrouverez dans le premier chapitre la définition du problème de recherche ainsi que les notions de base entourant la démarche de soins infirmiers. On y décrira aussi comment le problème s'inscrit dans le champ des connaissances existantes. Un résumé de quelques travaux théoriques importants constituant la pierre d'assise de la recherche sociologique sur la satisfaction et la motivation est présentée. Vous trouverez dans ce même chapitre les applications des théories sur la satisfaction en soins infirmiers ainsi qu'un parallèle entre la démarche de soins et la restructuration des tâches. Les liens que l'on retrouve dans la littérature entre les caractéristiques démographiques et la satisfaction seront effleurés.

La dernière partie du premier chapitre contient le modèle théorique, la formulation de l'hypothèse principale et les variables entourant cette hypothèse.

Dans le chapitre 2, le contexte et les participants seront présentés, le devis de la recherche et la méthode de collecte des données y seront discutés.

L'analyse qualitative et quantitative des données sera présentée au chapitre 3. Dans le chapitre 4, une discussion des résultats suivra, soulignant les similitudes et les différences entre la théorie et les données et interprétations des résultats statistiques et démographiques.

Pour terminer, le chapitre 5 soulignera les conclusions que l'on peut tirer de cette recherche et, le chapitre 6, l'application du modèle théorique dans les recherches futures. Une évaluation du modèle théorique utilisé sera faite en rapport à la pratique infirmière.

A la fin de votre lecture, vous devriez être en mesure d'avoir une perspective globale des éléments entourant la motivation des infirmières lors de l'utilisation du plan de soins. *

* Nous voudrions noter que le féminin est utilisé pour identifier l'infirmière, dans ce travail et ce, sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

CHAPITRE 1 CONCEPTUALISATION DU PROBLÈME

A - Présentation du problème de recherche

Nous nous devons d'aborder, en tout premier lieu, les notions sur la démarche de soins et sur le processus de communication en soins infirmiers. La plupart de ces notions seront familières aux personnes travaillant étroitement dans le champ d'expertise en soins infirmiers. Pour les autres, cette partie servira de résumé des applications et des cadres de références de la profession.

Depuis près de 30 ans, la démarche de soins fait partie de l'environnement de toutes infirmières diplômées et étudiantes infirmières.

L'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) définit la pratique infirmière comme suit:

“Une relation d'aide marquée par le dynamisme et le souci d'autrui, relation à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide le client à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible. L'infirmière réalise cet objectif par l'application de connaissances et d'habilités tirées du domaine infirmier et des domaines connexes, en se servant de la démarche scientifique dont la substance est elle-même déterminée par un modèle conceptuel propre à la profession infirmière.” (AIIC 1980, p.VI).

La pratique infirmière est donc composée de normes et de comportements qui opérationnalisent ces normes. Nous retrouvons, entre autres, la norme suivante:

“La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière.” (AIIC 1980, p.1)

Un peu partout, dans les différentes provinces canadiennes, on retrouve des motions ou des articles de loi qui élaborent encore plus clairement le rôle de l'infirmière dans l'application de la démarche de soins. Par exemple, on retrouve à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (CON), la définition légale de l'exercice de la profession, c'est-à-dire de la pratique infirmière, qui découle des normes d'exercice des soins infirmiers pour infirmières autorisés (norme 1):

- “A L'infirmière autorisée évalue de façon systématique l'état de santé de l'individu et sa capacité à satisfaire à ses besoins.
- B L'infirmière autorisée met au point et modifie le plan de soins infirmiers, selon les besoins estimés de l'individu et le traitement médical prescrit.
- C L'infirmière autorisée exécute le plan de soins infirmiers.
- D L'infirmière autorisée détermine de façon systématique et continue dans quelle mesure les besoins en matière de santé de l'individu sont satisfaits.”(p.7-9, OIIO)

La démarche de soins est basée sur le processus de résolution de problème.

L'infirmière dispose d'outils lui permettant de classifier ses observations par le biais des diagnostics infirmiers. Par diagnostic infirmier, on entend ici l'utilisation d'une terminologie reconnue par NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou ANADIM pour la composante française-Nord Américaine (Association nord Américaine du Diagnostic Infirmier pour la région Montréal Métropolitain).

“Le diagnostic infirmier décrit la réponse humaine (état de santé ou mode d'interaction réelle ou potentielle altéré) d'un individu ou d'un groupe, que les infirmières peuvent légalement identifier, et pour laquelle elles peuvent prescrire des interventions curatives visant à maintenir l'état de santé ou à en réduire, à en éliminer ou à en prévenir les altérations.” (Carpenito, 1990)

Cette terminologie décrit le problème identifié lors de la collecte des données. C'est ainsi un moyen d'identifier le point de convergence et les priorités des soins infirmiers. Un diagnostic est normalement suivi du facteur étiologique et des manifestations qui serviront de pont entre l'observation et l'élaboration des objectifs et des interventions identifiés par l'infirmière.

La documentation des activités de soins de l'infirmière prend une part importante de la réalité de la pratique infirmière. Elle fait partie intégrante de la tâche de l'infirmière depuis longtemps. Le plan de soins est aussi un moyen propre à l'infirmière, lui permettant ainsi de délimiter et définir son rôle unique de professionnelle dans le contexte des soins de santé.

Les infirmières ont besoin d'habiletés et de connaissances dans plusieurs sphères de la pratique infirmière pour définir la démarche de soins. Celle-ci forme un cadre renfermant tous jugements, actions et résultats entourant la prise de décision et la résolution de problème face aux besoins et aux soins du patient.

En plus d'être un document confidentiel qui identifie l'état de santé du patient et les soins qui lui sont prodigués, le plan de soins devient un médium de communication. De façon directe, d'une part, en informant l'équipe de santé des données pertinentes reliées aux besoins du patient et aux objectifs et interventions planifiés, mais aussi de façon indirecte, pour fin de recherche, d'évaluation de la qualité des soins et de support légal.

Le plan de soins, qu'on identifiera ici comme traditionnel, est un plan écrit à la main, développé par l'infirmière pour un patient spécifique, afin d'atteindre des buts spécifiques, identifiés par l'infirmière et validés auprès de son patient. Ces buts seront définis dans le temps et comprennent l'élaboration d'un plan d'interventions.

Mais qu'arrive-t-il en pratique? Quelle est la réalité au niveau clinique de l'utilisation de la démarche de soins et du plan de soins traditionnel? Il existe des réticences et des résistances à l'implantation autant qu'à l'utilisation de la démarche de soins et des plans de soins, surtout sous forme écrite.

La démarche de soins et les diagnostics infirmiers font partie du curriculum des infirmières depuis les années 70, mais il existe encore un vide entre la pratique et la théorie. (Thomas et Newsome, 1992).

On retrouve encore dans les milieux de travail une réticence permanente de la part des infirmières en ce qui concerne l'utilité et la nécessité d'un tel outil: "Ça prend du temps, c'est de la paperasse, personne ne les utilise!"

Ces commentaires, les gestionnaires en soins infirmiers et les agentes de formation ont l'habitude de les entendre, et aussi de voir le peu de conformité dans l'utilisation des plans de soins, lors de l'évaluation de ce critère à l'intérieur du processus de l'évaluation de la qualité des soins.

Kramer et Schmalenberg (1987), suite à leur visite de 16 établissements "magnétiques" (axés sur la promotion du rôle de l'infirmière dans le but d'améliorer la rétention de la main-d'oeuvre en soins infirmiers), rapportent le témoignage suivant lorsqu'elles ont questionné une infirmière sur le stress que peuvent amener certaines formes de documentation des soins:

"...written nursing care plans. "I hate them. I hate them. I hate them. They really take time away from my patients....drudgery, repetition, and time-consuming writing out of a care plan. No other professional group has to write out in such detail what they plan to do. Why do nurses have to do so?" (p.34)

Les facteurs comme le manque de temps et le manque d'intérêt sont les principales barrières à l'utilisation du plan de soins en milieu clinique (Sauter & Nodine 1989).

Dans certaines études (Hendrickson et al, 1990, Miller et Pastorino, 1990), on estime que près de 45% du temps de l'infirmière est consacré aux soins indirects, incluant 11% à 15% pour la documentation dans le dossier du patient: les notes d'infirmières, le développement et la rédaction des plans de soins et la lecture du dossier.

Il existe dans la littérature une alternative au plan de soins traditionnel. Il s'agit d'un plan de soins, qu'on dit standardisé, et qui consiste en un programme de soins qui est développé par un comité d'infirmières expertes qui déterminent les soins types pour une catégorie de problèmes de santé. On y retrouve normalement les normes de pratique de l'établissement, ainsi qu'une liste des résultats attendus et des interventions appropriées.

L'infirmière qui identifie une problématique de soins sélectionnera le(s) plan(s) de soins standard et individualisera celui-ci (ceux-ci) soit en soulignant ou en entourant les éléments se rapportant spécifiquement à l'utilisateur. Cette méthode a été reconnue comme solution à la faible utilisation du plan de soins de la part des infirmières par Flakerud & Halloran (1980).

Il a été décidé, par le comité directeur de la "documentation de la démarche de soins" de l'hôpital général d'Ottawa, un hôpital universitaire de l'est de l'Ontario, d'implanter et de favoriser l'utilisation d'un plan de soins standardisé et individualisable. Ce même comité a identifié la nécessité d'actualiser la méthode de documentation de la démarche de soins en modifiant le support servant autant à la rédaction des données recueillies à l'admission de tout patient qu'à l'élaboration d'objectifs et d'interventions faites par les infirmières.

Il a donc été décidé de mettre à l'essai un nouveau système de documentation de la démarche de soins sur 2 unités de soins, orthopédie et gériatrie active. La population infirmière de ces deux unités qui ont été exposées au nouveau plan de soins constituant l'objet de la présente étude.

Les objectifs que poursuivait le comité en changeant la documentation de la démarche de soins étaient de diminuer la redondance des entrées, de promouvoir l'utilisation des diagnostics infirmiers accompagnés de plans de soins, et de s'assurer que la planification des interventions était bien documentée.

Parallèlement au côté pratique du nouveau système de documentation, le comité visait à favoriser la communication et améliorer la gestion du temps des infirmières tout en ayant un document qui reflète légalement les activités cliniques dans le dossier de chaque patient.

C'est ici que s'insère donc notre projet de recherche. Son objectif est de mesurer les effets de l'application du nouveau plan de soins, utilisé comme outil de restructuration pouvant enrichir la tâche, et de son influence sur la motivation des infirmières.

Vous retrouverez dans les prochaines pages un survol de différents champs de la littérature qui sont impliqués dans cette recherche: la motivation et la satisfaction, la restructuration et l'enrichissement des tâches et leurs applications dans le domaine des soins infirmiers. La troisième partie de ce chapitre reflétera les liens entre la restructuration des tâches, l'enrichissement des tâches et la nouvelle méthode d'utilisation de la démarche de soins.

B- La motivation, la satisfaction, la restructuration du travail et la satisfaction chez les infirmières: état des connaissances.

On définit la motivation en termes de comportement d'un individu plutôt qu'en termes d'émotions. Ces émotions sont plutôt associées à la satisfaction, en parlant de:

“Bien-être et plaisir qui résultent de l'accomplissement de ce qu'on attendait ou désirait” (Bergeron, 1986).

Il existe plusieurs théories concernant la motivation et la satisfaction des employés, ce sujet ayant fait l'objet de plusieurs recherches, comme par des auteurs classiques tels que Taylor (1911), Fayol (1966) et Weber (1921). Locke (1976) rapporte que plus de 33,000 articles, livres ou dissertations étaient disponibles au moment de son étude. Etant donné le grand nombre de théories sur la motivation, nous nous limiterons à Maslow, Herzberg et aux études plus récentes qui ont un lien direct avec la restructuration du travail.

L'approche de Maslow (1970), qui est un exemple d'une des théories les plus populaires et la plus connue des gestionnaires, implique une hiérarchie des besoins en 5 niveaux, selon une disposition pyramidale. Maslow soutient que seuls les besoins non-comblés ont une influence sur le comportement. Nous soulignons que la satisfaction, dans ce cas, est liée à la réduction d'une tension.

Plusieurs études (Hall & Nougaim, 1968; Wahba & Bridwell, 1979) préconisent que les besoins des employés sont plus instables et dynamiques que ne le suggère le modèle de Maslow.

Il semble aussi évident que les individus cherchent à combler plus d'un besoin à la fois et qu'il existe des besoins qui ne s'insèrent pas dans les 5 catégories définies par Maslow. Cette approche a une vision surtout mécanique des relations entre la motivation et la satisfaction.

Vroom (1964) de même que Porter et Lawler (1968) ont surtout apporté la lumière sur la notion d'effort fourni, d'aptitudes et traits de personnalité nécessaires à la perception des rôles dans une organisation. L'importance donnée par Porter et Lawler aux récompenses extrinsèques et intrinsèques a transformé le focus des recherches sur la motivation au travail. Il ne s'agit plus seulement de combler les besoins mais de savoir proposer un milieu de travail intrinsèquement satisfaisant.

Les théories des attentes ont aussi leurs limites. On néglige les différences individuelles pour faciliter la prévision des comportements sur une base rationnelle. Qu'en est-il de la part inconsciente de la motivation? C'est peut-être la raison pour laquelle on y inclut la notion de valence, tampon entre le rationnel et l'élément irrationnel dans les approches de la motivation au travail.

Il est remarquable de noter que, dans les théories précédentes, aucune ne parle du contexte du travail, de son environnement, ou du travail lui-même. Dans les théories ultérieures, on parlera de motivation individuelle associée aux fonctions psychologiques ainsi qu'à l'environnement du travail. Il ne faudrait pas non plus négliger l'impact du degré de satisfaction sur le comportement et la motivation.

Une des toutes premières théories sur la satisfaction fut celle élaborée par Herzberg (1966). Celui-ci identifie 2 séries de facteurs pouvant expliquer les différentes réactions des individus face à des situations de travail.

Il identifie en premier lieu les facteurs extrinsèques, aussi nommés facteurs d'hygiène, qui représentent le contexte du travail, se référant à la sécurité de l'emploi, aux conditions de travail, au salaire, aux relations avec les supérieurs, collègues et subordonnés et aux politiques de l'organisation.

En deuxième lieu, les facteurs intrinsèques représentent le contenu du travail. On les appelle aussi les facteurs de motivation. Ils réfèrent à la nature du travail, aux possibilités d'avancement, d'augmenter ses responsabilités, de se réaliser et de développer ses capacités.

Herzberg identifie deux continuums différents, un pour chaque type de facteurs. Le premier s'appliquant aux facteurs extrinsèques, sont liés aux pôles "insatisfaction-pas de satisfaction". Le deuxième, pour les facteurs intrinsèques, se situe sur un continuum de "pas de satisfaction-satisfaction". Selon ce théoricien, les facteurs intrinsèques seraient ceux qui affectent le degré de satisfaction. L'auteur dégage six facteurs de satisfaction:

- 1 - Les "accomplissements" de l'individu et de sa tâche
- 2 - La "reconnaissance" ou considération par le groupe des qualités de l'individu
- 3 - Le contenu du travail
- 4 - La responsabilité
- 5 - Les possibilités d'avancement ou promotion
- 6 - La possibilité de croissance

Malgré l'apport considérable de cette théorie pour la science de l'organisation, cette approche a comme principal défaut d'assumer que tout le monde retire de la satisfaction des facteurs intrinsèques, lorsqu'en réalité, ce n'est pas tous les employés qui veulent nécessairement obtenir, par exemple, un poste de responsabilité. De plus, Parahoo (1991) rapporte une controverse intéressante: la satisfaction ou l'insatisfaction ne seraient pas les seuls facteurs exclusifs liés au travail.

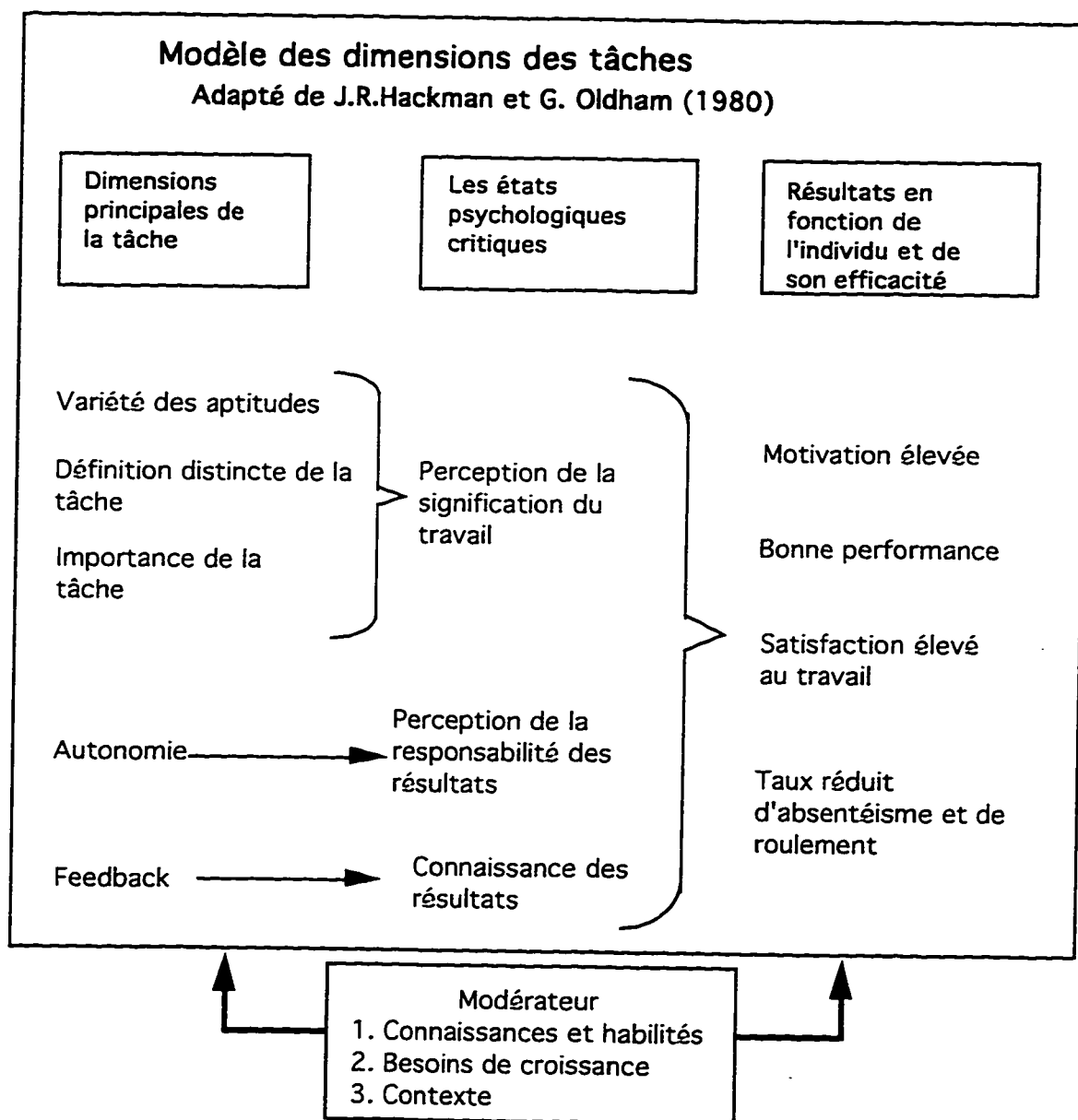
On se rappelle qu'Herzberg soutient le fait que de changer les facteurs d'hygiène ne peuvent pas, à eux seuls, générer une motivation et une satisfaction positive. Ses résultats de recherche soulignent que pour que les individus réalisent leurs tâches de façon efficace, leur travail doit être riche en facteurs de motivation. L'application de cette théorie a inspiré les chercheurs qui ont développé les théories en matière de restructuration des tâches.

L'enrichissement des tâches prend sa source dans la théorie de la motivation et de la satisfaction développée par Herzberg. Cette théorie souligne l'importance de porter attention à la nature du travail comme telle en tant que déterminant de la motivation et de la satisfaction des employés.

Le modèle d'enrichissement du travail individuel proposé par Hackman et Oldham (1975, 1980) fait l'objet du cadre théorique de cette recherche. Ce modèle est le plus récent, le plus complet et surtout celui qui domine dans le milieu de la mesure de la motivation lors d'une restructuration des tâches. Il inclut un outil (le "Job Diagnosis Survey") qui permet la mesure des différentes considérations psychologiques ayant un effet déterminant sur la satisfaction et la motivation de l'individu au travail.

Ce modèle montre aussi les relations étroites entre les dimensions principales des tâches, les états psychologiques, les résultats personnels et les besoins de développement chez l'individu. Le modèle des dimensions des tâches (Job Characteristics Model) est présenté ici:

Figure 1



Ce modèle suggère 3 dimensions psychologiques critiques qui doivent être considérées pour que les travailleurs expriment et satisfassent leurs besoins et soient ainsi motivés.

Ces conditions-clés réfèrent à un état psychologique critique: psychologique, puisque ce sont des conditions qui sont “internes”, propres à l'individu qui produit un certain travail, et critique, parce qu'il est nécessaire d'avoir la présence des 3 conditions pour obtenir un haut niveau de satisfaction et de motivation.

Premièrement, l'individu doit avoir une perception de la signification du travail, c'est-à-dire qu'un aspect de la tâche soit significatif ou qu'il soit vécu comme étant utile à l'individu.

Il existe 3 dimensions principales de la tâche pouvant rendre un travail significatif: avoir une définition distincte de la tâche, être capable de développer et d'utiliser des aptitudes et des habilités personnelles afin d'atteindre ses propres objectifs, et enfin connaître l'importance et la signification de la tâche.

Deuxièmement, les individus doivent se sentir personnellement responsables d'une portion significative de leur travail et des résultats qui en découlent. La dimension principale de la tâche est l'autonomie.

Enfin, on retrouve le pouvoir de connaissance et la capacité de l'individu d'évaluer dans quelle mesure le travail accompli est bien fait. La dimension principale de la tâche est le feedback, subdivisé en 3 différentes sous-catégories de rétroaction: le feedback du travail, le feedback des pairs et les interactions avec les autres.

En utilisant le JDS (Job Diagnostic Survey), instrument de mesure développé par Hackman et Oldham en 1975 et mis à jour en 1980, il est possible d'évaluer les dimensions de la tâche et de mesurer la réaction des individus face à leur travail.

On identifie une relation étroite entre les dimensions de la tâche et la satisfaction personnelle: plus l'individu prend conscience de ces 3 états psychologiques, plus il retire de la satisfaction d'un travail bien fait.

Il importe que le travail soit significatif pour l'individu, que ce dernier se sente responsable face à sa performance, et qu'il lui soit possible d'expérimenter des sentiments positifs d'accomplissement.

Ces éléments font partie des ingrédients essentiels à un travail hautement motivant. Les auteurs voient donc la motivation et la satisfaction comme un tout qui unit l'individu à son travail. Les résultats dépendent des besoins de développement de l'individu et de son efficacité.

Afin de mesurer les états psychologiques, le modèle d'Hackman et Oldham nous propose de mesurer le pointage de motivation potentielle (MPS) en passant par les dimensions principales de la tâche.

Chacune des dimensions des tâches est mesurée sur une échelle de 7, 1 étant le plus bas et 7 le plus haut.

Le pointage de potentiel motivateur maximum qu'on peut obtenir est de 343 (7³). On peut calculer le pointage de motivation potentielle (MPS) en utilisant la formule suivante:

$$\text{Score de motivation potentielle} = \frac{\text{Variété des tâches} + \text{Définition de la tâche} + \text{Importance de la tâche}}{3} \times \text{Autonomie} \times \text{Feedback}$$

Dans cette formule, les 3 dimensions qui sont reliées à la perception de la signification du travail sont additionnées. puis leur moyenne est multipliée par le produit de l'autonomie et le feedback.

La logique de cette formule est que, pour avoir un pointage de motivation élevé, on doit retrouver au moins une dimension principale de la tâche ayant un pointage élevé.

Un travail ayant un potentiel de motivation élevé n'affectera pas pareillement tous les individus. Les personnes qui valorisent et désirent des sentiments d'accomplissement et de croissance personnelle devraient répondre favorablement à un travail ayant des dimensions principales élevées.

Par contre, les individus qui ne valorisent pas la croissance personnelle pourraient trouver le travail anxiogène. Ainsi, les besoins de croissance individuelle deviennent un modérateur ayant un effet sur les autres éléments de la théorie.

Cette théorie est probablement celle qui est la mieux articulée et la plus disponible en ce qui concerne l'impact de la restructuration du travail sur les pensées, les sentiments et les actions des travailleurs (Evans, Kinggundu & House, 1979).

Le nombre de recherches reliées à ce modèle est tel que 2 méta-analyses ont été publiées depuis.

L'une d'entre-elles, celle de Loher, Noe, Moeller et Fitzgerald (1985), met l'accent essentiellement sur la relation entre les caractéristiques du travail et la satisfaction au travail. Les auteurs en viennent à la conclusion, après l'analyse de 28 études couvrant un échantillon total de plus de 15,000 répondants, que la relation était modérée (corrélation de .39). Ils ont aussi découvert le rôle évident des besoins de croissance personnelle (Growth Need Strength) en tant que modérateur de la relation entre les caractéristiques du travail et la satisfaction. Ils rapportent que pour les répondants qui ont une croissance élevée, la corrélation était de .68 et que pour ceux qui avaient une croissance personnelle faible, la corrélation était de .38, ce qui est en accord avec le modèle théorique d'Hackman et Oldham.

Par contre, les auteurs de la méta-analyse rapportent qu'il y a présentement peu d'analyses empiriques sur l'enrichissement de la tâche. En fait, parmi les 28 études revues, il n'y a que 3 dont l'objet était l'analyse des changements dans la technologie ou dans l'organisation du travail, la plupart étant des études de corrélation entre les relations des variables du modèle.

Un exemple d'une analyse de la relation entre la satisfaction et les caractéristiques du travail est celle de Stone (1976). On voulait étudier le lien entre les caractéristiques du travail, les résultats en fonction des individus et l'influence des facteurs de contexte comme modérateur. La procédure suivie pour cette étude a été de diviser les participants en 2 ou plusieurs groupes selon leurs intérêts par rapport aux modérateurs. Des corrélations entre les caractéristiques du travail et les résultats individuels ont été calculés et on a réalisé une analyse comparative des différents groupes.

On remarque que l'étude entreprise n'apporte qu'un éclaircissement sur les corrélations entre les différents éléments du modèle d'Hackman et Oldham plutôt que de mesurer les effets d'un enrichissement ou d'une modification du travail des individus.

Une autre méta-analyse plus récente était dirigée par Fried et Ferris (1987). Lors de la révision de près de 200 études, la plupart étant des études de corrélations, ils arrivent à la conclusion que le modèle des caractéristiques du travail avait reçu un accueil plutôt modeste. La revue de littérature et la méta-analyse entreprise par les auteurs ne peuvent pas soutenir les critiques les plus fondamentales qui ont été fait envers le modèle.

En guise de conclusion, les auteurs rapportent les points suivant: les caractéristiques du travail ont un caractère multi-dimensionnels, les caractéristiques du travail sont autant reliées aux états psychologiques qu'aux résultats, les besoins de croissance personnelle sont des modérateurs à la relation caractéristiques-performance au travail, le facteur de motivation potentielle (MPS) est un meilleur outil d'estimation que les variables des caractéristiques de la tâche prises indépendamment. De plus, ils soulignent que les facteurs de contexte comme les conditions économiques ou démographiques peuvent grandement influencer la relation entre les caractéristiques du travail et les résultats obtenus.

Malgré la popularité évidente du modèle des caractéristiques du travail, celui-ci a été utilisé de façon irrégulière dans le domaine des soins infirmiers. Blegen (1993) a révisé plus de 48 études disponibles dans la littérature sur la satisfaction des infirmières, pour un équivalent de plus de 15,000 sujets, permettant ainsi la réalisation d'une méta-analyse qui nous permet de souligner les variables les plus fréquemment associées à la satisfaction.

L'auteure rapporte que la satisfaction des infirmières est le plus souvent associée au stress (corrélation moyenne $= -.609$) et à l'engagement de l'organisation envers ses employés ($r = .526$). Plus de 7 variables comme la communication avec les supérieurs, l'autonomie, la reconnaissance, la routine des tâches, la communication avec les pairs, l'équité et "locus of control" ont des corrélations entre .20 et .50.

Lors de son étude, elle rapporte que les caractéristiques démographiques ne sont que faiblement corrélées (âge $= .133$, années d'expérience $= .086$, formation $= -.70$) à la satisfaction. Par contre, l'analyse de ces variables rapportent des données intéressantes: les infirmières plus âgées sont plus satisfaites et celles qui ont plus d'éducation sont moins satisfaites de leur travail. Aucune relation entre le nombre d'années d'expérience et la satisfaction n'a été démontrée.

Dans une des toutes premières études utilisant le modèle d'Hackman et Oldham, Joiner, Johnson, Chapman et Corkrean (1982) ont distribué le questionnaire de diagnostic du travail (JDS) auprès de 160 infirmières dans un hôpital de 350 lits du mid-ouest américain. Leur but était de calculer la moyenne de chacune des dimensions de la tâche et le pointage de motivation potentielle. Les résultats obtenus sur le pointage de motivation potentielle (MPS) étaient de 155, pointage plutôt favorable lorsqu'on le compare à la moyenne de 128 des répondants de différentes organisations américaines qui a été calculée par Hackman et Oldham (1980).

Cette même étude met en évidence des différences significatives entre l'éventail des spécialités en soins infirmiers. Par exemple, les infirmières oeuvrant en soins coronariens obtiennent un pointage de motivation potentielle de 188, tandis que les infirmières en psychiatrie ont une moyenne de 129.

Malgré que cette étude nous procure des données de base sur les principaux éléments du modèle, l'analyse n'est que purement descriptive: on n'y retrouve pas de test sur les relations possibles entre les différentes variables ni d'analyse des effets d'une intervention modifiant et enrichissant la tâche.

Guthrie, Mauer, Zawacki et Couger (1985), dans une étude de corrélation, ont examiné les relations entre les éléments du modèle d'Hackman et Oldham. Cependant, la taille de l'échantillon ($n=43$) et l'utilisation d'une version modifiée du questionnaire de diagnostic du travail rend cette étude difficile à interpréter dans le contexte de restructuration des tâches.

La seule autre étude qui utilise directement le modèle d'Hackman et Oldham dans le domaine des soins infirmiers est celle publiée par Holaday et Bullard (1991). Cette étude utilise les réponses de 83 infirmières oeuvrant en pédiatrie et compare les résultats avec la moyenne nationale des travailleurs professionnels et techniciens, tout en examinant différents facteurs démographiques comme l'âge, l'expérience comme infirmière et la formation initiale.

Pour une moyenne du pointage de motivation potentielle de 129 retrouvé chez les infirmières en pédiatrie, cette moyenne a été qualifiée de "basse" comparativement à la moyenne nationale de 154. De plus, les auteures analysent les corrélations entre les dimensions principales de la tâche, les états psychologiques et les résultats.

Elles ont trouvé, entre autres, des corrélations significatives entre le pointage de motivation potentielle et les mesures de motivation et de satisfaction, mais pas avec le taux d'absentéisme et la performance. Leur étude démontre aussi l'influence des facteurs démographiques comme le nombre d'années de carrière en soins infirmiers sur les caractéristiques du travail. Par exemple, les nouvelles graduées (<1 an d'expérience) rapportaient un faible pointage de variété des aptitudes mais un haut degré d'interaction avec les autres. Les facteurs du contexte comme la rémunération, la sécurité d'emploi et la supervision ont aussi fait l'objet de cette recherche. Elles notent que plus le salaire est élevé, plus l'employé est motivé ($r=0.42$, $p < 0.001$).

Malgré que la plupart des études nous apportent d'intéressantes données sur les différents facteurs qui entourent la satisfaction et la motivation des infirmières, et encore plus récemment sur les nouveaux concepts comme "empowerment" (Havens et Mills, 1992), il n'y a aucune étude qui évalue les relations entre les différentes dimensions du travail des infirmières et la satisfaction à l'intérieur d'une dynamique d'enrichissement de la tâche.

Le but de la présente recherche sera de combler cette lacune en examinant un changement dans la démarche de soins, plus spécifiquement dans la cueillette des données et la documentation des plans de soins à travers les lunettes du modèle de dimensions principales des tâches.

C- Liens entre le modèle des dimensions des tâches, l'enrichissement de la tâche et la démarche de soins.

L'utilisation du modèle d'Hackman & Oldham sur les dimensions des tâches permettra d'identifier, suite à une modification dans la structure, le contenu et les dimensions principales du travail de l'infirmière, les variables qui sont significatives pour elle et qui peuvent être identifiées comme facteurs pouvant améliorer la motivation et la satisfaction. Etant donné que le contexte de travail de toute infirmière semble combler la plupart des besoins élémentaires, la démarche de soins est considérée ici comme un effort de restructuration des tâches, dirigé vers les employés qui ont des besoins élevés.

Voici comment les changements dans la démarche de soins rencontrent les 3 dimensions psychologiques du modèle d'Hackman & Oldham:

1- Le premier état psychologique critique est la perception de la signification du travail. Cet état rencontre les 3 caractéristiques du travail de l'infirmière lorsqu'elle utilise la démarche de soins, en mettant l'accent sur un ensemble cohérent d'opérations plutôt que sur une portion limitée d'un ensemble de tâches. Elle rencontre ainsi la définition distincte de la tâche, spécialement lorsqu'on remarque que le nouveau plan de soins du patient favorise l'application d'une démarche de soins cohérente, de la cueillette des données à la planification du congé du patient. L'infirmière étant la principale et l'unique intervenante orchestrant le plan de soins, il devient ainsi un outil qui démarque le rôle de l'infirmière par rapport aux autres intervenants.

La démarche de soins, en faisant appel aux connaissances, aux aptitudes et aux habilités personnelles des infirmières, rencontre le facteur variété des aptitudes.

De plus, le nouveau plan de soins met en valeur les connaissances, les aptitudes et les habilités que l'infirmière a développé par rapport à la démarche de soins et cela, dès sa formation initiale.

Avec le nouveau plan de soins du patient, l'infirmière utilise une cueillette des données qui, une fois complétée servira à l'identification des problèmes, à l'établissement des diagnostics infirmiers et de la planification des interventions. Cette nouvelle réalité souligne l'importance de la tâche comme un tout, en soulignant l'aspect global de la profession.

2- Le deuxième état psychologique est la perception d'être responsable des résultats. La démarche de soins, et plus particulièrement le plan de soins, ont un sens pour l'infirmière, et ce, encore plus lorsque son travail produit un résultat. L'infirmière a un rôle indépendant, pouvant prendre des décisions sur ses choix d'interventions autant que la cible visée. Son autonomie est mise à contribution lors de cette démarche, c'est-à-dire que l'infirmière qui identifie un problème exerce son droit de porter un diagnostic infirmier, de le valider auprès du client et de choisir les interventions appropriées, en utilisant une méthode de résolution de problèmes et de prise de décision.

Le fait de travailler sur des tâches enrichies permet de s'accomplir personnellement et de développer son potentiel (deuxième dimension psychologique selon Hackman & Oldham). En développant la notion d'autonomie à travers le rôle indépendant de l'infirmière, celle-ci devrait se sentir personnellement responsable d'une portion significative des tâches qu'elle assume.

3- Le troisième état psychologique est particulièrement reflété dans la phase d'évaluation de la démarche de soins, permettant à l'infirmière de recevoir de l'information en retour et d'être en mesure d'évaluer le travail accompli et d'ainsi prendre connaissance des résultats. Ce feedback peut provenir de la personne qui exécute la tâche elle-même, d'autres individus tels que le chef d'équipe, la coordonnatrice du projet ou l'infirmière-chef, des collègues, ou des patients eux-mêmes. Le nouveau plan de soins permet un temps de présence plus grand lors de la cueillette des données, donc une possibilité d'obtenir plus d'échanges avec le patient et/ou sa famille.

Nous croyons qu'en modifiant la documentation de la démarche de soins, nous restructurons le travail, dans le but d'obtenir un niveau de satisfaction élevé.

On prévoit que l'implantation de la nouvelle formule de la démarche de soins augmentera le pointage de motivation potentielle (MPS) sur les unités expérimentales tandis que le pointage de motivation potentielle des unités témoins devraient rester le même entre la période pré-test et post-test.

On s'attend donc à ce que les infirmières des unités d'essai aient des opportunités d'enrichissement par le biais d'une croissance personnelle et par l'apprentissage de nouvelles connaissances. En introduisant un nouvel outil orchestrant la démarche de soins, nous reconnaissons que nous enrichissons les tâches des infirmières.

Il est important de noter que le changement qui a été proposé par l'établissement de santé, en l'occurrence l'hôpital général d'Ottawa, n'affecte en fait, qu'une partie de la tâche de l'infirmière, ce qui amène à considérer que les résultats que nous obtiendrons seront sous l'influence de plusieurs autres facteurs et ce, au même moment. Nous nous attendons à plusieurs changements en accord avec le modèle théorique, malgré qu'il soit possible que ces changements se retrouvent dilués par les activités concomitantes ainsi que l'environnement dans lequel cette étude est insérée.

D- Formulation de l'hypothèse

Hypothèse principale:

Nous croyons qu'il existe des différences significatives entre le groupe expérimental qui utilise le nouveau plan de soins du patient, considéré comme un enrichissement de la tâche de l'infirmière, et le groupe contrôle utilisant l'ancien plan de soins. Cette différence significative est mesurable par le biais du pointage de motivation potentielle, des dimensions principales de la tâche, des états psychologiques et des résultats en fonction du travail de l'infirmière qui sont mesurés en période pré et post-test.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

A - Le contexte et les participants

La présente recherche a lieu à l'hôpital général d'Ottawa, un hôpital universitaire de 385 lits, offrant des services de santé et de soins bilingues hautement spécialisés à la population de l'est de l'Ontario.

La population cible est constituée des infirmières travaillant à temps plein, à temps partiel, permanent ou temporaire qui étaient invitées à compléter le questionnaire avant et après les changements apportés au plan de soins.

Les infirmières sur appel, en congé de maladie prolongé, en congé de maternité, étudiantes ou en consolidation non pas été sélectionnées comme candidates pouvant répondre au questionnaire.

Le comité directeur de la documentation de la démarche de soins a soumis au mois de mars 92 le projet de mettre en place, pour une période d'essai, le nouveau plan de soins du patient. La direction des soins infirmiers a identifié les unités d'orthopédie et de gériatrie active comme étant les unités d'essai du nouveau système de documentation (annexe 1). Celui-ci inclut la collecte des données, les diagnostics infirmiers et la portion kardex, de même qu'une quantité appréciable de plans de soins individualisables (voir annexe 2, la liste des plans de soins individualisables disponibles). Ce groupe agira comme groupe expérimental.

Suite à ma proposition de recherche, la présidente du comité directeur de la documentation a identifié les 2 unités de chirurgie comme groupe contrôle. Ce choix est principalement dicté par le fait que ce groupe utilise les systèmes de documentation déjà en place (annexe 3).

Il est important de noter que l'organisation du travail est la même dans les 4 unités choisies, c'est-à-dire des unités de 36 lits, ayant un mode de prestation des soins de travail d'équipe, avec comme supérieur immédiat, l'infirmière-chef (1 pour chaque unité), un chef-d'équipe pour chaque quart de travail, et des activités de soins se déroulant 24 heures sur 24.

Les 2 unités expérimentales sont des unités d'orthopédie et gériatrie active. D'une autre part on retrouve, dans le groupe contrôle, des patients de chirurgie, d'ORL, et quelques lits (4) d'orthopédie. En comparant les données démographiques et de carrière de l'annexe 17, il vous sera possible de noter qu'il y a une répartition à peu près équivalente entre le personnel du groupe expérimental et contrôle, autant durant la période pré-test que post-test.

Troisièmement, comme le groupe contrôle est localisé sur deux planchers qui font partie d'un programme regroupant des activités nursing et des équipes de travail totalement différentes du groupe expérimental, il est impossible que des infirmières du groupe contrôle soient exposées à l'utilisation nouveau plan de soins du patient.

On identifie donc, dans la présente étude, des groupes de sujets déjà constitués et groupés en unité de travail.

B- Devis de la recherche

Etant donné que le projet d'implantation du nouveau plan de soins allait de l'avant et qu'en pratique il nous était impossible d'assigner individuellement les infirmières à des traitements aléatoirement différents, il a été décidé d'utiliser une méthode de recherche quasi-expérimentale.

La recherche a pour but d'expliquer les relations entre les variables et de comparer les 2 groupes d'unités (expérimental et contrôle) qui sont soumis à des conditions différentes, soit en l'utilisation du nouveau ou de l'ancien plan de soins. Cette méthode fournira un moyen d'examiner les relations causales malgré qu'il nous était impossible d'exercer un contrôle absolu sur la situation expérimentale. Dans la présente étude, elle n'y pas eu de répartition aléatoire des sujets, mais plutôt un échantillon volontaire.

Les variables indépendantes de l'étude sont 1) la structure du travail, sur 2 niveaux: l'implantation du nouveau plan de soins, vu comme l'enrichissement de la tâche, sur les unités expérimentales et l'utilisation du plan de soins conventionnel sur les unités contrôles, 2) la période (pré et post implantation) dans 2 groupes (expérimental et contrôle) et 3) les variables démographiques qui ont été incluses dans les questionnaires et qui permettent l'exploration des effets possible des facteurs pouvant être identifiés comme modérateurs tel que le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le nombre d'années d'expérience sur l'unité, la formation de base et la langue et le sexe.

On retrouve donc un devis pré-test-post-test-expérimental-contrôle non équivalent.

En accord avec les recherches sur la satisfaction du chapitre précédent, il nous apparaît important d'inclure les variables démographiques dans cette recherche. Lors de l'évaluation des recherches de différents auteurs, comme Holaday et Bullard (1991) et Blegen (1993) nous avons observé l'existence de liens entre les variables démographiques et l'impact sur la satisfaction des infirmières.

Les variables dépendantes incluent celles du modèle d'Hackman et Oldham et sont mesurées à l'aide du questionnaire de diagnostic du travail (JDS-Job Diagnostic Survey-voir annexe 4) qui a été développé et raffiné durant de longues années par Hackman et Oldham et qui est basé sur la méthodologie développée par Turner et Lawrence (1965) et Hackman et Lawler (1971). Plusieurs versions de cet outil ont été développées enfin d'en améliorer la validité et la fiabilité.

Les différentes variables du modèle sont mesurées sur une échelle de Likert à intervalle de 1 à 7, 1 étant la mesure la plus faible de l'échelle, et 7 étant la plus haute. Les résultats de chacun des items décrivent les 5 dimensions principales de la tâche, des états psychologiques critiques, des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité, et du contexte.

Le pointage de motivation potentielle (MPS) servira aux analyses quantitatives pouvant refléter la motivation qu'entraîne la démarche de soins, et ayant un impact sur la motivation interne au travail et à une performance de haute qualité. Le MPS peut varier de 1 à 343.

Ce questionnaire était disponible en anglais seulement au moment de la collecte des données. Étant donné les problèmes de validité et de fiabilité qu'entraîne la traduction d'un tel questionnaire, ainsi que le court laps de temps disponible avant le début du projet, il nous a été impossible d'introduire une version française de l'outil. L'impact de n'avoir qu'un questionnaire anglais est faible étant donné qu'une infirmière francophone doit être bilingue pour travailler à l'hôpital général d'Ottawa.

Ce questionnaire a été l'objet de nombreuses études de validité et de fiabilité par Hackman et Oldham (1974). Les données de validité et de fiabilité de l'outil ont été démontrées en utilisant 658 employés, dans 62 différents emplois, et ce, dans 7 différentes organisations. Les emplois choisis étaient hautement hétérogènes (col bleu, col blanc et professionnel), les auteurs ont inclus dans l'échantillon autant les organisations produisant des biens que celles offrant des services. Les organisations se situaient en milieu urbain et milieu rural, dans l'est, le sud-ouest et le mid-ouest américain.

La médiane du coefficient d'homogénéité interne est de .71 (Hackman et Oldham, 1974). En général, les résultats du coefficient d'homogénéité interne et de la validité discriminante de chacun des éléments de l'outil supportent, de façon satisfaisante, son utilisation pour la présente recherche.

L'outil JDS a passé 3 cycles de révision et de pré-test. Sous sa forme la plus récente, l'outil JDS a été reconnu comme fiable et valide lors de plusieurs tests expérimentaux (Orpen, 1978). Il existe aussi des études qui soulignent l'importance du cadre conceptuel de la théorie des caractéristiques du travail d'Hackman et Oldham (Arnold et House, 1979).

Dans la publication de leur livre, en 1980, Hackman et Oldham ont utilisé le questionnaire JDS avec 6930 employés des Etats-Unis, dans 56 différentes organisations. Les chercheurs continuent, depuis, d'utiliser le questionnaire JDS afin d'améliorer les connaissances sur la restructuration des tâches et la motivation au travail (Arnold et House, 1980, Kiggundu, 1978).

C- Méthode de collecte des données

C'est pour pallier au problème de faible utilisation de la démarche de soins (voir annexe 5) que le comité sur la documentation de la démarche de soins de l'hôpital Général d'Ottawa a développé, dans un premier temps, un plan de soins-patient qui inclut la partie collecte des données de l'admission du patient sur l'unité, des diagnostics infirmiers identifiés et la partie kardex (annexe 1).

L'introduction de ce nouveau plan de soins devient le traitement dans le cadre de notre recherche, c'est-à-dire l'exposition à une documentation différente de la démarche de soins.

Cette nouvelle forme de documentation a été l'objet de nombreuses révisions autant de la part d'infirmières-expertes du milieu que par les membres du comité. La version finale a été présentée à l'ensemble de l'équipe des soins infirmiers pour commentaires. Une politique pour accompagner la documentation du nouveau plan de soins du patient a été établie (annexe 6).

Vous trouverez en annexe 3 la version originale du plan de soins qui était disponible à l'hôpital général d'Ottawa avant l'implantation du nouvel outil de documentation sur 2 unités de soins. Vous pourrez aussi consulter des exemples des nouveaux plans de soins individualisables en annexe 7.

Les principales différences entre l'ancien profil de documentation de la démarche de soins et le nouveau plan de soins du patient utilisé à l'hôpital général d'Ottawa peuvent être résumées par le tableau 1 suivant:

Tableau 1
Différences entre l'ancien Kardex et le nouveau plan de soins du patient

Ancien Kardex	Plan de soins du patient
Kardex infirmier encadré par les politiques et procédures des soins infirmiers et des ordonnances médicales.	Suit le cheminement de la démarche de soins . Collecte des données, diagnostics infirmiers, plans de soins (encadrés par les besoins identifiés par l'infirmière, le médecin et le patient.)
L'infirmière doit créer un plan de soins individualisé pour ses patients.	L'infirmière choisit un ou des plans de soins standards basés sur la terminologie des diagnostics infirmiers, NANDA, et qui sont spécifiques aux conditions de son patient. Ces plans de soins sont individualisables en encerclant les diagnostics et interventions appropriées.
Sous forme d'espace à remplir	Sous forme de choix multiples
Cueillette de données démographiques	Informations spécifiques relatives au domaine de la santé des années 90: hospitalisation dans un autre pays, Testament de vie, Toxicomanie, Mesures métriques
Espace vide à remplir lors du congé.	Liste d'interventions entourant le congé, pouvant être indiquées d'un crochet

Un comité, ayant comme membres les infirmières des unités cibles, a été formé afin d'établir les plans de soins individualisables (voir le mandat du comité, annexe 8).

Ce projet est sous la gouverne du comité directeur de la documentation de la démarche de soins de l'Hôpital Général d'Ottawa (voir annexe 9, le mandat du comité directeur).

L'introduction du nouveau plan de soins a été proposée par le comité directeur à l'équipe des directrices de soins représentant l'ensemble du personnel en soins infirmiers de l'hôpital ainsi qu'à la vice-présidente des soins infirmiers. Avec leurs approbations, le nouveau plan de soins a été désigné outil d'essai sur 2 unités de soins. Ces unités ont été désignées principalement parce qu'elles se trouvaient sous la direction de 2 directrices différentes et que celles-ci n'étaient pas impliquées dans l'élaboration initiale du nouveau plan de soins.

La démarche du comité est supportée dans la littérature, entre autres par Hurley (1986), qui identifie que l'absence d'un système de documentation pratique est souvent un des facteurs rapporter par les infirmières limitant l'utilisation des diagnostics infirmiers et du plan de soins.

Cette "révolution" dans la planification et la documentation des soins sous forme de plan de soins du patient est appuyée par les propos de Virginia Henderson (1987) résumés en ces mots:

Nothing would more radically improve health care than simplifying the form and language of the health record, identifying its essential content, and making a copy of it available to the patient.

Thomas et Newsome (1992) concluent leur étude sur les facteurs affectant l'utilisation des diagnostics infirmiers en soulignant que le support de l'établissement amène une différence et devrait être facilité et reconnu par les employeurs.

Cette recherche a été approuvée par la Vice-Présidente Nursing de l'hôpital Général d'Ottawa, par la présidente du comité sur la documentation de la démarche de soins, ainsi que par les 3 directrices des programmes faisant partie de l'échantillon.

Les infirmières des 2 unités expérimentales [unité (3) et (1)], et des 2 unités contrôles [unité (4) et (2)], ont reçu le questionnaire JDS (Job Diagnostic Survey) (annexe 4) dans des enveloppes inter-courrier individuelles adressées au nom de la personne ressource pour le retour des questionnaires. Une lettre explicative (annexe 10) était incluse, décrivant la raison de ce questionnaire, et assurant la confidentialité des données et l'anonymat.

Pour le pré-test, la distribution des questionnaires s'est faite au début de mai 1992, et on a accordé une période de 18 jours pour compléter le questionnaire afin de tenir compte des horaires de travail des infirmières: jour-soir-nuit, une fin de semaine sur deux. De plus, cette période permettait un temps de réflexion pour le sujet, à savoir s'il accepte ou pas de participer à l'étude.

De cette façon on a permis aux 2 groupes d'avoir le temps nécessaire pour compléter le questionnaire et ce, avant que le groupe expérimental ne reçoive la formation initiale de base sur la démarche de soins et le nouveau système de documentation.

Malgré le fait que le projet ait été approuvé par les gestionnaires de 2^{ième} et 3^{ième} niveaux, en aucun temps, les infirmières n'étaient obligées de compléter le questionnaire de la présente recherche. Aucune pression, contrainte ou influence induite n'a été exercée. La recherche a été présentée comme faisant partie d'une étude dans le cadre de la maîtrise en gestion des services de santé (annexe 10-lettre d'introduction aux questionnaires). En aucun temps les sujets n'étaient pénalisés s'ils décidaient de ne pas remplir le questionnaire. L'infirmière, en prenant connaissance de la lettre, prenait une décision en toute connaissance de cause.

Comme l'étude que nous envisageons a trait au comportement spontané des infirmières, nullement influencé par les chercheurs et que les sujets ne peuvent être identifiés, un consentement clairement documenté n'était pas nécessaire.

Un rappel afin de remplir le questionnaire a été envoyé sur les unités en utilisant le système de "ballounne-o-gramme", une semaine avant la date d'échéance pour le retour des questionnaires. Les infirmières(iers)-chefs encourageaient, lors des réunions d'équipe, les membres du personnel infirmier à compléter le questionnaire.

Au pré-test un total de 84 questionnaires a été retourné sur un total de 138 infirmières, soit un taux de réponse de 60.9%. Ce taux se répartit ainsi: 54.4% pour le groupe contrôle ($n/N=37/68$) et 67.1% pour le groupe expérimental ($n/N=47/70$).

Tableau 2
Taux de réponse en pourcentage, par département,
pour la période du pré-test

Groupe:	Contrôle	Expérimental
60.9%	54.4%	67.1%
n=84	n= 37	n= 47
(N= 138)	(N= 68)	(N= 70)

Faisant suite à la collecte des données pré-test, un plan de formation a été prévu pour les infirmières des unités expérimentales. Les sessions d'informations ont commencé le 25 mai pour s'étendre jusqu'au 9 juin 1992 (voir annexe 11, Schedule for teaching sessions).

Les sessions ont été dispensées par l'infirmière responsable du projet, la clinicienne du programme et par les 2 infirmières-chefs des unités visées. Ces personnes n'étaient pas informées des hypothèses de la présente recherche.

Le programme de formation a été divisé en deux parties afin de limiter la durée des sessions à 30 minutes chacune. Les points discutés lors de ces sessions sont élaborés à l'annexe 12 (Plan de formation pour le groupe expérimental). Les sessions étaient obligatoires pour toutes les infirmières des deux unités concernées et l'enregistrement des présences ont permis de rapporter que 100% des infirmières du groupe expérimental ont été présentes aux 2 sessions obligatoires.

Les agentes de formation recevaient un guide ainsi qu'une série d'acétates utilisés lors des sessions d'information (voir annexe 13- Guidelines for instructors of session A). Au cours de la session A, des sujets tels les définitions (basées selon Carpenito, 1990) et l'utilisation des diagnostics infirmiers ainsi que l'introduction des plans de soins individualisables ont été abordés pour expliquer le changement vers le nouveau plan de soins. La session B était constituée d'une révision complète du nouveau plan de soins, de son fonctionnement et de réponses pour éclairer les infirmières sur l'utilisation du plan de soins du patient.

Afin de donner une certaine perspective aux résultats de cette recherche il est important de rapporter certains faits concernant l'utilisation du nouveau plan de soins du patient.

Le taux d'utilisation du plan de soins du patient a été mesuré dans le cadre des opérations normales d'évaluation de la qualité des soins (voir annexe 5) ainsi que lors d'une mini-évaluation faite lors de la période d'essai. Cette dernière a été conduite par la responsable du projet en révisant 30 dossiers/patients dans chacune des deux unités visées par la période d'essai, les 28, 29 et 30 octobre 1992.

Premièrement, il est important de noter que tous les patients des unités expérimentales ont, dans leur dossier, le plan de soins du patient qu'on retrouve en annexe 1. Ce document n'étant pas une option mais un document légal faisant partie intégrale du dossier du bénéficiaire. On peut donc garantir que l'utilisation du nouveau plan de soins du patient est de 100%. Le tableau 3 permet d'avoir un aperçu de l'utilisation des différentes composantes du plan de soins du patient.

Tableau 3
Evaluation de l'utilisation des différentes composantes du
plan de soins du patient sur les 2 unités expérimentales,
après 4 mois d'utilisation.

Composantes	Unité	
	4 Est (n=30)	6 Est (n=30)
Nombre de dossiers qui ont un ou des diagnostics infirmiers	86 %	89%
Les diagnostics correspondent à l'évaluation	100%	83%
Une démarche de soins est disponible	95%	100%
Est-ce que la démarche est individualisée	76%	78%

La cueillette des données post-test a eu lieu le 12 novembre 1992 sur les 2 mêmes unités expérimentales et les 2 mêmes unités témoins (voir lettre d'introduction du questionnaire, annexe 14). La période d'utilisation du nouveau plan de soins du patient a donc été de 5 mois.

Une période de 16 jours a été allouée pour compléter le même questionnaire en période post-test. Chaque répondant qui remettait le questionnaire à son infirmière chef ou à la responsable de recherche recevait un cadeau de remerciement.

Sur un total de 142 infirmières pouvant répondre aux critères de sélection pour la période post-test (en date du 18 novembre), 84 questionnaires ont été reçus, soit un taux de réponse de 59%. Pour le groupe contrôle, on retrouve un taux de réponse de 50.7% (n/N= 36/71), tandis que pour le groupe expérimental, on retrouve 67.6% de participation (n/N= 48/71).

Tableau 4
Taux de réponse en pourcentage, par département,
pour la période du post-test

Groupe:	Contrôle	Expérimental
59 % n=84 (N= 142)	50.7% n= 36 (N= 71)	67.6% n= 48 (N= 71)

Le taux de réponse étant de 60%, nous considérons que les résultats, qui seront présentés dans la prochaine section, reflètent de façon représentative l'échantillon cible.

Tableau 5
Vue d'ensemble de la distribution de l'échantillon

Groupe:	Contrôle	Expérimental	Total
Pré-test	37/68	47/70	84/138
Post-test	36/71	48/71	84/142
Total	73/139	95/141	168/280

Ce taux représente aussi l'importance du libre choix dont nous avons fait preuve. Des infirmières qui devaient répondre au questionnaire, 60% se sentaient à l'aise de choisir remplir le questionnaire et 40% ont préféré choisir de ne pas y répondre.

Le chapitre suivant présente, en parallèle, l'analyse des données statistiques selon le modèle d'Hackman et Oldham ainsi que les analyses des données démographiques. Ces données seront présentées par ordre de variables dépendantes.

CHAPITRE 3

ANALYSE DES DONNÉES

A - Introduction

Utilisant les logiciels StatView 512, SPSS (version 4) et SAS (version 6), les réponses aux 84 questionnaires pré-test et aux 84 questionnaires post-tests complétés ont été traitées à partir de la clé de l'analyse des résultats de l'outil JDS (scoring key for the job diagnostic survey), d'Hackman et Oldham (1980). Les résultats des questions ayant des échelles inversées ont été ajustés, utilisant les recommandations des auteurs.

Les données descriptives que vous retrouvez à la section * sont analysées par le biais de leur moyenne ($\bar{x}$) et d'écart type (s).

Afin de faciliter la lecture de la section "analyse des données", le groupe ① fera référence au groupe post-test expérimental, le groupe ②, au groupe post-test contrôle, le groupe ③, au groupe pré-test expérimental et finalement le groupe ④ fera référence au groupe pré-test contrôle:

Groupe:	Contrôle	Expérimental
Pré-test	④	③
Post-test	②	①

Etant donné que les répondants du groupe pré-test ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux du groupe post-test et que les répondants du groupe contrôle et du groupe expérimental ne sont pas les mêmes, nous avons procédé à une analyse de vérification d'indépendance entre les variables démographiques. En utilisant le test du chi-carré, nous pouvons vérifier la représentativité entre les périodes, les groupes, les périodes selon les groupes et les groupes selon les périodes.

Tableau 6
Vérification d'indépendance entre les périodes-
Pré et post-test
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.53	.36	.58	.81	.72	.48

En résumé, il n'y a aucun problème de représentativité entre les périodes pré et post-test.

Tableau 7
Vérification d'indépendance entre les groupes-
Expérimental et contrôle
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.03	.28	.07	.13	.10	.51

La caractéristique démographique du sexe n'a pas une répartition égale entre les groupes expérimental et contrôle, principalement à cause de la faible représentation des hommes. La caractéristique de carrière du nombre d'années sur l'unité n'est que faiblement répartie à travers les différentes classes.

Tableau 8
Vérification d'indépendance entre les périodes-
Pré et post-test, pour le groupe expérimental
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.32	.79	.87	.37	.61	.50

Il n'y a donc aucun problème au niveau de la répartition des périodes pour le groupe expérimental.

Tableau 9
Vérification d'indépendance entre les périodes-
Pré et post-test, pour le groupe contrôle
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.32	.19	.29	.58	.81	.64

Il n'y a pas de problème de répartition entre les périodes pour le groupe contrôle.

Tableau 10
Vérification d'indépendance entre les groupes-
Expérimental et contrôle, pour la période post-test
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.03	.27	.27	.07	.17	.52

Encore une fois, il y a une répartition inégale du nombre des répondants pour la caractéristique du sexe. De plus, pour la caractéristique de la formation de base, selon les groupes pour la période post-test, on retrouve une répartition inégale du nombre de BSc dans la période expérimentale.

Tableau 11
Vérification d'indépendance entre les groupes-
Expérimental et contrôle, pour la période pré-test
Degré de signification-Chi-carrée

Sexe	Age	# années sur l'unité	Formation	Langue	# années comme infirmière
.43	.59	.20	.72	.78	.62

Il n'y a pas de problème de répartition entre les groupes pour la période pré-test. En résumé, la vérification d'indépendance démontre que les groupes et les périodes sont équivalents et que toute différence significative entre ces groupes ou périodes sera attribuable au traitement, sauf en ce qui a trait aux caractéristiques du sexe et parfois de formation. L'impact de la répartition du nombre d'années d'expérience entre les groupes sera revu lors de la discussion.

Des analyses de variance multivariées (MANOVA) ont été effectuées séparément, selon les regroupements du modèle théorique d'Hackman et Oldham (tableau 12). Puis, nous avons analysé les variables prises individuellement à l'aide d'analyses de variances univariées (ANOVA, analyses of variance).

A cette étape, il nous sera possible d'identifier les interactions et les effets principaux significatifs (ayant une probabilité H_0 inférieure au seuil de signification pré-établi à $p \leq .05$) concernant les périodes pré-test et post-test et les groupes contrôle et expérimental.

Vous retrouvez donc pour chaque groupe de variables du modèle d'Hackman et Oldham, le canevas suivant:

Effet	Test
Interaction: groupe*période	MANOVA et ANOVA Comparaisons des groupes
Effet principal: groupe	
Effet principal: période	

Afin de justifier l'utilisation d'une MANOVA, il est important de vérifier la corrélation entre les variables dépendantes du modèle. Si les variables ne sont pas corrélées de façon significative, il est inutile d'effectuer une MANOVA et de procéder à une série d'ANOVA fragmentées.

L'analyse des intercorrélations (corrélations de Pearson) des variables dépendantes, énumérées au tableau 12 permet d'observer des corrélations plutôt faibles (r varie de $-.128$ à $.500$).

Les corrélations entre les variables mesurant les besoins de croissance et celles mesurant les préférences ($r=.898$) et entre les variables besoins de croissance et choix de travail ($r=.710$) sont sensiblement un peu plus fortes.

Cette corrélation provient du fait que ces variables mesurent quelque chose de commun, c'est-à-dire le degré de besoin de développement de l'individu, qui est calculé à partir des moyennes des résultats du choix de travail et des préférences, ce qui explique la redondance.

Le test de Bartlett a été utilisé pour vérifier si les intercorrélations entre les variables dépendantes de chacun des regroupements théoriques du modèle d'Hackman et Oldham ne sont pas significativement différentes de zéro. Les résultats des tests de Bartlett ont démontré que les variables de chacun des regroupements théoriques étaient significativement corrélées entre elles. ce qui justifie l'utilisation de MANOVAs.

Des comparaisons statistiques entre les périodes et les groupes ont été faites, par la suite pour vérifier les différences significatives entre les groupes-périodes. De plus, suite aux tests posteriori, vous retrouverez l'analyse démographique pour cette même variable, toujours selon le regroupement théorique d'Hackman et Oldham.

Lorsque le résultat multivarié (test de Pillai) n'est pas significatif à un seuil de .05, aucun des effets significatifs univariés (s'il y a lieu) de l'effet de la variable du modèle théorique du modèle d'Hackman et Oldham ne sera discuté. De même, lors de l'analyse statistique des variables démographiques, le test multivarié (test de Pillai) a été utilisé. Si celui-ci n'est pas significatif à un seuil de .05, encore là, aucun des effets significatifs univariés sera discuté.

Le tableau suivant représente les regroupements théoriques selon le modèle d'Hackman et Oldham et les variables qui ont fait l'objet d'analyses statistiques.

Tableau 12
Regroupements théoriques,
variables dépendantes et indépendantes

Regroupement théorique	Variables dépendantes	Variables indépendantes
B-MPS	Variété des aptitudes Définition distincte de la tâche. Importance de la tâche Autonomie Feedback du travail	Structure du travail Période pré et post test Données démographiques (i.e.: âge, sexe, langue maternelle, formation, # années depuis la graduation, # années sur l'unité)
C-Caractéristiques du travail	Variété des aptitudes Définition distincte de la tâche. Importance de la tâche Autonomie Feedback du travail Feedback des pairs Interaction	
D-Etats psychologiques	Perception significative de la tâche Perception significative des résultats Connaissance des résultats	
E-Résultats	Satisfaction Motivation intrinsèque Satisfaction de croissance	
F-Contexte	Satisfaction sécurité Satisfaction salaire Satisfaction pairs Satisfaction supérieurs	
G-Besoin de croissance individuelle	Aimerait Choix de travail Besoin de croissance.	

Vous retrouverez à l'annexe 15 un portrait de tous les résultats obtenus. A l'annexe 16, se trouvent les résultats des effets marginaux où $.05 < p < .10$ et à l'annexe 17, se trouvent les tableaux du nombre de répondants et des pourcentages pour les caractéristiques démographiques et de carrières des 2 groupes.

B- Analyse du MPS (pointage de motivation potentielle)

Le regroupement théorique pour le pointage de motivation potentielle (MPS) est constitué de 5 variables dépendantes.

Tel que discuté au chapitre 2, nous avons utilisé la formule suivante pour calculer le pointage de motivation potentielle (MPS):

$$\text{Score de motivation potentielle} = \frac{\text{Variété des tâches} + \text{Définition de la tâche} + \text{Importance de la tâche}}{3} \times \text{Autonomie} \times \text{Feedback}$$

Le score de motivation potentielle ainsi obtenu est analysé à l'aide d'une analyse univariée de la variance.

1- Effet de l'interaction groupe*periode

On remarque au tableau 13 une interaction groupe* periode ayant un effet significatif sur la variable MPS ($p=.018$).

Tableau 13
Pointage de Motivation Potentiel
(moyennes et écarts-types)
MPS

Groupe	Contrôle	Expérimental
	④n=37	③n=47
Pré-test	134.5 ± 47.5	112.2 ± 40.0
	②n=36	①n=48
Post-test	110.4 ± 43.9	120.4 ± 43.9

Test F (1,164) = 5.67, $p=.018$

A la lumière des comparaisons statistiques entre les périodes et les groupes, on dénote une différence significative entre les moyennes obtenues en périodes pré ④ et post test ② pour le groupe contrôle, et une différence significative entre le groupe contrôle ④ et le groupe expérimental ③ à la période pré-test.

Le pointage MPS que l'on observe pour le groupe expérimental suit la tendance prévue par le cadre théorique, soit une augmentation du score de la période pré-test à la période post-test. Cette augmentation n'est cependant pas statistiquement significative. L'intervention de la restructuration des tâches ne semble pas avoir apporté une augmentation du MPS comme le prédisait le modèle d'Hackman et Oldham. Par contre, il semble que l'intervention ait servi à prévenir une diminution comme observé dans le groupe contrôle.

Le pointage de motivation potentielle (MPS) est aussi significativement supérieur dans le groupe contrôle que dans le groupe expérimental en période pré-test, mais pas en période post-test.

2-Effets principaux pour le score MPS

Les ANOVAs démontrent que les effets principaux de la période ou du groupe ne sont pas significatifs (respectivement $p=.243$ et $p= .368$).

Pour expliquer le fait que l'interaction entre les facteurs groupe et périodes soit significative alors que les facteurs principaux n'ont pas d'effet significatif, on peut imaginer que ce serait le résultat d'une interaction d'effet de directions opposées qui se compensent sur un ou sur les deux facteurs. Dans ce cas, les facteurs ont un effet mais on ne peut pas percevoir l'effet séparé des facteurs sur la variable dépendante (Y): on peut déceler seulement leur effet conjoint. (Neter, Wasserman, Whitmore, 1982)

C- Analyse des dimensions principales de la tâche

On a d'abord identifié les variables définissant les dimensions principales de la tâche. On retrouve dans le modèle théorique d'Hackman et d'Oldham 7 variables servant à mesurer les dimensions principales de la tâche. Ces variables sont: la variété des aptitudes, la définition distincte de la tâche, l'importance de la tâche, l'autonomie et finalement, les 3 variables du feedback: celui du travail comme tel, celui des pairs et les interactions avec les autres.

1- Variété des aptitudes: effet principal du groupe

L'analyse multivariée des groupes (contrôle et expérimental) démontre un effet significatif (Pillai (1,7) = 3.95, $p = .001$) sur les dimensions principales de la tâche.

Puisque l'effet principal est significatif au niveau multivarié, il nous est possible de vérifier l'effet des variables prises individuellement à l'aide d'analyses ANOVA. Celles-ci révèlent un effet du groupe significatif pour la variable *variété des aptitudes* ($F(1,163) = 14.13, p < .0004$). Le tableau 14 permet de comparer les moyennes de cette variable:

Tableau 14
Effet principal du groupe
Variété des aptitudes
(moyennes et écarts-types)

Contrôle n=71	Expérimental n=93
5.98 ± .77	5.46 ± .97

$F(1,163) = 14.13, p = .0004$

On remarque que le groupe expérimental a un score de variété des aptitudes significativement inférieur à celui du groupe contrôle. En comparant les groupes selon les périodes et les périodes selon les groupes, on peut identifier à quel niveau se situe l'effet significatif des variables période et groupe sur la variable *variété des aptitudes*.

On note qu'à la période du pré-test, le groupe contrôle ④ a un score de variété des aptitudes significativement supérieur à celui du groupe expérimental ③ ($F(1,163) = 8.94, p = .003$). De façon similaire, à la période du post-test, le groupe contrôle ② a un score de variété des aptitudes significativement supérieur à celui de groupe expérimental ① ($F(1,163) = 5.40, p = .021$).

Les tendances observées sont donc les mêmes aux temps pré-test et post-test pour la variable variété des aptitudes.

1.1- Variété des aptitudes: analyse démographique pour le nombre d'années d'expérience sur l'unité

En utilisant l'analyse statistique univariée ANOVA, on observe des effets significatifs de la caractéristique nombres d'années d'expérience comme infirmière sur l'unité de soins avec la caractéristique de la tâche: *la variété des aptitudes*.

Cette donnée démographique est regroupée en classes de 5 ans. L'analyse multivariée montre un effet significatif du nombre d'années d'expérience sur l'unité pour les variables dépendantes des dimensions principales de la tâche (Pillai (1,7)=2.2, $p=.038$)

Pour chaque augmentation de 5 années d'expérience sur l'unité, le score de la variable *variété des aptitudes* diminue de .266 ($b = -0.266 \pm .10$, $p = .0064$).

2- Importance de la tâche: analyse démographique - caractéristique du nombre d'années comme infirmière

L'analyse multivariée étudiant l'effet du nombre d'années comme infirmière sur les variables dépendantes des dimensions principales de la tâche nous montre un effet statistiquement significatif (Pillai(1,7)=2.15, $p=.042$).

L'analyse univariée montre que le nombre d'années d'expérience comme infirmière a un effet significatif sur la variable *importance de la tâche* ($F(1,155) = 4.14$, $p=.044$).

Pour chaque tranche supplémentaire de 5 années d'expérience comme infirmière, le score de la variable *importance de la tâche* diminue de .04 ($b=-0.04 \pm 0.02$, $p=.044$).

3- Autonomie: analyse démographique - caractéristique de la formation initiale

L'analyse multivariée des variables dépendantes des caractéristiques du travail montre que la formation initiale (BSc ou diplôme) a un effet statistiquement significatif (Pillai (1,7)=3.57, $p=.0014$)

En utilisant l'analyse statistique univariée ANOVA, on observe des effets significatifs de la formation initiale sur la variable *autonomie*

Les répondants qui ont un BSc ont un score d'*autonomie* significativement inférieur (voir tableau 15) aux répondants qui ont un diplôme ($F(1,155)=15.88$, $p=.0001$).

Tableau 15
Effet de la variable indépendante formation initiale
sur la variable dépendante autonomie
(moyennes et écarts-types)

BSc n=31	Diplôme n=125
4.19 ± 0.31	5.03 ± 0.24

$F(1,155) = 15.88$, $p=.0001$

4- Feedback des pairs: analyse démographique - caractéristique de la formation initiale

L'analyse multivariée des variables dépendantes des caractéristiques du travail montre que la formation initiale (BSc ou diplôme) a un effet statistiquement significatif (Pillai (1.7)=3.57, $p=.0014$)

En utilisant l'analyse statistique univariée ANOVA, on obtient des effets significatifs de la formation initiale sur la variable dépendante du modèle: *feedback des pairs*.

Les répondants qui ont un BSc. ont un score *Feedback des pairs* significativement inférieur (voir tableau 16) aux répondants qui ont un diplôme ($F(1,155)=6.00$, $p=.015$).

Tableau 16
Effet de la variable indépendante formation initiale
sur la variable dépendante feedback des pairs
(moyennes et écarts-types)

BSc n=31	Diplôme n=125
3.36 ± 0.32	3.90 ± 0.25

$F(1,155) = 6.00$, $p=.015$

5- Feedback-interaction avec les autres: effet principal du groupe

Le groupe (contrôle ou expérimental) a un effet significatif (Pillai (1,7) = 3.95, $p = .001$) sur les dimensions principales de la tâche.

L'ANOVA montre que le groupe expérimental a un score de feedback-interaction avec les autres significativement supérieur à celui du groupe contrôle ($F = 7.62$, (1,163), $p = .006$). Cet effet est présenté au tableau suivant.

Tableau 17
Effet principal du groupe
Feedback-Interaction avec les autres
(moyennes et écarts-types)

Contrôle n=71	Expérimental n=93
5.23 ± 1.76	5.92 ± 1.5

$F (1,163) = 7.62$, $p = .006$

Les comparaisons entre les groupes selon les périodes ont permis d'observer que le score de la variable feedback-interaction avec les autres varie significativement selon les groupes en période pré-test (Pillai (1,7)=2.63, $p = .013$).

En effet, le groupe expérimental en période pré-test ③ a un score significativement supérieur ($F (1,163) = 4.98$, $p = .027$) à celui du groupe contrôle ④ du pré-test.

6- Feedback-Interaction avec les autres: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années comme infirmière

L'analyse multivariée de l'effet du nombre d'années comme infirmière pour les variables dépendantes des dimensions principales de la tâche nous montre un effet statistiquement significatif (Pillai(1.7)=2.15, $p=.042$).

En utilisant l'analyse statistique univariée ANOVA, on observe un effet significatif du nombre d'années d'expérience pour la variable *feedback-interaction avec les autres* ($F(1, 155) = 4.61$, $p=.03$).

Pour chaque tranche supplémentaire de 5 années comme infirmière, le score de la variable *feedback-interaction avec les autres* augmente de .085. ($b=0.085 \pm .04$, $p=.03$).

7- Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des caractéristiques du travail.

En résumé, lors de l'analyse des données du regroupement théorique "caractéristiques du travail", on retrouve des effets principaux de groupe significatif pour la *variété des aptitudes* et *l'interaction avec les autres*. Pour ce qui est des variables démographiques, le nombre d'années sur l'unité a un effet significatif sur la variable *variété des aptitudes* et la formation à un effet significatif sur *l'autonomie* et le *feedback des pairs*. Finalement, le nombre d'années d'expérience comme infirmière à un effet significatif sur les variables de *l'importance de la tâche* et le *feedback-interaction avec les autres*.

D- Analyse des états psychologiques critiques

On a d'abord identifié les variables définissant les états psychologiques critiques du modèle d'Hackman et Oldham. Les variables qui seront analysées sont celles de la perception de la signification du travail, la perception de la responsabilité des résultats et celle de la connaissance des résultats.

1.1- Perception significative de la tâche: analyse démographique - langue maternelle

L'analyse multivariée (MANOVA) montre que la langue maternelle a un effet significatif sur les états psychologiques selon le modèle d'Hackman et Oldham (Pillai (1,6)=2.24, $p=.039$).

L'analyse univariée permet d'observer un effet significatif de la langue maternelle sur la *perception significative de la tâche* ($F(1, 156) = 3.37, p=.037$). La variable langue maternelle comporte trois catégories: l'anglais, le français et les autres langues.

Tableau 18
Effet de la variable indépendante langue maternelle
sur la variable dépendante
perception significative de la tâche
(moyennes et écarts-types)

Anglais n=103	Français n=48	Autres n=6
5.62 ± .17	5.27 ± .20	5.22 ± .37

$$F(1,156) = 3.37, p=.037$$

En regardant le tableau précédent, on identifie que les répondants anglophones ont un score de *perception significative de la tâche* significativement supérieur aux répondants francophones. Par contre, il n'y a pas de différence entre les scores moyens des répondants de la catégorie "autres" et ceux des deux autres catégories.

1.2- Perception significative de la tâche: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience comme infirmière.

En utilisant l'analyse statistique univariée ANOVA, on observe aussi des effets significatifs du nombre d'années d'expérience comme infirmière par rapport à la variable *perception significative de la tâche*.

L'analyse multivariée montre aussi un effet significatif du nombre d'années d'expérience comme infirmière (Pillai (1,3) 2.86, $p=.039$).

L'ANOVA nous montre que pour chaque 5 années supplémentaires d'expérience comme infirmière, le score de la variable *perception significative de la tâche* diminue de 0.045 ($b=-0.045 \pm .02$, $p=.018$).

2- Perception des résultats: analyse démographique-caractéristique de la langue maternelle

L'analyse multivariée (MANOVA) montre que la langue maternelle a un effet significatif sur les états psychologiques selon le modèle d'Hackman et Oldham (Pillai (1,6)=2.24, $p=.039$).

L'analyse ANOVA montre que la langue maternelle a un effet sur la variable *perception de la responsabilité des résultats* ($F(1, 156) = 4.89, p=.009$).

Tableau 19
Effet de la variable indépendante langue maternelle
sur la variable dépendante
perception de la responsabilité des résultats
(moyennes et écarts-types)

Anglais n=103	Français n=48	Autres n=6
5.93 ± .14	5.57 ± .17	6.01 ± .32

$F(1,156) = 4.89, p=.009$

En regardant le tableau précédent, on remarque que les répondants anglophones ont un score de *perception de la responsabilité des résultats* significativement supérieur à ceux des répondants francophones. Il n'y a toutefois pas de différence significative entre les scores moyens des répondants de la catégorie "autres" et ceux des deux autres catégories.

3- Connaissance des résultats: effet de l'interaction groupe*période

L'interaction (groupe et période) a un effet significatif (Pillai (1,3) = 2.5, $p = .05$) sur les états psychologiques.

L'analyse univariée ANOVA des variables des états psychologiques critiques indique que l'interaction groupe*période affecte significativement la variable dépendante *connaissance des résultats* ($F(1,164) = 5.89$, $p = .016$) ce qui veut dire que pour cette variable, la période et le groupe ne sont pas indépendants.

En d'autres termes, on ne retrouve pas les mêmes tendances dans les deux groupes selon les périodes. Le tableau suivant rapporte les moyennes des différents groupes durant les deux périodes d'analyse, pour la variable *connaissance des résultats*.

Tableau 20
Interaction de la période sur le groupe
Connaissance des résultats
(moyennes et écarts-types)

Groupe	Contrôle	Expérimental
	④ n=37	③ n=47
Pré-test	5.08 ± 1.03	4.92 ± .86
	② n=36	① n=48
Post-test	4.60 ± 1.01	5.14 ± .83

$F(1, 164) = 5.89$, $p = .016$

L'analyse multivariée des comparaisons entre les groupes contrôle et expérimental en période post-test signale une différence significative (Pillai (1,3) = 3.30, $p = .022$).

Une ANOVA démontre qu'à la période post-test, le groupe expérimental ① a un score de la variable *connaissance des résultats* significativement supérieur à celui du groupe contrôle ② ($F(1,164) = 6.92, p = .009$).

Une ANOVA démontre également que le score du groupe contrôle est significativement supérieur à la période pré-test ③ par rapport à celui de la période post-test ② ($F(1, 164) = 4.93, p = .028$).

Il est important de souligner qu'on retrouve ici le même patron que lors de l'analyse du tableau de l'interaction groupe*période pour la variable pointage de motivation potentielle (MPS-tableau 13), c'est-à-dire une baisse significative dans le groupe contrôle entre la période pré-test et la période post-test alors qu'on observe une hausse, non-significative, pour le groupe expérimental. Par contre, lors du post-test, la moyenne du groupe expérimental est significativement supérieure à celle du groupe contrôle.

4- Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des états psychologiques.

En résumé, lors de l'analyse du regroupement théorique de "l'état psychologique", on retrouve une interaction groupe*période pour la variable dépendante *connaissance des résultats*. L'analyse des variables démographiques met en lumière les effets significatifs de la langue sur *la perception significative de la tâche* et *la perception significative des résultats*. On retrouve aussi un effet du nombre d'années comme infirmière sur la variable *perception significative de la tâche*.

E- Analyse des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité

On a d'abord identifié les variables définissant les *résultats*, selon le modèle théorique. Les variables de la satisfaction générale, de la motivation intrinsèque et de la satisfaction de croissance sont les 3 variables du modèle d'Hackman et Oldham qui mesurent les résultats en fonction de l'individu et de son efficacité.

1- Satisfaction générale: effet principal du groupe

L'effet principal du groupe (contrôle et expérimental) est significatif (Pillai(1,3)=6.09, $p = .001$).

En utilisant l'analyse ANOVA, on observe que le groupe contrôle a un score de *satisfaction générale* significativement inférieur à celui du groupe expérimental ($F(1,162)=7.63$, $p=.006$).

Tableau 21
Effet principal du groupe
Satisfaction générale
(moyennes et écarts-types)

Contrôle n=71	Expérimental n=93
4.08 ± 1.21	4.57 ± 1.06

$F(1,162) = 7.63$, $p = .006$

Les tests de comparaisons entre les groupes expérimental et contrôle pour la période pré-test ont été effectués pour différencier l'influence de la période sur le groupe.

L'analyse multivariée de ces comparaisons entre le groupe pré-expérimental et le groupe pré-contrôle qui mesurent les résultats des individus montre une différence significative entre ces 2 groupes (Pillai de (1,3)=6.18, $p = .001$). Nous pouvons examiner les résultats des comparaisons au niveau univarié selon la période pré-test.

L'ANOVA comparant que le groupe contrôle ④ au groupe expérimental ③ montre un score de satisfaction significativement supérieur à celui du groupe expérimental ③ lors de la période pré-test ($F(1,162) = 3.90$, $p=.050$).

De même, l'analyse multivariée comparant les groupes contrôle et expérimental pendant la période post-test montre un effet de groupe significatif (Pillai (1,3) = 2.91, $p = .036$).

Le score de *satisfaction générale* du groupe post-expérimental ① est marginalement supérieur à celui du groupe post-contrôle ② ($F(1,162) = 3.73$, $p=.055$).

2- Motivation intrinsèque: effet de l'interaction groupes * périodes

L'analyse multivariée de l'interaction entre les périodes pré et post-test et les groupes expérimental et contrôle montre une interaction significative (Pillai(1,3)=2.98, $p = .033$).

En examinant de façon univariée les variables qui mesurent les résultats, on retrouve une interaction groupe*période significative ($F= 8.89(1, 162)$, $p= .003$) sur la *motivation intrinsèque*. En se référant au tableau suivant, il est possible d'évaluer les changements qu'on observe entre les deux périodes (pré et post-test) pour les deux groupes impliqués.

Tableau 22
Interaction de la période sur le groupe
Motivation intrinsèque
(moyennes et écarts-types)

Groupe	Contrôle	Expérimental
Pré-test	④ n=37 5.97 ± .52	③ n=46 5.55 ± .70
Post-test	② n=35 5.52 ± .65	① n=48 5.72 ± .73

$$F(1, 162) = 8.89, p = .003$$

L'analyse de comparaison des 2 groupes (expérimental et contrôle) lors de la période pré-test démontre un effet significatif (Pillai(1,3)=6.18, $p = .001$).

Une analyse univariée montre que le groupe contrôle ④ a un score significativement supérieur à celui du groupe expérimental ③ pour la période pré-test ($F(1,162) = 8.26, p=.005$).

De façon similaire, une ANOVA montre que le score observé à la période pré-test ④ est significativement supérieur à celui de la période post-test ② pour le groupe contrôle ($F(1,162) = 8.42, p=.004$). L'effet observé provient donc du fait que l'on ne retrouve pas les mêmes tendances dans les 2 groupes selon les périodes.

Encore une fois, on retrouve dans le regroupement théorique des "résultats" les mêmes tendances que dans le cas de l'interaction groupe*période de la connaissance des résultats et l'analyse du MPS (tableaux 20 et 13).

On observe une baisse significative de la motivation intrinsèque dans le groupe contrôle, entre la période pré et post test d'un côté et aucun effet dans le groupe expérimental entre les deux périodes. Le pré-test du groupe expérimental est significativement inférieur au pré-test du groupe contrôle, mais on n'observe pas de différence lors du post-test.

2.1- Motivation intrinsèque: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience sur l'unité

L'analyse multivariée montre un effet significatif de la variable nombre d'années d'expérience sur l'unité sur les variables dépendantes des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité (Pillai(1,3)=3.66, $p=.014$)

Les analyses de variance univariées montrent un effet significatif ($F(1,155) = 4.59$, $p=.034$) du nombre d'années d'expérience sur l'unité pour la variable dépendante des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité: *la motivation intrinsèque*.

Pour chaque augmentation de tranche de 5 années sur l'échelle du nombre d'années sur l'unité, le score de la variable *motivation intrinsèque* diminue de .152 ($b=-0.152 \pm .07$, $p=.034$).

3- Satisfaction de croissance: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années sur l'unité

L'analyse multivariée montre un effet significatif de la variable nombre d'années d'expérience sur l'unité sur les variables dépendantes des résultats en fonction de l'individu et de son efficacité (Pillai(1,3)=3.66, $p=.014$).

L'analyse de variance univariée montre un effet significatif du nombre d'années d'expérience sur l'unité pour la satisfaction de croissance.

Pour chaque augmentation sur l'échelle du nombre d'années d'expérience sur l'unité (par tranche de 5 ans), le score de la variable *satisfaction de croissance* diminue de .308 ($b = -0.308 \pm .11$, $p = .0044$).

4- Résumé de l'analyse des données pour le regroupement des résultats.

En résumé, lors de l'analyse des données du regroupement théorique des "résultats de l'individu", on observe une interaction significative entre groupe et période pour la variable *motivation intrinsèque*. De même, l'analyse démographique du nombre d'années sur l'unité a un effet sur la variable *motivation intrinsèque*. On retrouve aussi un effet principal de groupe pour la variable dépendante *satisfaction générale*. Une dernière analyse de la variable indépendante nombre d'années sur l'unité montre un effet significatif sur la variable *satisfaction de croissance*.

F- Analyse du contexte

Les variables qui servent à mesurer le degré du besoin de développement selon le modèle d'Hackman et Oldham, sont celles de la satisfaction de la sécurité d'emploi, la satisfaction par rapport au salaire, la satisfaction par rapport aux pairs et finalement la satisfaction vis-à-vis des supérieurs.

1- Satisfaction reliée à la sécurité d'emploi: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années d'expérience sur l'unité

L'analyse multivariée des données démographiques montre un effet significatif du nombre d'années sur l'unité pour les variables dépendantes du contexte (Pillai(1,4)=10.43, $p=.0001$).

Cette caractéristique est regroupée en classes de 5 ans. L'ANOVA montre un effet significatif du nombre d'années d'expérience sur l'unité pour la variable *satisfaction reliée à la sécurité d'emploi* ($F(1, 155) = 29.18, p=.0001$).

Pour chaque augmentation de 5 années du nombre d'années d'expérience sur l'unité, le score de la variable *satisfaction reliée à la sécurité d'emploi* augmente de .877 ($b=0.877 \pm .16, p=.0001$).

2- Satisfaction reliée aux salaires: analyse démographique-caractéristique du nombre d'années sur l'unité

L'ANOVA montre un effet significatif de cette même caractéristique sur la variable *satisfaction reliée aux salaires* ($F(1,155)= 4.35, p=.039$).

Pour chaque augmentation de 5 ans de l'échelle du nombre d'années d'expérience sur l'unité (comme infirmière) le score de la variable *satisfaction reliée aux salaires* augmente de .330 ($b=0.330 \pm .16, p=.039$).

3- Satisfaction reliée aux supérieurs: analyse démographique-caractéristique nombre d'années sur l'unité

L'ANOVA montre un effet significatif toujours de cette même caractéristique sur la variable *satisfaction reliée aux supérieurs* ($F(1, 155) = 8.81, p=.004$). Pour chaque augmentation de 5 ans du nombre d'années d'expérience sur l'unité, le score de la variable *satisfaction reliée aux supérieurs* diminue de .399 ($b=-0.399 \pm .14, p=.0043$).

4- Résumé de l'analyse des données pour le regroupement du contexte.

En résumé, l'analyse des données du regroupement théorique "du contexte" n'a permis d'identifier aucune interaction ou effets principaux significatifs de groupe ou de période. Par contre, l'analyse de la donnée démographique du nombre d'années sur l'unité a un effet sur les variables dépendantes de la *satisfaction reliée à la sécurité d'emploi, la satisfaction reliée aux salaires et la satisfaction reliée aux supérieurs*.

G- Analyse du degré de besoin de développement

Les variables qui sont incluses dans les facteurs de contexte sont les variables qui mesurent le genre de travail que l'employé aimerait, son choix de travail et son pointage combiné du degré de besoin de développement et de croissance.

On ne retrouve aucun effet significatif au niveau multivarié, que ce soit pour l'interaction entre les périodes et les groupes sur les facteurs de contexte, pour chacun des effets principaux groupes et périodes, ou pour les analyses démographiques.

H- Résumé de l'analyse des données

Les résultats obtenus nous ont permis de mettre en lumière le degré de probabilité de signification de l'effet des variables indépendantes sur les variables dépendantes. L'analyse des interactions groupe*période nous permet d'observer les différentes tendances qui se répètent entre les moyennes du MPS, de la connaissance des résultats et de la motivation intrinsèque, soit une baisse significative dans le groupe contrôle et une hausse non-significative dans le groupe expérimental.

Pour ce qui est des caractéristiques de chaque regroupement théorique, les effets significatifs le sont seulement pour les effets principaux du groupe lors de l'analyse des trois variables de la variété des aptitudes, de l'interaction avec les autres et de la satisfaction. Le tableau suivant représente les résultats des analyses de variances pour toutes les variables dépendantes regroupées selon le modèle d'Hackman et Oldham.

Plusieurs analyses des caractéristiques démographiques ont montré des effets significatifs. Les variables indépendantes qui sont le plus souvent significatives sont celles du nombre d'années d'ancienneté sur l'unité et comme infirmière. Le tableau 24 résume les résultats obtenus lors des analyses de variance multivariées et univariées des variables indépendantes démographiques sur les variables du modèle.

Tableau 23
Résumé des résultats des analyses de variance
univariées et multivariées
où $p < .05$

Variables dépendantes	Groupe	Période	Groupe* Période
Variété des aptitudes	.0004	[.10]	ns
Définition distincte de la tâche	ns	[.059]	[.071]
Importance de la tâche	ns	(.017)	ns
Autonomie	ns	ns	ns
Feedback du travail	ns	ns	ns
Feedback des pairs	ns	ns	[.061]
Interaction avec les autres	.006	ns	ns
MPS	ns	ns	.018
Perception significative de la tâche	ns	ns	[.09]
Perception significative des résultats	ns	ns	ns
Connaissance des résultats	ns	ns	.016
Satisfaction	.006	ns	ns
Motivation intrinsèque	ns	ns	.003
Satisfaction de croissance	ns	ns	ns
Satisfaction sécurité	ns	ns	ns
Satisfaction salaire	ns	ns	ns
Satisfaction pairs	ns	ns	ns
Satisfaction supérieurs	ns	ns	ns
Aimerait	ns	ns	ns
Choix de travail	ns	ns	ns
Besoin de croissance	ns	ns	ns

ns = effet non significatif

() = effet non significatif au niveau multivarié

[] = effet marginal (.10 > p > .05)

Tableau 24
Résumé des résultats des analyses de variance
univariées et multivariées
pour les caractéristiques démographiques
($p < .05$)

Variables dépendantes	Sexe	Formation	Langue	Age	#années d'expérience	#années sur l'unité
Variété des aptitudes	ns	ns	ns	ns	ns	.0064
Définition distincte de la tâche.	(.0418)	ns	ns	ns	ns	ns
Importance de la tâche	ns	ns	ns	(.0122)	.0436	ns
Autonomie	ns	.0001	ns	ns	ns	ns
Feedback du travail	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Feedback des pairs	ns	.0155	ns	ns	ns	ns
Interaction	ns	ns	ns	ns	.03	ns
Perception significative de la tâche	ns	ns	.037	ns	.018	ns
Perception significative des résultats	(.0197)	ns	.009	ns	ns	ns
Connais. résultats	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Satisfaction	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Motivation intrinsèque	ns	ns	ns	ns	ns	.034
Sat. croissance	ns	(.0423)	ns	(.0317)	(.0167)	.0044
Satisfaction sécurité	ns	ns	ns	(.0350)	(.0345)	.0001
Satisfaction salaire	ns	ns	(.0240)	ns	ns	.039
Satisfaction pairs	ns	ns	ns	(.0313)	ns	ns
Sat. /supérieurs	ns	ns	ns	ns	ns	.0043
Aimerait	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Choix de travail	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Besoin de croissance	ns	ns	ns	ns	ns	ns
MPS	ns	ns	ns	ns	ns	ns

ns = effet non significatif

() = effet non significatif au niveau multivarié

CHAPITRE 4

DISCUSSION

L'objectif de cette recherche est d'étudier la motivation des infirmières lors de l'introduction d'un nouveau système de documentation de la démarche de soins. Le nouveau plan de soins du patient étant un nouvel outil de travail pour l'infirmière, celui-ci est considéré, dans le cadre de notre étude, comme une restructuration de la tâche de l'infirmière et un enrichissement de son travail.

L'étude du chapitre sur l'analyse des résultats nous montre l'existence d'un certain profil des effets significatifs.

On remarque que les résultats observés pour certains éléments théoriques du modèle d'Hackman et Oldham (MPS, connaissance des résultats, motivation intrinsèque) supportent, en partie, le modèle et l'hypothèse de cette recherche, pour ces variables. La constance des observations entre les groupes (baisse significative dans le groupe contrôle et hausse non significative dans le groupe expérimental) tends à démontrer des relations étroites entre les variables du modèle comme les dimensions principales des tâches, les états psychologiques que les résultats en fonction de l'individu et de son efficacité.

Dans ce chapitre, nous utiliserons la structure du modèle théorique pour discuter des résultats des analyses statistiques. Pour chacun des regroupements du modèle, les variables qui ont un effet significatif seront discutées, de même que leurs variables démographiques et de carrière.

Dans une autre partie, nous discuterons séparément des variables démographiques et de carrières qui ne peuvent être reliées à une interaction, à un ou des effets principaux de la période ou du groupe. Des comparaisons entre les données obtenues avec la moyenne nationale américaine ainsi que de l'utilité du modèle comme outil diagnostique seront présentées.

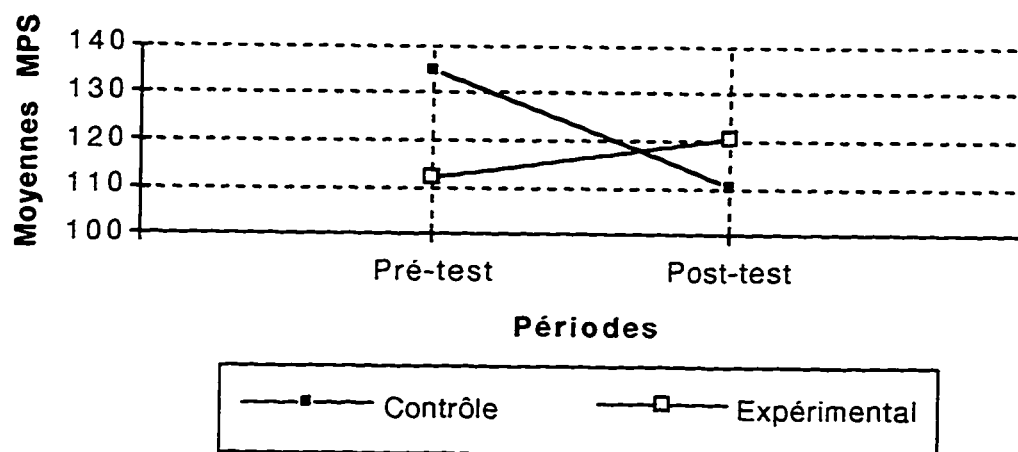
A - L'influence du plan de soins sur le pointage de motivation potentielle (MPS)

L'analyse de la motivation potentielle nous révèle une interaction significative, tel que prévu, mais ne supporte que partiellement notre hypothèse.

L'interaction a un effet significatif entre les groupes et les périodes mais ne nous permet pas d'avancer que l'augmentation de la motivation potentielle du groupe expérimental est reliée à l'influence du nouveau plan de soins du patient.

Par contre, cette interaction confirme la présence d'un effet significatif entre la tendance à la baisse de la moyenne de motivation MPS dans le groupe contrôle, entre la période pré-test et post-test.

Figure 2
Effet de l'interaction groupe*période
sur la variable MPS



Cette tendance significative à la baisse dans le groupe contrôle est le reflet de l'environnement interne et externe du centre hospitalier au moment de l'étude. La fermeture de lits, la perte de postes et la mutation des postes n'en sont que quelques exemples de la réalité en avril 1992 au centre hospitalier où s'est déroulée la recherche.

En introduisant le nouvel outil de la démarche de soins, nous reconnaissons que nous avons enrichi les tâches des infirmières, par le biais d'un changement dans leur rôle.

Ainsi, on peut prétendre que les infirmières des unités d'essai ont eu des opportunités d'enrichissement, de motivation et de satisfaction qui étaient absentes pour le groupe contrôle. L'effet de l'enrichissement de la tâche a été de limiter l'impact négatif de l'environnement, plutôt qu'augmenter significativement la motivation et la satisfaction et qui aurait dû se produire si la situation aurait été plus stable.

Cette interprétation est confirmée par le fait que la motivation intrinsèque et la connaissance des résultats suivent un patron similaire à celui du MPS.

Il est important, ici, de clarifier les allégations d'Hedrickson (1990) et de Miller et Pastorino (1990) par rapport au temps consacré au plan de soins du patient. Leurs études rapportent que la documentation du plan de soins prends de 11% à 15% du temps de l'infirmière.

Le plan de soins est le reflet des besoins du patient pour 24 heures. Lorsque l'infirmière débute son quart de travail, le plan de soins devient son premier outil de référence pour planifier sa journée. Lors de ses interactions avec son patient, elle se réfère mentalement au plan de soins pour ré-évaluer la condition du patient et les résultats attendus ou atteints afin d'y apporter les changements nécessaires. Cette référence au pourcentage du temps de l'infirmière n'est qu'en fait la référence en terme de temps concret pour la documentation et non pas l'utilisation abstraite qu'en fait l'infirmière, où l'on obtient un pourcentage d'utilisation beaucoup plus élevée.

Il ne fait pas de doute pour nous que le plan de soins est l'un des outils de travail de l'infirmière qui est le plus utilisé. Cette clarification ne fait que renforcer nos résultats face à l'impact de l'utilisation du nouveau plan de soins.

Les observations que nous avons obtenues avec la mesure du MPS doivent aussi être examinées sous l'angle des théories d'Herzberg. Nous remarquons que le groupe contrôle a exprimé une baisse significative des moyennes de motivation.

Cette baisse pourrait être le reflet du niveau d'insatisfaction du groupe face aux facteurs d'hygiène, comme le contexte dans lequel le travail est accompli, c'est-à-dire le milieu de travail dans l'établissement à l'étude au moment de la collecte des données en phase post-test.

Le groupe expérimental, quant à lui, ne suit pas la même tendance de baisse de la satisfaction. Il est donc intéressant de remarquer que les éléments du modèle d'Hackman et Oldham pour mesurer mathématiquement la motivation potentielle peuvent être liés aux facteurs de satisfaction d'Herzberg. Le fait de ne pas observer la même baisse de la motivation dans le groupe expérimental s'explique par la présence du nouveau plan de soins du patient comme un outil pouvant être source de satisfaction.

Selon la théorie d'Herzberg, les facteurs d'hygiène sont identifiés comme pouvant être source de non-satisfaction, présentant donc un lien direct entre la satisfaction et les facteurs du contexte. Selon Hackman et Oldham, les éléments du contexte sont perçus comme modérateurs à la motivation, même s'ils ne sont pas inclus dans le calcul de la motivation potentielle.

Il est possible d'avancer que l'implantation de la nouvelle formule de la démarche de soins a eu un impact positif sur le pointage de motivation potentielle (MPS) sur les unités expérimentales, impact en partie contrebalancé par les changements dans l'environnement. En examinant l'effet significatif de l'interaction entre les groupes et les périodes, avec le mouvement à la baisse des moyennes des unités contrôles, on peut prétendre que l'enrichissement des tâches de l'infirmière avec le nouveau plan de soins prévient une baisse de motivation potentielle.

Il est important de souligner que les différentes conclusions qu'on peut apporter à ce moment-ci sont le reflet de l'utilisation du nouveau plan de soins du patient pendant 5 mois.

Il est bon de remettre en perspective la possibilité qu'à moyen et long terme, les facteurs d'hygiène, c'est-à-dire le contexte du milieu, deviennent une source d'insatisfaction qui prendrait le dessus sur les effets du l'enrichissement de la tâche et de l'utilisation du nouveau plan de soins.

Joiner, Johnson, Chapman et Corkrean (1982) soulignent que l'enrichissement des tâches est un des facteurs contribuant à des résultats souhaitables pour les individus et pour le travail. Les auteurs reconnaissent eux aussi l'influence des facteurs externes comme le salaire, l'environnement, la charge de travail et les collègues sur la motivation.

Gillies et al (1990) en viennent aux mêmes conclusions lors de leur étude pilote sur la satisfaction: le climat organisationnel affecte la satisfaction des infirmières.

Harper, Manasse et Newton (1992) concluent qu'une importance plus grande devrait être accordée à l'effet du contexte organisationnel sur la satisfaction.

Nous ne pouvons donc que mettre l'emphase encore une fois sur l'importance du rôle de l'organisation sur l'enrichissement des tâches.

L'article d'Haw, Claus, Durbin-Lafferty et Iversen (1984) liste des stratégies afin d'améliorer le moral des infirmières en présence d'un climat de coupures budgétaires:

- établir les priorités des soins infirmiers
- mettre l'emphasis sur le client par le biais de la cueillette des données et des interventions
- prévenir les complications
- promouvoir les ajustements physiques, émotionnels et sociaux pour le patient et sa famille dans l'ici-maintenant de la crise de santé et de l'hospitalisation.

Sans contredit, le plan de soins du patient vise les problèmes spécifiques du patient lors de l'hospitalisation. De plus, les plans de soins individualisables permettent de prioriser les activités de soins et d'impliquer le patient de même que sa famille.

L'étude d'Haw, Claus, Durbin-Lafferty et Iversen supporte l'ensemble des observations de la présente recherche, en particulier à propos des facteurs de contexte.

Nous sommes aussi d'accord avec la conclusion des auteurs Hackman et Oldham qui soulignent que les stratégies d'enrichissement des tâches doivent tenir compte des facteurs externes. Lorsque le but d'un changement est la motivation, le contexte doit aussi être évalué comme frein ou modérateur.

Il est important à ce stade-ci d'ouvrir une parenthèse sur l'importance de la formulation mathématique du calcul du MPS. Le calcul mathématique que proposent les auteurs Hackman et Oldham afin d'obtenir le pointage de motivation potentielle (MPS) amène une signification nouvelle et importante aux variables, beaucoup plus que si elles étaient prises chacune individuellement.

Le calcul permet d'obtenir une donnée précise sur la motivation. par rapport aux caractéristiques de la tâche. Les variables prises individuellement sont des atouts complémentaires pour l'élaboration d'une discussion et d'un diagnostic, comme nous le verrons un peu plus loin.

B- Les effets du nouveau plan de soins du patient sur les éléments du modèle d'Hackman et Oldham

Dans cette section, nous verrons les regroupements du modèle d'Hackman et Oldham dont les variables ont des effets statistiquement significatifs soit par une interaction ou par un effet principal du groupe/de la période. Les caractéristiques démographiques ou de carrières qui s'y rattachent seront discutées.

1- Caractéristiques de la tâche

L'analyse des données entourant les caractéristiques du travail de l'infirmière met en évidence un effet significatif du groupe ($p=.0004$) pour la variable variété des aptitudes. Lors de l'examen des comparaisons, on s'aperçoit que l'effet est significatif entre le groupe contrôle et expérimental et ce, lors des 2 périodes (pré et post).

La variable variété des aptitudes est définie comme la capacité de développer et d'utiliser des aptitudes et des habilités personnelles et professionnelles. Cette variable mesure des éléments importants du nouveau plan de soins et de l'approche de la restructuration des tâches ces infirmières.

On découvre par contre que le groupe expérimental a suivi la même tendance (quoique non-significative) à la baisse que le groupe contrôle.

Il est possible que le fait d'utiliser l'approche des choix multiples ou "check boxes" de la cueillette des données et des diagnostics infirmiers, inhibe le sentiment d'utiliser une grande variété d'habilités et de connaissances.

De même, une fois après avoir apprivoisé l'aspect nouveauté de l'outil pendant une période de 5 mois, la routine peut s'être confortablement installée et avoir pris le dessus sur le sentiment d'utiliser une grande variété des aptitudes.

De plus, les plans de soins individualisables étant composés d'interventions qui dirigent, en quelque sorte, la planification des interventions, les infirmières n'ont plus besoin de se référer aux procédures écrites ou d'inventorier dans les livres ou à même leur mémoire d'expertes en soins, les étapes à planifier. Cet aspect des plans de soins individualisables pourrait être l'explication d'une tendance parallèle d'avec le groupe contrôle qui, il faut se le rappeler, n'applique que partiellement la démarche de soins, de façon informelle et épisodique.

L'essence même d'une restructuration des tâches visant la variable variété des aptitudes est de combiner différentes tâches, le plus souvent faites par différentes personnes. Dans ce cas-ci, la nouvelle formule de la démarche de soins ne va pas chercher à combiner de *nouvelles* tâches, mais simplement à combiner un groupe de tâches que l'on retrouvait (en théorie du moins) dans différents documents.

Nous n'assistons pas à une forme élargie de la démarche de soins mais plutôt à un enrichissement de la documentation de la démarche.

L'analyse des probabilités de signification de l'effet de la caractéristique démographique du nombre d'années sur l'unité de travail sur la variable variété des aptitudes nous indique un effet significatif ($p=.0064$). Pour chaque tranche supplémentaire de 5 années d'ancienneté sur l'unité, le résultat de la variable variété des aptitudes diminue de .266.

Une première interprétation de cet effet est que les infirmières plus expérimentées ont développé plus d'aptitudes et peuvent avoir l'impression d'en utiliser un plus faible pourcentage.

Il semble aussi que les résultats soient une confirmation de ce que la plupart des infirmières savent par rapport à l'expérience acquise sur l'unité: l'utilisation des aptitudes devient une routine au fur et à mesure que l'infirmière apprivoise des situations, des techniques ou des interventions simples. L'utilisation "automatique" de ces aptitudes peut donner l'impression d'utiliser une moins grande variété d'aptitudes.

On comprend mieux ces observations en regardant les deux questions qui servent à recueillir l'information au sujet de la variable variété des aptitudes:

- 2.1 The job requires me to use a number of complex or high-level skills.
- 2.5 The job is quite simple and repetitive. (reverse scoring)

Ce lien entre le nombre d'années d'expérience sur l'unité et la variable variété des aptitudes peut aussi expliquer la différence significative de l'effet principal de groupe.

On a déjà observé au tableau 7 que la différence dans la composition des groupes était marginalement significative pour la caractéristique du nombre d'années sur l'unité. Le groupe expérimental comprend en effet un plus fort % (18%) d'infirmières ayant 11 années et plus d'expérience sur l'unité que le groupe contrôle (7%).

Il n'est donc pas surprenant d'observer que la variable variété des aptitudes présente des valeurs inférieures dans le groupe expérimental.

En résumé, les gestionnaires devraient tenir compte du maintien d'un juste équilibre de variété des aptitudes. On sait, par le biais des estimations statistiques des ressources humaines en soins infirmiers, qu'on prévoit pour le futur, un vieillissement de la force de travail (Aiken & Fagin, 1992) et par conséquent une plus grande stabilité du taux de roulement, spécialement si la tendance des fermetures de lits se maintient.

Dans le cadre de cette recherche, la variable variété des aptitudes ne nous apporte que peu d'information quant à son impact sur la motivation. Il semble que même si les infirmières ayant plus d'ancienneté évaluent qu'elles utilisent une moins grande variété de leurs aptitudes avec l'utilisation du nouveau plan de soins, elles n'éprouvent pas une baisse significative de leur motivation.

L'analyse de la variable feedback-interaction avec les autres nous rapporte un effet principal du groupe qui est significatif ($p=.006$). Cet effet est significatif entre le groupe contrôle qui est significativement inférieur au groupe expérimental en période pré-test seulement.

L'influence du nouveau plan de soins des patients ne peut donc pas être discutée sous l'angle de l'amélioration des processus de la communication et de la coopération mutuelle dans le milieu organisationnel à l'aide du nouveau plan de soins.

Lors de l'analyse des données de carrière, nous observons que la probabilité de signification de l'effet du nombre d'années comme infirmière sur la variable interaction avec les autres est de $=.03$. Pour chaque tranche supplémentaire de 5 années comme infirmière, le score de la variable interaction avec les autres augmente de $.085$.

Ce résultat nous amène à reconsidérer la variable interaction sous l'angle des réseaux de feedback. Plus l'infirmière a de l'expérience, plus elle priorisera les interactions avec les autres, la collaboration et l'entraide.

Cette observation est en partie explicable par le fait que les nouvelles infirmières sont souvent plus orientées vers la tâche: les nouvelles techniques, la relation d'aide avec le patient et les différentes expériences auxquelles elles sont exposées.

Benner (1984) identifie bien le processus d'acquisition des connaissances. Elle souligne que la progression entre les différentes phases se fait par l'acquisition d'un schéma d'expériences concrètes et d'habilités afin de voir la situation dans son ensemble.

Les infirmières novices, comme elle les appelle, sentent plutôt la nécessité de développer leurs habilités techniques et leurs connaissances, principalement dans leur nouveau domaine d'expertise.

D'un autre côté, lors de l'examen des résultats obtenus dans cette étude, l'infirmière plus expérimentée, étant plus confortable avec son rôle technique, semble prioriser les relations humaines comme étant une des dimensions principales de leur tâche. La collaboration et la participation à un travail d'équipe peuvent éventuellement amener de meilleures motivation et satisfaction (Tappen, 1989).

En résumé, on peut retenir que l'interaction attendue lors de l'établissement de l'hypothèse de cette recherche n'a pas eu lieu dans les variables prises de façon individuelle.

On ne retrouve pas le même profil dans l'analyse de la variété des aptitudes et de feedback-interaction avec les autres qu'avec la motivation potentielle. Par contre, l'analyse des données de carrière confirme l'effet que ceux-ci peuvent avoir sur les caractéristiques du travail.

La prochaine étape est de discuter des résultats obtenus avec le regroupement théorique des états psychologiques critiques.

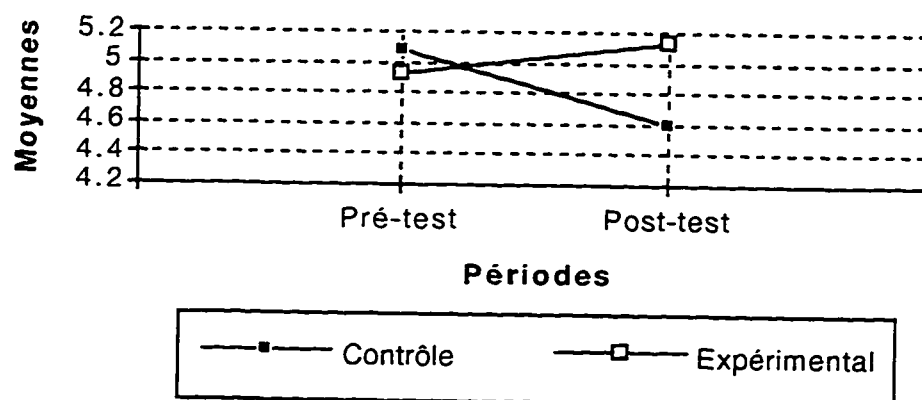
2- Etats psychologiques critiques

Les variables qui font partie du regroupement théorique des états psychologiques critiques, selon le modèle d'Hackman et Oldham sont: la perception significative de la tâche, la perception de la responsabilité des résultats et celle de la connaissance des résultats.

Nous discuterons de l'effet significatif de l'interaction groupe*période sur la variable connaissance des résultats.

On remarque encore une fois la même tendance: une baisse significative de la moyenne du groupe contrôle et une tendance à la hausse du groupe expérimental. Cette variation dans les deux sens fait que la moyenne du groupe expérimental est significativement plus élevée en période post-test que celle du groupe contrôle.

Figure 3
Interaction groupe*période
pour la variable Connaissance des résultats.



Comme le précise le modèle théorique d'Hackman et Oldham, la connaissance des résultats est directement affectée par la quantité de feedbacks que l'employé reçoit par son travail. La hausse attendue de la variable connaissance des résultats qu'on aurait du observer selon le modèle a été compensé par des changements dans l'environnement tel que démontré par la diminution significative chez le groupe contrôle.

Dans cette recherche, on peut dire que l'enrichissement des tâches par l'implantation du nouveau plan de soins génère des moyens pour améliorer le feedback et ainsi donner une connaissance des résultats significativement supérieure à l'infirmière. Cette augmentation de connaissance des résultats peut provenir d'un mélange de plusieurs sources de feedback: du travail comme tel, des usagers ou, de façon indirecte, par auto-évaluation par rapport aux nouvelles habilités et connaissances acquises.

La planification des interventions, une meilleure perspective globale de l'orientation des interventions ainsi que la phase évaluation de la démarche de soins permettent à l'infirmière de recevoir de l'information et d'être en mesure d'évaluer plus efficacement le travail accompli et de connaître les résultats de son travail.

En pratique, l'infirmière qui travaille dans un domaine spécialisé et qui doit intervenir, peut, en tout temps se référer au plan de soins spécifique du diagnostic infirmier identifié ou à celui qui est applicable à la problématique de soins de son patient. L'infirmière qui connaît mieux la situation, ayant développée des habilités et expertises, utilise le plan de soins comme liste de référence, un peu comme un pilote d'avion qui consulte sa fiche de contrôle de vérification avant le décollage. Le tout permet à l'infirmière d'obtenir de l'information pertinente, non seulement ce qui doit être fait, mais aussi qui doit le faire et quand cela doit être fait. Le plan de soins du patient sert de support pour rédiger la planification des interventions et les résultats obtenus. Ces informations sont disponibles à toutes les infirmières qui sont appelées à interagir avec le patient. Les infirmières ont donc un nouveau moyen de communiquer entre-elles.

La baisse que l'on observe chez le groupe contrôle nous oblige à nous demander quel pourrait être le phénomène qui explique cette baisse. Deux des questions demandées aux deux groupes et qui mesuraient la connaissance des résultats sont:

- 3.5 I usually know whether or not my work is satisfactory on this job.
- 3.11 I often have trouble figuring out whether I'm doing well or poorly on this job. (reversed scoring)

Les auteurs du modèle nous présentaient l'état psychologique critique de la connaissance des résultats comme ayant un lien direct avec les réseaux de feedback, permettant à l'employé d'évaluer dans quelle mesure le travail accompli est bien fait.

Pour l'infirmière, les réseaux de feedback sont multiples mais on peut les classer sous trois sources principales: le patient, les interactions avec les autres comme les gestionnaires et les pairs et enfin la personne qui exécute elle-même la tâche.

Il n'y a pas de raison connue pour que le feedback reçu par les infirmières du groupe contrôle, de la part de leurs patients, ait changé. Par contre, dans un contexte de coupures budgétaires et de mutation de postes, le feedback qu'on reçoit des gestionnaires est surtout centré sur les décisions administratives et l'impact de ces décisions sur l'équipe de travail comme telle. Il est fort probable que la proportion d'informations reçues par les infirmières au sujet de leur travail ait diminué et, par conséquent, a influencé grandement les réponses du groupe contrôle sur les questions recueillant l'information sur la connaissance des résultats. Dans le groupe expérimental, cette influence a été tempérée par l'utilisation du nouveau plan de soins.

Hackman et Oldham (1980) précisent dans leur document que la connaissance des résultats est affectée directement par la *quantité* de feedbacks que chacun reçoit en accomplissant son travail, ce qui supporte l'interprétation que l'on vient de faire.

En résumé groupe expérimental ayant un outil plus raffiné en ce qui concerne les réseaux de feedback, exprime une différence positive face aux connaissances des résultats et ce, dans le même contexte de coupures de postes et de réaménagement du profil des unités de travail. Cette observation supporte donc notre hypothèse de départ. Tel que prévu par le modèle théorique, le plan de soins a eu un impact positif sur la variable connaissance des résultats, mais les facteurs extrinsèques ont limité la hausse que l'on aurait du observer dans le groupe expérimental.

3- Résultats en fonction de l'individu et de son efficacité

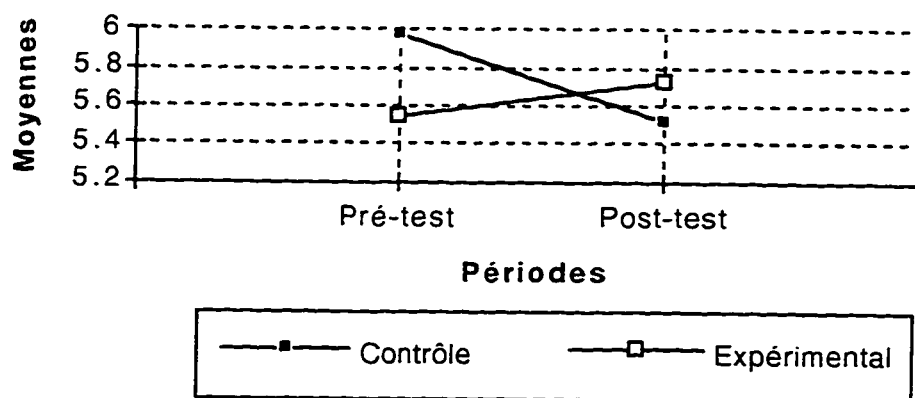
L'impact du nouveau plan de soins est encore une fois de plus souligné lors de la mesure de l'effet de l'interaction entre les groupes expérimental et contrôle et les périodes pré et post-test, en mesurant la variable de la motivation intrinsèque.

Voici quelques exemples de questions qui mesurent la motivation intrinsèque:

- 3.2 My opinion of myself goes up when I do this job well.
- 3.14 My own feelings generally are not affected much one way or the other by how well I do on this job.(reversed scoring)

On observe encore une fois le même patron que dans le cas du pointage de motivation potentielle et de la connaissance des résultats vus précédemment: une baisse significative des moyennes de motivation intrinsèque chez le groupe contrôle et une tendance non significative à la hausse du groupe expérimental.

Figure 4
Interaction groupe*période
pour la variable Motivation intrinsèque



La persistance d'un même patron est encore une fois évidente. Jusqu'à date on a obtenu une interaction significative du groupe et de la période pour les variables : la motivation potentielle, la connaissance des résultats et la motivation intrinsèque. On note aussi que dans ce patron, l'impact des facteurs environnementaux laisse la possibilité, au groupe contrôle, d'exprimer des baisses significatives de leur motivation et satisfaction.

Ces observations renforcent le lien entre le modèle d'Hackman et Oldham et la théorie de Herzberg.

Les facteurs extrinsèques ayant un effet négatif sur la motivation et la satisfaction, on observe un effet de vecteur vers le bas sur les courbes du groupe contrôle.

Par contre, l'enrichissement des tâches apporte des opportunités d'améliorer les facteurs intrinsèques chez l'infirmière. on n'observe pas les mêmes tendance que dans le groupe contrôle.

Une autre théorie, celle des attentes de Porter et Lawler (1968) est définitivement applicable au comportement qu'on observe avec le groupe contrôle, toujours en tenant compte du même contexte de coupure budgétaire.

Le niveau de motivation intrinsèque individuelle des infirmières est directement influencé par la probabilité de faire un effort et de réussir, de même que par la probabilité de réussir et d'anticiper des conséquences qui auront une certaine valeur aux yeux des infirmières.

L'équilibre de ce processus devient encore plus critique, selon Porter et Lawler (1968), lorsqu'une ou des situations adverses viennent empêcher l'atteinte des objectifs. L'environnement de la présente étude peut être interprété comme un ensemble de conditions adverses à l'atteinte des objectifs des infirmières pouvant affecter négativement la motivation intrinsèque.

On peut aussi interpréter la baisse de motivation intrinsèque à la lumière des travaux de Locke (1976) qui rapporte une baisse de motivation lorsque les objectifs conscients de l'organisation ne sont plus clairs. Dans le contexte de l'étude, les infirmières du groupe contrôle perçoivent la confusion de buts (ressources en décroissance vs qualité des soins) et voient leurs probabilités de faire un effort, et d'en obtenir des conséquences souhaitables, baisser de façon significative.

L'analyse de variance de la variable indépendante nombre d'années sur l'unité nous indique un effet significatif ($p=.034$) sur la variable motivation intrinsèque. Pour chaque augmentation de tranche de 5 années sur l'échelle de l'expérience sur l'unité, le score de la variable motivation intrinsèque diminue de .152

La baisse de motivation graduelle de l'infirmière qui acquiert de l'expérience sur une unité est un malaise connu dans le milieu. Par contre, les opportunités d'apprentissage permettent aux infirmières d'aller chercher dans l'accomplissement de leurs tâches, la source d'une motivation intrinsèque. Cela explique que l'on retrouve une relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience sur la même unité et la motivation intrinsèque et qu'on ne retrouve pas une telle relation pour le nombre total d'années d'expérience comme infirmière.

Cette baisse ne se reflète cependant pas sur la satisfaction: nos analyses de même qu'une étude récente (Blegen, 1993) n'ont pu démontrer aucune relation entre le nombre d'années de service et la satisfaction.

Les résultats que l'on obtient sur la motivation intrinsèque suivent le même patron que le MPS et la variable connaissance des résultats. Le modèle théorique d'Hackman et Oldham est encore respecté ici, même si on n'observe pas une hausse significative dans le groupe expérimental. Encore une fois, l'absence de hausse significative peut s'expliquer par les facteurs extrinsèques de l'étude.

La constance des résultats pour le MPS, la connaissance des résultats et la motivation intrinsèque nous permet de supposer que les résultats obtenus ne sont pas le reflet d'une régression vers la moyenne.

De plus, si cela avait été le cas, on aurait été en présence d'une même tendance pour tous les résultats des variables du modèle ainsi qu'avec les résultats selon les variables démographiques ou de carrières. La présence d'effets principaux pour les variables variétés des aptitudes, interactions avec les autres et satisfaction générale contredit la possibilité d'une régression vers la moyenne.

Des stratégies de création d'opportunités d'enrichissement doivent être mise de l'avant pour maintenir et/ou améliorer la motivation et la satisfaction de l'infirmière.

4- Le contexte

Il n'y avait aucune variable dont les effets étaient significatifs, dans ce regroupement théorique, que ce soit pour la satisfaction reliée à la sécurité, au salaire, aux pairs ou aux supérieurs. Les effets significatifs des variables démographiques et carrières seront discutés dans la prochaine section.

C- Discussion des variables démographiques et de carrière avant des effets significatifs

Cette section traitera l'information qu'on a obtenue lors de l'analyse des données démographiques et de carrière. Nous présenterons les données par variables indépendantes soit le sexe, la formation, la langue, l'âge, le nombre d'années comme infirmière et le nombre d'années sur l'unité.

1- Le sexe

L'analyse de la variable indépendante du sexe n'a rapporté aucun effet significatif sur les variables du modèle. De plus, il aurait été difficile de porter des jugements sur cette variable puisqu'on a observé des différences significatives dans la composition des groupes.

2- La formation

La variable formation a un effet significatif sur l'autonomie et le feedback des pairs.

Il est intéressant de noter que les répondants qui ont une BSC ont obtenu un score d'autonomie et de feedback des pairs significativement inférieur qu'aux répondants détenant une formation technique.

Par exemple, une des questions sur l'autonomie est:

2.13 The job gives me considerable opportunity for independence and freedom in how I do the work.

Il semble que les infirmières bachelières s'attendent à une plus grande indépendance et liberté de prise de décision. La préparation que celles-ci reçoivent, comme professionnelles les amène à rechercher des activités renforçant leur rôle indépendant. L'étude de Larson et all (1984) rejoint cette affirmation. Plus de 77% des répondants (n= 60) avaient une formation universitaire (bacc. ou un plus haut degré). Ils ont classés le rôle indépendant et autonome menant à la satisfaction au travail de l'infirmière comme 5ième facteur le plus élevé (moyenne de 5.15/6). Le rôle de professionnel autonome semble donc être plus important pour l'infirmière bachelière.

Voici maintenant un exemple de question recherchant des informations sur le feedback des pairs est:

2.10 Supervisors often let me know how well they think I am performing the job.

Malgré la recherche d'autonomie, l'infirmière bachelière rapporte qu'elle ne reçoit pas assez souvent de l'information de ses superviseurs.

On se rappelle que la distribution des groupes n'a présenté qu'une différence marginale pour la formation, lors des tests de chi-carré. De plus, comme nous n'avons pas d'effet significatif entre les groupes, entre les périodes ou d'interaction, nous ne pouvons interpréter les effets de cette variable démographique en fonction de notre traitement et du modèle d'Hackman et Oldham.

3- La langue

On note que la variable indépendante de la langue a un effet significatif sur les variables perception significative de la tâche et perception des résultats. Dans les deux cas, les répondants anglophones ont un score significativement supérieur aux répondants francophones. Encore une fois, il nous est impossible d'interpréter ces résultats dans le cadre de cette recherche.

4- L'âge

L'analyse de la variable indépendante de l'âge n'a rapporté aucun effet significatif sur les variables du modèle. Nous ne pouvons donc pas porter des jugements sur cette variable.

5- Le nombre d'années d'expérience comme infirmière

Nous avons noté un impact significatif de l'expérience de l'infirmière sur l'importance de la tâche, le feedback-interaction avec les autres et la perception significative de la tâche.

Comme nous avons déjà discuté de l'impact de l'expérience comme infirmière sur la caractéristique du feedback-interaction avec les autres dans la section B précédente, nous discuterons des effets significatifs sur les deux autres caractéristiques.

D'abord, la variable importance de la tâche peut être reliée avec l'interprétation que l'on a faite à propos de la variable interaction avec les autres: les infirmières ayant plus d'expérience portent plus d'attention aux interactions avec les autres qu'à la tâche elle-même. Il n'est donc pas surprenant d'observer que les infirmières plus expérimentées accordent moins de valeur à l'importance de la tâche que celles qui n'ont que quelques années d'expérience.

Lorsqu'on examine leurs réponses pour la variable de la perception significative de la tâche, encore une fois, les infirmières plus expérimentées ont un score de perception plus faible que les infirmières ayant moins d'expérience. Cette observation est prévisible puisque l'importance de la tâche mène, selon le modèle, à une perception significative de la tâche.

6- Nombre d'années comme infirmière sur l'unité

Cette variable démographique est celle qui a un effet significatif avec le plus de variables du modèle. Nous avons déjà vu dans la section B de la discussion que le nombre d'années comme infirmière pouvait être relié à la variété des aptitudes et à la motivation intrinsèque.

Nous verrons ici que l'expérience sur l'unité a un effet significatif sur la satisfaction de croissance et trois des quatre variables du contexte: satisfaction liée à la sécurité d'emploi, au salaire et aux supérieurs.

Les infirmières plus anciennes sur l'unité expriment une satisfaction de croissance statistiquement inférieure aux infirmières ayant moins d'expérience. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'infirmière sénior a atteint un plateau d'acquisition de connaissances et que sa satisfaction par rapport à sa croissance personnelle est moindre.

Par contre, cette infirmière exprime une plus grande satisfaction par rapport à son salaire et à sa sécurité d'emploi. Cela peut s'expliquer par les salaires plus élevés des infirmières ayant plus d'expérience et par les mécanismes de réduction de personnel qui protègent leur emploi.

La satisfaction des infirmières liée aux supérieurs décroît avec l'expérience acquise sur l'unité. On peut interpréter cette relation par la question suivante que nous avons posé aux infirmières:

4.8 The amount of support and guidance I receive from my supervisor.

Les gestionnaires donnent probablement moins de support et de directives aux infirmières plus expérimentées à cause justement de leur expérience.

En résumé, les variables de carrière comme le nombre d'années d'expérience sur l'unité et comme infirmière nous aide à mieux comprendre les effets que peuvent avoir ceux-ci sur les variables du modèle. Comme dans l'étude de Holaday et Bullard (1991), les variables démographiques comme la langue maternelle, le sexe et l'âge bénéficieraient définitivement de recherches axées, par exemple, sur un plus grand échantillon.

Une tendance qu'on observe dans l'analyse des variables de carrières est que la satisfaction des infirmières ayant plus d'ancienneté semble augmenter par rapport au facteurs extrinsèques. Par contre, l'infirmière ayant plus d'expérience est moins satisfaite par les facteurs intrinsèques. Cette observation devrait être prise en considération lors de recherches futures.

Lorsqu'on utilise le terme facteur intrinsèque, nous nous référons à l'approche utilisé en science du comportement organisationnel. Il existe des définitions différentes qui pourraient modifier l'angle d'approche des résultats de cette étude, comme celles utilisés en psychologie sociale, par exemple dans une publication de Deci et Ryan (1985). Selon eux, lorsque des personnes sont motivées par des facteurs intrinsèques, ils ont un intérêt, un sentiment de compétence et d'auto-détermination.

Le modèle théorique d'Hackman et Oldham utilise sensiblement les mêmes éléments lorsqu'ils proposent de mesurer l'autonomie, la perception significative de la tâche et des résultats. Une des différences entre le point de vue des auteurs en psychologie sociale et celle des auteurs du modèle réside dans le libre-choix des facteurs intrinsèques par rapport au sentiment d'obligation et pressions des facteurs extrinsèques.

Nous utilisons donc le terme facteur intrinsèque en référant aux facteurs de motivation d'Herzberg: responsabilité, croissance, considération, autoréalisation. Le terme facteur extrinsèque fait référence aux facteurs d'hygiène: salaire, sécurité d'emploi, relations interpersonnelles, conditions de travail.

D- La situation de la population étudiée par rapport à la moyenne nationale américaine.

Il est intéressant de comparer les résultats de notre étude aux moyennes nationales qui ont été obtenues par les auteurs Hackman et Oldham.

Ces données ont été obtenues auprès de 6930 employés qui travaillent dans 56 organisations différentes réparties aux États-Unis. Les données ont été classées par famille d'emploi. Dans la présente comparaison, nous utiliserons les données du groupe professionnels et techniciens, celles se rapprochant le plus des infirmières.

Les moyennes et écart-types étant disponibles pour la moyenne nationale américaine, nous avons utilisé les mêmes statistiques pour les deux groupes (expérimental et contrôle) pour chacune des deux périodes. Vous trouverez ces données sous forme de tableau à l'annexe 15.

Les auteurs précisent qu'il est possible de poser un diagnostic avec la moyenne observée. Lorsque la moyenne est comprise dans l'écart de plus ou moins une fois l'écart-type de la moyenne nationale, la différence entre les deux n'est pas significativement différente de cette moyenne.

Par contre, si la moyenne observée s'éloigne de plus ou moins deux fois la moyenne nationale, cela signifie qu'il y a un écart important par rapport à la norme américaine et qu'elle devrait être prise en considération pour un examen plus approfondi.

On n'a observé aucune différence significative par rapport à la moyenne nationale. Il n'y a donc pas de divergence importante entre les moyennes des différents groupes étudiés et celles des professionnels et techniciens des États-Unis.

Il aurait été intéressant de faire la comparaison avec une moyenne d'un groupe d'infirmières, mais une telle information n'était pas disponible.

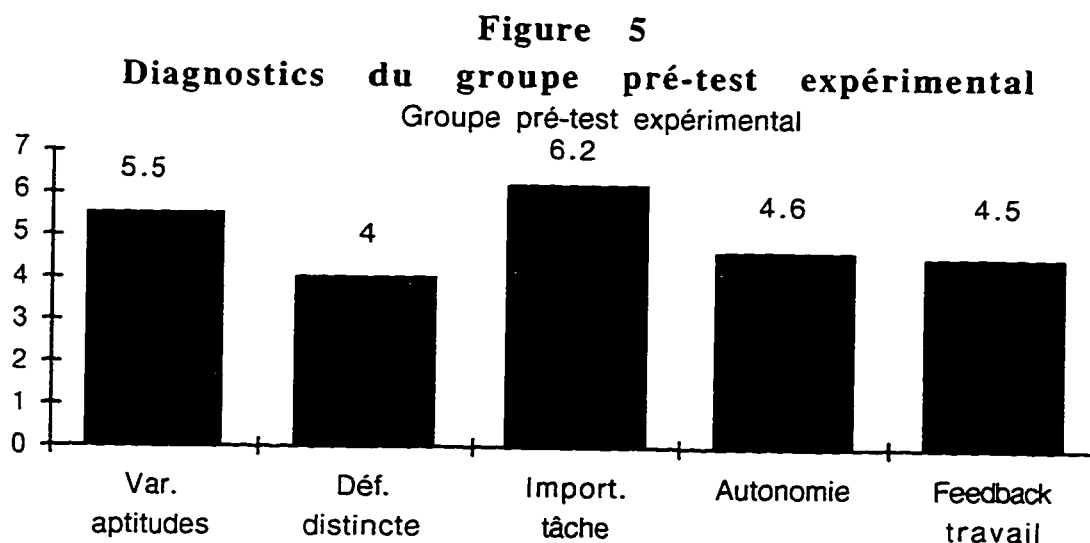
E- L'utilisation du modèle comme outil diagnostique

On se rappelle que l'implantation du nouveau plan de soins était sous la gouverne du comité sur la documentation de l'hôpital général d'Ottawa. Dans un projet de recherche quasi-expérimental comme celui-ci, c'est-à-dire en milieu clinique, il est maintenant possible de savoir, pour le responsable du projet, comment apporter une restructuration de la bonne manière. Avec l'utilisation du modèle théorique d'Hackman et Oldham, il nous est apparu que l'outil JDS peut être d'une double utilité.

En premier lieu, le questionnaire peut être utile pour l'identification des besoins et la gestion des informations avant l'implantation d'un projet ou d'une restructuration d'une partie des tâches des infirmières ou de toute autre catégorie d'employées.

L'administration du questionnaire avant la phase d'exécution du projet permet l'identification des dimensions de la tâche qui nécessitent une amélioration ou un changement. Les informations obtenues peuvent être utilisées la planification, l'exécution et le suivi du projet.

Par exemple, dans le cadre de cette étude, nous retrouvions, en période pré-test, les moyennes suivantes pour le groupe expérimental:



Nous pouvons observer que la dimension de la tâche qui nécessite le plus un changement est celle de la définition distincte de la tâche qui avait, lors de la période pré-test, la moyenne la plus faible.

Si on avait tenu compte de cet aspect lors de l'implantation du nouveau plan de soins, on aurait pu, par exemple, insister sur le caractère distinct du travail lors de la formation. D'ailleurs, les infirmières du groupe expérimental ont signalé qu'elles avaient l'impression que leur travail était parcellaire, c'est-à-dire composé de tâches fragmentées.

En mentionnant que le nouveau plan de soins du patient regroupe les différentes tâches reliées à la démarche de soins (identification des besoins du patient, collecte des données, diagnostic infirmier, interventions quotidiennes et la planification des soins du patient à court, moyen et long terme), les infirmières auraient pu assimiler le nouvel outil à un tout cohérent, et ainsi éprouver un sentiment de propriété envers leur travail.

De plus, comme Susman (1976), Slocum & Sims (1980) et Brousseau (1983) soulignaient l'importance de tenir compte des dimensions humaines et techniques des besoins des individus lors de la restructuration. Cette nouvelle approche pré-diagnostique nous permet d'identifier les besoins du groupe visé afin de prioriser l'aspect technique ou l'aspect humain dans le cadre d'une restructuration et devient un atout précieux pour les gestionnaires et/ou les responsables de projets.

La deuxième utilité du questionnaire est de mesurer l'impact du projet sur les différentes dimensions principales de la tâche, comme nous l'avons présenté dans cette étude. Cela est d'autant plus important dans un projet de restructuration des tâches puisqu'il permet d'exprimer des résultats en terme de motivation et de satisfaction.

Dans les deux cas, les informations obtenues sont un atout indéniable autant dans le cadre pratique d'un projet que pour l'avancement de la science et de la recherche et ce, dans les différents domaines du comportement organisationnel et des soins infirmiers.

F- Sources possibles de biais

L'étude que nous avons réalisée peut comporter certains biais dont nous allons discuter ici.

D'abord l'influence positive des gestionnaires et des responsables du projet face aux infirmières appartenant au groupe expérimental peut amener un effet Pygmalion. Si les gestionnaires et responsables croient que les infirmières vont être motivées et satisfaites du nouveau plan de soins du patient, celles-ci sont plus susceptibles de répondre favorablement à ces attentes.

Comme les gestionnaires n'ont pas participé à la décision d'implanter le nouveau plan de soins, il n'y a aucune raison de supposer a priori qu'ils avaient un biais positif face à son implantation.

Un autre biais possible est l'effet Hawthorne. La satisfaction des infirmières pourrait avoir été influencée positivement par le fait qu'on les observait, qu'on leur demandait leurs impressions et que l'on portait plus d'attention que normalement à leur démarche de soins.

Comme l'utilisation du nouveau plan de soins des patients ne représente qu'une partie du travail global de l'infirmière et que l'expérience a été réalisée dans le milieu naturel. Dans ce cas, l'effet d'Hawthorne devient moins important puisque le nouveau projet est entouré de la routine et des réalités quotidiennes des infirmières.

Comme les infirmières qui ont été questionnées ne connaissaient pas le lien entre cette recherche et l'implantation du nouveau plan de soins, ni le groupe expérimental ni le groupe

contrôle n'était au courant du traitement. Les deux groupes ont reçu une attention équivalente et la comparaison de ces groupes permet d'affirmer que l'effet Hawthorne est sous contrôle.

Le devis quasi-expérimental, inévitable dans ce cas-ci, est probablement la principale source de biais de la présente étude. En période pré-test, les variables démographiques et de carrière (à l'exception du sexe) semblent démontrer que les groupes sont équivalents, cependant, nous avons pu observer des différences significatives dans certaines variables du modèle théoriques.

La constance des changements observés dans les variables qui ont des effets statistiquement significatifs nous permettent cependant de tirer des conclusions quant à l'impact du nouveau plan de soins, qui est le seul changement important différenciant le fonctionnement des deux groupes.

CHAPITRE 5

CONCLUSION

En général, l'implication théorique la plus importante de ces différentes analyses est qu'il existe des interactions entre la démarche de soins et le pointage de motivation potentielle. Nos résultats sont partiellement en accord avec les prédictions du modèle d'Hackman et Oldham.

Notre hypothèse était que la moyenne des groupes contrôles était pour rester la même entre les périodes pré-test et post-test. Mais la chute identifiée entre les 2 périodes chez le groupe contrôle peut refléter le contexte du milieu de travail en période post-test (coupures budgétaires, diminution du nombre de lits, "bumping", réduction du nombre de chefs d'équipes sur les unités, incertitude face à la sécurité d'emploi). Ce contexte est le même pour les unités expérimentales. L'implantation du nouveau plan de soins du patient amène une tendance à la hausse du pointage de motivation potentiel (MPS), chez les groupes expérimentaux. Cette augmentation n'est cependant pas statistiquement significative principalement à cause des facteurs extrinsèques qui ont provoqué la baisse de motivation observée dans le groupe contrôle.

En restructurant et en enrichissant le travail des infirmières avec l'utilisation d'une démarche de soins globale, nous avons prévenu la même tendance à la baisse du pointage de motivation potentielle chez le groupe expérimental. En réalité, on rencontre même une tendance à la hausse pour cette variable.

Le même patron est observé lors de l'analyse des variables de la connaissance des résultats et de la motivation intrinsèque. Encore une fois, on peut interpréter les changements observés comme une combinaison des effets du nouveau plan de soins et du contexte.

Les résultats nous procurent une certaine évidence en faveur de la restructuration des tâches. Les changements qu'on apporte à la structure du travail peuvent conduire à des réactions favorables face aux tâches mais il est important de tenir compte des facteurs de contexte.

Dans ce cas-ci, le modèle d'Hackman et d'Oldham est utile pris dans un contexte de soins infirmiers. Premièrement, afin d'analyser les effets d'un changement sur les perceptions du travail des infirmières mais aussi comme outil de diagnostic utile avant tout changement. Il permet d'identifier sur quelle dimension il est nécessaire d'intervenir afin d'enrichir le travail des infirmières.

Cet aspect a été des plus apprécié par les groupes de travail, comme le comité directeur de la documentation de la démarche de soins, le comité de recherche en soins infirmiers et la directrice des soins infirmiers de l'hôpital général, lors de la présentation des résultats de cette recherche.

Les modérateurs que l'on retrouve dans le modèle sont aussi importants dans un cadre de restructuration des tâches. Ce modèle permet de prendre en considération le contexte, difficile à contrôler lors de recherches en milieu clinique. Dans l'environnement actuel des établissements de santé, des éléments tels la sécurité d'emploi et le salaire influence les réactions des infirmières face au travail. Ces notions soulignent bien les liens avec la théorie d'Herzberg sur l'influence des facteurs d'hygiène sur la satisfaction.

Dans un contexte où une restructuration se fait directement en milieu clinique, il est important de tenir compte des caractéristiques démographiques et de carrière. On retrouve des relations statistiquement significatives entre celles-ci et les variables de chacun des regroupements théoriques du modèle à l'exception du besoin de croissance individuelle (tableau 24).

Par exemple, nous retrouvons que plus l'infirmière a de l'expérience sur l'unité, moins la motivation intrinsèque est élevée. Lors de l'implantation de changement visant la motivation intrinsèque, l'approche devrait être adaptée à l'expérience et l'ancienneté des infirmières sur l'unité. À l'opposée, les infirmières plus jeunes se prononceront motivées par les opportunités d'enrichissement mais verront les facteurs extrinsèques négatifs comme un frein à la motivation.

Nous croyons que les résultats de cette étude mettent en lumière les effets de l'utilisation de la démarche de soins sur la motivation des infirmières, en augmentant leur connaissance des résultats perçus en tant qu'état psychologique et en améliorant les résultats en fonction de l'individu par rapport à la motivation intrinsèque.

La démarche de soins, et plus particulièrement le plan de soins du patient devient un aspect du travail de l'infirmière qui peut changer positivement la motivation potentielle face au travail et, comme le souligne la littérature, favoriser la satisfaction et contribuer à une performance optimale.

CHAPITRE 6

RECHERCHES FUTURES

Sur la base de la recherche entreprise, il est possible de faire certaines suggestions concernant la méthodologie à utiliser pour de futures études.

D'abord, comme suite à la présente étude, on pourrait réaliser des analyses en période post-post-tests afin d'évaluer l'impact à plus long terme de l'implantation du nouveau plan de soins.

De plus, puisque le groupe contrôle expérimentera bientôt le nouveau plan de soins du patient, il serait intéressant de répéter la même analyse afin de confirmer l'impact du nouveau plan de soins sur le pointage de motivation potentielle et sur les variables du modèle de dimensions des tâches.

Dans le système de santé, l'objectif ultime est la qualité des soins et la satisfaction de l'utilisateur. Il serait intéressant de mesurer l'impact au-delà de la motivation et la satisfaction des infirmières, c'est-à-dire sur le patient lui-même. Une étude conjointe sur l'impact de la démarche de soins sur la motivation des infirmières et les résultats sur la qualité des soins et la satisfaction des patients pourrait nous éclairer sur le sujet.

Il pourrait aussi être intéressant de tester l'utilisation pré-diagnostique de l'outil. On pourrait comparer un groupe contrôle, sujet à une restructuration des tâches, à un groupe expérimental dont la même restructuration aurait été modifiée à la lumière du diagnostic pré-test. On obtiendrait une information précieuse sur l'apport du modèle Hackman et Oldham comme outil pré-diagnostique dans un projet.

Comme l'échantillon de la présente étude ne contenait pas un nombre suffisant de répondant pour les variables formation et sexe, on pourrait mesurer sur une plus grande échelle l'impact de ces variables sur les attentes et la motivation des infirmières.

Le même modèle pourrait être utilisé dans une étude sur la satisfaction et la motivation par rapport à l'enrichissement des tâches avec par exemple, le mode de prestation des soins (soins intégraux, en équipe ou suivit systématique de la clientèle) comme variable indépendante. Une autre recherche possible serait de mesurer la satisfaction par rapport au plan de soins lorsque celui-ci est d'application obligatoire par rapport à une application optionnelle.

Si une étude similaire à notre recherche était réalisée dans le futur, nous aurions quelques ajustements à proposer à la méthodologie. Idéalement, un devis expérimental devrait être utilisé. Cela n'est cependant pas toujours possible dans le milieu clinique puisque les sujets soumis au traitement ne peuvent pas toujours être choisis de façon aléatoire, ce qui a été le cas dans la présente étude. De plus on aurait pu diminuer la variance intra-groupe en couplant les questionnaires pré-post test.

Afin de vérifier si les résultats obtenus ne sont pas le reflet d'une régression vers la moyenne, nous suggérons la mise en place d'une étude pilote avant l'analyse pré-test de même qu'une analyse post-post-test.

La porte est ouverte pour pousser plus loin notre réflexion dans le domaine.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- Aiken L.H., & Fagin C.M (1992). Charting nursing's future: agenda for the 1990s. Philadelphia: Lippincott.
- Aldag R.J., & Brief A.P. (1974). Task Design and Employee Motivation. Illinois: Scott Foresman.
- Alderfer, C.P. (1972). Existence, Relatedness and Growth. New York: Free Press.
- Aldrich, R. (1978). Herzberg Revisited Factors in Job Dissatisfaction. Journal of nursing Administration, 2(2), 19-24.
- Anderson, M.A., Duke, L., & Haslam, W.B. (1990). Impiego sistematico della diagnosi infermieristica e suoi riflessi sul grado di soddisfazione dell'infermiera (The systematic use of nursing diagnosis and its repercussions on the degree of satisfaction of the nurse). Professioni infermieristiche, 43(3), 14-16.
- Anderson, M. A., Duke, L., & Haslam, W.B. (1989). Professional use of nursing diagnosis and registered nurse job satisfaction, perceived organizational effectiveness and patient satisfaction. In Classification of Nursing Diagnoses, St-Louis: Lippincott, 174-177.
- Argyris, C. (1957). Personality and Organization. New York: Harper & Row.
- Arnold, H. J., & House, R. T. (1980). Methodological and substantive extensions to the Job Characteristics Model of Motivation. Organizational Behaviour and Human Performance, 25, 161-183.

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (1980). Définition de la pratique infirmière, Normes de la pratique infirmière. Ottawa: AIIC
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1988). Document pour la promotion de la formation en administration des soins infirmiers. Ottawa: AIIC
- Atkins, C., & Haigh, C. (1992). Individual performance review-meeting staff needs. British Journal of Theatre Nursing, 2(9), 18-20.
- Attridge, C. B., & Callahan, M. (1990). Nurses' Perspectives of Quality Work Environments. Canadian Journal Nursing Administration, 3(3), 18-24.
- Bailey, J. T., Steffen, S. M., & Grout, J. W. (1980). The stress audit: Identifying the stressors of ICU nursing. Journal of Nursing Education, 19(6), 15-25.
- Barnum, B. (1990). On nursing [Editorial]. Nursing Health Care, 11(5), p. 227.
- Beaty, D. (1990). Re-examining the link between job characteristics and job satisfaction. Journal of Social Psychology, 130(1), 131-132.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Practice. California: Addison-Wesley.
- Bergeron, P. (1986). La gestion dynamique. Concepts, méthodes et applications. Boucherville: Editions Gaëtan Morin.
- Bernard, C. (1938). The functions of the executive. Cambridge: Harvard University Press.
- Betz, M., & O'Connell, L. (1987). Primary Nursing: Panacea or problem? Nursing & Health Care, 8(8), 456-60.

- Blegen, M. A., Goode, C. J., Johnson, M., Maas, M. L., McCloskey, J. C., & Moorhead, S. A. (1992). Recognizing staff nurse job performance and achievements. Research in Nursing & Health, 15(1), 57-66.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nursing Research, 42(1), 36-41.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Johnson, M., Maas, M. L., Chen, L., Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy. Image: Journal of Nursing -Scholarship, 25(4), 339-44.
- Bowers, L. (1989). The Significance of primary nursing. Journal of Advance Nursing, 14(1), 13-9.
- Brief, A. P. (1976). Turnover among hospital nurses: A suggested model. Journal of Nursing Administration, 6(8), 54-59.
- Brief, A. P., Aldag, R. J., & Jacox, A. (1978). A study: The impact of task characteristics on employee response in hospital nursing. Nursing Administration Quarterly, 24, 107-114.
- Brousseau, K. (1983). Toward a Dynamic Model of Job-Person Relationships: Findings, Research Questions, and Implications for Work System Design. Academy of Management Review, 8(1), 33-45.
- Bullock, R. P. (1953). Position, Function, and Job Satisfaction of Nurses in Social System of Modern Hospital. Nursing Research, 2(2), 4-14.
- Bush, J. P. (1988). Job satisfaction, powerlessness & locus of control. Western Journal Nursing Research, 10(6), 718-31.
- Butler, J., & Parsons, R. J. (1989). Hospital perceptions of job satisfaction. Nursing Management, 20(8), 45-8.

- Campion, M. A., & McClelland, C. L. (1991). Interdisciplinary examination of the costs and benefits of enlarged jobs: A job design quasi-experiment. Journal of Applied Psychology, 76(2), 186-198.
- Carpenito, L. J. (1990). Diagnostic Infirmier: du concept à la pratique clinique. Paris: MEDSI/McGraw-Hill.
- Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. Journal of Advanced Nursing, 17(6), 704-11.
- Chandler, G. E. (1991). Creating an Environment to Empower Nurses. Nursing Management, 22(8), 20-23.
- Choi, T., Jameson, H., Brekke, M. L., Anderson J. G., & Podratz Rosalyn O. (1989). Schedule-Related Effects on Nurse Retention. Western Journal of Nursing Research, 11(1), 92-107.
- Conger, J. A. (1989). Leadership: The Art of Empowering Others. The Academy of Management Executive, 3(1), 17-24.
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1970). Processus de décision dans l'entreprise. Paris: Dunod.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior. New York: Plenum.
- Dienemann, J., & Gessner, T. (1992). Restructuring nursing care delivery systems. Nursing Economics, 10(4), 253-258, 310.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. Journal of Advanced Nursing, 12(1), 3-12.
- Duff, R., & Hollingshead, A. B. (1979). The Organization of Hospital Care dans Dreitzel, H.P. (éd.) The social Organization of Health. New York: MacMillan.

- DuVal, C. J. (1992). Improving nursing satisfaction. Nursing Management, 23(6), 64.
- Duxbury, M. L., Armstrong, G. D., Drew, D. J., & Henly, S. J. (1984). Head Nurse Leadership Style with Staff Nurse Burnout and Job Satisfaction in Neonatal Intensive Care Units. Nursing Research, 33(2), 97-101.
- Dwyer, D. J., Schwartz, R. H., & Fox, M. L. (1992). Decision-Making Autonomy in Nursing. Journal of Nursing Administration, 22(2), 17-23.
- Evans, M. G., Kinggunda, M. N., & House, R. J. (1979). A partial test and extension of the job characteristics model on motivation. Organizational Behaviour and Human Performance, 24, 352-81.
- Everly, G. S., & Falcione, R. L. (1976). Perceived Dimension of Satisfaction for Staff Registered Nurses. Nursing Research, 25(5), 346-348.
- Fayol, H. (1966). Administration industrielle et générale. Paris: Dunod.
- Fischbach, F. T. (1991). Documenting Care: Communication, the Nursing Process and Documentation Standards. Philadelphia: F.A.Davis.
- Fitzpatrick, E., Sullivan, J., Smith, A., Mucowski, D., Hoffmann, E., Dunn P., Trice, M., & Grosso, L. (1991). Clinical Nursing Research priorities: A Delphi Study. Clinical Nurse Specialist, 5(2), 94-99.
- Flaskerud, J. H., & Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. Advances in Nursing Science, 3(10), 1-2.
- Fleury, J. D. (1991). Empowering Potential: A Theory of Wellness Motivation. Nursing Research, 40(5), 286-291.

- Fried, Y., & Ferris, G. R. (1987). The Validity of the Job Characteristics Model: A review and Meta Analysis. Personnel Psychology, 40(2), 287-322.
- Gillies, D., Franklin, M., & Child, M. (1990). Relationship between organizational climate and job satisfaction of nursing personnel. Nursing Administration Quaterly, 14(4), 15-22.
- Godfrey, M. A. (1978). Job Satisfaction or Should That Be Dissatisfaction: How Nurses Feel About Nursing, Part I. Nursing 78, 8(4), 89-104.
- Godfrey, M. A. (1978). Job Satisfaction or Should That Be Dissatisfaction: How Nurses Feel About Nursing, Part II. Nursing 78, 8(5), 105-120.
- Godfrey, M. A. (1978). Job Satisfaction or Should That Be Dissatisfaction: How Nurses Feel About Nursing, Part III. Nursing 78, 8(6), 81-95.
- Goode, C. J., Ibarra, V., Blegen, M. A., Anderson-Bruner, J., Boshart-Yoder, T., Cram, E., Finn, L., Mills, R., & Winter, C. (1993). What kind of recognition do staff nurses want? American Journal of Nursing, 93(5), 64, 66-68.
- Greenberg, J. & Leventhal, G.S. (1976). Equity and the use of overreward to motivate performance. Journal of personality and social psychology, 34(2), 179-190.
- Gruneberg, M. (1979). Understanding Job Satisfaction. New York: John Wiley & Sons.
- Guiot, J. M. (1980). Organisations sociales et comportements. Ottawa: Agence d'Arc.
- Guthrie, M., Mauer, G., Zaawacki, R., & Couger, J. D. (1985). Productivity: How Much Does This Job Mean? Nursing Management, 16(2), 16-20.

- Gwozdz, D. T., & Togno-Armanasco, V. D. (1992). Streamlining Patient Care Documentation. Journal of Nursing Administration, 22(5), 35-39.
- Hackman, J. R., & Lawler, E. E. (1971). Employees reactions to job characteristics. Journal of Appl. Psychol. Monogr., 55(3), 259-286.
- Hackman, J.R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. Journal of Applied Psychology, 60(2), 159-170.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R., Greg, R., (1974). The Job Diagnostic Survey: an instrument for the diagnosis of and the evaluation of job redesign projects, Technical Report # 4., Department of Administrative Sciences, New Haven: Yale University.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. Organizational Behaviour and Human Performance, 16(2), 250-279.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). Work Redesign. Reading: Addison-Wesley Publishing Cie.
- Hackman, J. R., Pearce, J., & Wolfe, J. (1978). Effects of changes in job characteristics on work attitudes and behaviours: A naturally occuring quasi-experiment. Organizational Behaviour and Human Performance, 21(3), 289-304.
- Hall, D. T., & Nougaim, K. E. (1968). An examination of Maslow's need hierarchy in an organizational setting. Organizational Behaviour and Human Performance, 3, 12-35.
- Hamilton, E. M., Murray, M. K., Lindholm, L. H., & Myers, R. E. (1989). Effects of mentoring on job satisfaction, leadership behaviours, and job retention of new graduate nurses. Journal of Nursing Staff Development, 5(4), 159-165.

- Harper, D., Manasse, P., & Newton, J. (1992). Nurses' attitudes and satisfaction in two psychogeriatric wards: their structure and correlates. Journal of Advanced Nursing, 17(6), 676-681.
- Harrell, A. M., & Stahl, M. J. (1981). A behavioural decision theory approach for measuring McClelland's trichotomy of needs. Journal of Applied Psychology, 66(2), 242-247.
- Haw, M. A., & Durbin-Lafferty, E. (1984). Improving nursing morale in a climate of cost containment. Part 1. Program Planning. Journal of Nursing Administration, 14(10), 8-16.
- Haw, M. A., & Durbin-Lafferty, E. (1984). Improving nursing morale in a climate of cost containment. Part 2. Program Planning. Journal of Nursing Administration, 14(11), 10-15.
- Henderson, V. (1987). Nursing process-A critique. Holistic Nursing Practice, 1(3), 7-18.
- Hendrickson, G., Doddato, T. M., & Kovner, C. T. (1990). How do nurses use their time? Journal of Nursing Administration, 20(3), 31-37.
- Herold, D. M., & Parsons, C. k. (1985). Assessing the feedback environment in work organizations: Development of the job feedback survey. Journal of Applied Psychology, 70(2), 290-305.
- Herzberg, F. (1971). Le travail et la nature de l'homme. Paris: Entreprise Moderne d'Edition.
- Herzberg, F. (1966). Work and the Nature of Man. Cleveland: World Publishing Co.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. (1983). Nursing staff turnover, stress and satisfaction: Models, measures and management. in Werly H., & Fitzpatrick J. (eds.), Annual review of Nursing Research, New York: Springer.

- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H., & Atwood, J. R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. Journal of Nursing Administration, 17(6), 8-16.
- Hitt, M. A., Middlemist, D. R., & Mathis, R. L. (1979). Effective Management. New York: West Publishing.
- Holaday, B., & Bullard, I. D. (1991). Pediatric Staff Nurses' Reactions to Job Characteristics. Journal of Pediatric Nursing, 6(6), 407-16.
- Hopkins, K. D., & Glass, G. V. (1978). Basic statistics for the behavioural sciences. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hurley, M. (1986). Classification of nursing diagnosis. Proceedings of the sixth conference, St-Louis: C.V. Mosby. 456-464.
- Idaszak, J. R., & Drasgow, F. (1987). A Revision of the Job Diagnostic Survey: Elimination of a Measurement Artifact. Journal of Applied Psychology, 72(1), 69-74.
- Joiner, C., Johnson, V., Chapman, J. B., & Corkrean, M. (1982). The Motivation Potential in Nursing Specialties. Journal of Nursing Administration, 12(2), 26-30.
- Jones, L. S., & Oritz, M. E. (1989). Increasing nursing autonomy and recognition through shared governance. Nursing Administration Quarterly, 1(3), 11-16.
- Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. Canadian Journal of Counseling, 22(3), 162-169.
- Karshmer, J. F. (1991). Expert nursing diagnoses. The link between nursing care plans and patient classification systems. Journal of Nursing Administration, 21(1), 31-39.

- Kramer, M. (1974). Reality shock: Why nurses leave nursing. St-Louis: Mosby.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1987). Magnet hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care-PartII. Nursing Management, 18(10), 33-39.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1991). Job Satisfaction and Retention. Insights for 90.Part 1. Nursing, 21(3), 50-55.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1991). Job Satisfaction and Retention. Insights for 90. Part 2. Nursing, 21(4), 51-55.
- Lanzotti, L. M. E. (1991). Staff participation in a strength, weakness, opportunity and threats analysis. Journal of Nursing Administration, 21(10), 67-69.
- Larson, E., Lee, P. C., Brown, M. A., Shorr, J. (1984). Job Satisfaction. Assumptions and Complexities. Journal of Nursing Administration, 14(1), 31-38.
- Lawler, E. E. (1988). Choosing an Involvement Strategy. The Academy of Management Executive, 2(3), 197-204.
- Lee, R., & Klein, A. (1982). Structure of the Job Diagnostic Survey for public sector occupations. Journal of Applied Psychology, 67(4), 515-519.
- Lee, R., McCabe, D., & Graham, W. (1983). Multivariate relationships between job characteristics and job satisfaction in the public sector: triple cross validation study. Multivariate Behavioural Research, 18(1), 47-62.
- Levi, M. (1980). Functional Redundance and Process of Professionalization: The Case of Registered Nurses in the United States. Journal of Health Politics, Policy, and Law, 5(2), 333-353.

- Lewin, K. (1959). Psychologie dynamique. Les relations humaines. Paris: PUF.
- Lewis, F. M. (1976). The Nurse as Lackey: A Sociological Perspective. Supervisor Nurse, 7(4), 24-27.
- Locke, E. A. (1976). The nature of causes of Job Satisfaction, pp. 1297-1343 in Dunette, M.D.(ed) Handbook of industrial and organizational psychology, Chicago: Rand Mc Nally.
- Loher, B. T., Noe, R. A., Moeller, N. L., & Fitzgerald, M. P. (1985). A Meta-Analysis of the Relation of Job Characteristic to Job Satisfaction. Journal of Applied Psychology, 70(2), 280-289.
- Lucas, M. D., Atwood, J. R., & Hagaman, R. (1993). Replication and validation of anticipated turnover model for urban registered nurses. Nursing Research, 42(1), 29-35.
- Lucas, M. D., McCreight, L. M., Watkins, J. G., & Long, S. E. (1988). Job Satisfaction Assessment of Public Health Nurses. Public Health Nursing, 5(4), 230-234.
- MacDonald, R., & Grogin, E. (1991). Personal accounts of satisfying and unsatisfying nursing experiences as a need assessment strategy. Journal of Continuing Education In Nursing, 22(1), 11-15.
- Mackay, R. C., Storey, R. G., Maclean, L. C., Misick, J. D., Glube, R. H., & Pereira, L. (1987). Job design: Matching jobs to staff nurses' interests. Nursing Management, 18(4), 76-78, 80.
- Malik, D. (1991). Career ladders: position enrichment vis-à-vis tenure. Nursing Management, 22(10), 120A, 120D, 120F.
- Mantel, M. (1990). Job satisfaction: impact of counseling and evaluation. Nursing Management, 21(4), 68-70, 72.

- Mark, B. A. (1992). Characteristics of Nursing practice models. Journal of Nursing Adminsitration, 22(11), 57-63.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human Motivation. Psychological Review, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and Personality. 2nd edition,. New York: Harper & Row.
- McCloskey, J. (1990). Two requirements for job contentment: Autonomy and social integration. Image: Journal of Nursing Scholarship, 22(3), 140-143.
- McDonald, B. W., & Gunderson, E. (1974). Correlates of Job Satisfaction in Naval Environments. Journal of Applied Psychology, 59(3), 371-373.
- McDonald, R. I., & Grogin, E. R. (1991). Personal Accounts of Satisfying and Unsatisfying Nursing Experiences as a Needs Assessment Strategy. The Journal of Continuing Education in Nursing, 22(1), 11-15.
- McShane, S. L. (1992). Canadian Organizational Behaviour. Boston: Irwin.
- Metcalf, C. A. (1986). Job satisfaction and organisational change in a maternity hospital. International Journal of Nursing Studies, 23(4), 285-98.
- Miller, P., & Pastorino, C. (1990). Daily nursing documentation can be quick and thorough! Nursing Management, 21(11), 47-49.
- Mottaz, C. J. (1988). Work Satisfaction among Hospital Nurses. Hospital & Health Services Administration, 33(1), 57-74.
- Mueller, C., & McCloskey, J. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. Nursing Research, 39(2), 113-117.

- Neter, J., Wasserman, W., & Whitamores, G. A. (1982). Applied statistics. 2nd edition. Illinois: Richard Irwin.
- Neumann, E. L. (1972). Job Satisfaction Among Nursing Service Personnel. Thèse de Doctorat non publiée, Utah University, Salt Lake City.
- Newman, A. (1990). Here's why nurses are quitting. Canadian Medical Association, 143(2), 127-128.
- Nuttin, J. (1985). Théorie de la motivation humaine. Paris PUF.
- Oechsle, L. H., & Landry, R. G. (1987). Contiguity between role expectation and actual work experience. Western Journal of Nursing Research, 9(4), 555-571.
- Olson, R. E. (1986). Job Enrichment: Putting motivators to work. Nursing Management, 17(6), 70.
- O'Malley, J., & Lorente, B. (1990). Back to the Future: Redesigning the Workplace. Nursing management, 21(10), 46-48.
- Opperwall, B. C., Everett, L. n., Altaffer, A. B., Dietridh, J. A., Killeen, M. B., Klien, R. M., Libcke, J. M., & Mitchell, M. A. (1991). A*D*V*A*N*C*E- A Clinical Ladder Program. Nursing Management, 22(5), 67-74.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (1987). Normes d'exercice des soins infirmiers pour infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Toronto: OIIO
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1989). Hypertension, L'urgence des choix. Montréal: OIIQ.
- Oriol, M. (1989). Perception of opportunity and job attitudes. Journal of Nursing Administration, 19(7), 30.

- Orpen, C. (1979). The effects of Job enrichment on employee satisfaction, motivation, involvement, and performance: A field experiment. Human Relations, 32(3), 189-217.
- Orpen, C. (1978). Work and nonwork satisfaction: a causal-correlational analysis. Journal of Applied Psychology, 63(4), 532-534.
- Parahoo, K. (1991). Job satisfaction of community psychiatric nurses in Northern Ireland. Journal of Advanced Nursing, 16(3), 317-324.
- Pinkington, W., & Wood, J. (1986). Job satisfaction, role conflict and role ambiguity-a study of hospital nurses. The Australian journal of Advanced Nursing, 3(3), 3-14.
- Porter, L. W., & Lawler, E. E. (1968). Managerial attitudes and performance. Illinois: Irwin and Dorsey Press.
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1986). Handbook of organizational measurement. Cambridge: Ballinger.
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1981). Professional turnover: The case of nurses. New York: Spectrum Publications.
- Reed, S. E. (1988). A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. Journal of Advance Nursing, 20(4), 265-73.
- Ritter, J., & Tonges, M. C. (1991). Work redesign in high-intensity environments: ProACT for critical Care. Journal of Nursing Administration, 21(12), 26-35.
- Robinson, N. C. (1991). A patient-centered framework for restructuring care. Journal of Nursing Administration, 21(9), 29-34.

- Robinson, S. E., Roth, S. L., & Brown, L. L. (1992). Improving morale among nurses: ideas for administrators. Journal of Nursing Administration, 22(11), 8,52.
- Rowbottam, R., & Billis, D. (1987). Organisational Design. The work levels approach. Cambridge: Gower.
- Salmore, R. (1990). Praise as a means to increase job satisfaction. Gastroenterology Nursing, 13(2), 98-100.
- Sauter, M., & Nodine, F. (1989). Using the change process to implement nursing diagnoses. Journal of Nursing Staff Development, 5(5), 211-7.
- Savall, H. (1975). Enrichir le travail humain dans les entreprises et organisations. Paris: Bordas.
- Schrieber, D. E., & Sloan, S. (1969). Occupational Analysis of Job Satisfaction in a Public Hospital. Hospital Management, 108(8), 26-32.
- Seybolt, J. W. (1980). The Impact of Work Role Design on the Career Satisfaction of Registered Nurses. Proceedings of the Academy of Management, 40, 42-46.
- Seymour, E., & Buscherhof, J. R. (1991). Sources and consequences of satisfaction and Dissatisfaction in nursing: findings form a national sample. International Journal of Nursing Studies, 28(2), 109-124.
- Shaughnessy, M. K. (1990). Motivation the staff toward job enrichment. Today's-OR-Nurse, 12(2), 19-23.
- Shea, H. (1986). A conceptual framework to study the use of Nursing care plans. International Journal of Nursing Studies, 23(2), 147-157.

- Shoemaker, H., & El-Ahraf, A. (1983). Decentralization of nursing service management and its impact on job satisfaction. Nursing Administration Quarterly, 7(2), 69-76.
- Simms, L., Erbin-Roesemann, M., Darga, A., & Coeling, H. (1990). Breaking the burnout barrier: resurrecting work excitement in nursing. Nursing Economics, 8(3), 177-187.
- Singleton, E. (1984). Role clarification. A prerequisite to Autonomy. Journal of Nursing Administration, 14(10), 17-22.
- Slocum, J., & Sims, H. (1980). A typology of Technology and Job Redesign. Human Relations, 33, 193-212.
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Holin, C. L. (1969). The measurement of Satisfaction in Work and Retirement. Chicago: Tand McNally and Co.
- Sovie, M. D. (1989). Clinical nursing practices and patient outcomes: evaluation, evolution and revolution. (Legitimizing radical change to maximize nurses' time for quality care). Nursing Economics, 7(2), 79-85.
- Stechmiller, J. K., & Yarandi, H. N. (1992). Job satisfaction among critical care nurses. American Journal of Critical Care, 1(3), 37-44.
- Steers, R. M., & Braunstein, D. N. (1976). A behaviourally based measure of manifest needs in work settings. Journal of Vocational Behaviour, 9(2), 251-266.
- Stember, M. L., Ferguson, J., Conway, K., & Yingling, M. (1978). Job Satisfaction research- An aid in decision making. Nursing Administrative Quarterly, 2, 95-105.
- Stevens, J. (1986). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum associated.

- Stone, E.F. (1976). Moderating effect of work-related values in the job scope-job satisfaction relationship, Organizational Behavior and Human Performance, 15,147-167.
- Strasen, L. (1989). Redesigning patient care to empower nurses and increase productivity. Nursing Economics, 7(1), 32-35.
- Strauss, G., Miles, R. E., Snow, C. C., & Tannenbaum, A. S. (1976). Organizational behaviour. Research and issues. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Susman, G. (1976). Autonomy at Work. New York: Praeger.
- Tappen, R.M. (1989). Nursing Leadership and management:Concepts and practice, 2nd edition. Philadelphia: F.A.Davis Compagny.
- Taylor, F. W. (1911). The principles of scientific management. New York: Harper & Row.
- Tebbitt, B. V. (1993). Demystifying organizational empowerment. Journal of Nursing Administration, 23(1), 18-23.
- Terborg, J., & Davis, G. (1982). Evaluation of a new method for assessing change in planned job redesign as applied to Hackman and Oldham's job characteristics model. Organizational Behaviour and Human Performance, 29(1), 112-128.
- Thomas, C. (1990). Power Struggles: Hospital decentralization schemes are putting greater control and responsibility in the hands of nurses. The Registered Nurse, 2(3), 8-14.
- Thomas, N. M., & Newsome, G. G. (1992). Factors affecting the use of nursing diagnosis. Nursing Outlook, 40(4), 182-186.
- Tonges, M. C., & Madden, M. J. (1993). "Running the vicious cycle backward" and other systems solutions to nursing problems. Journal of Nursing Administration, 23(1), 39-44.

- Tonges, M. C. (1989). Redesigning hospital nursing practice: the professionally advanced care team (ProACT) model, Part 1 and 2. Journal of Nursing Administration, 19(9), 19-22, 31-38.
- Townsend, M. B. (1991). Creating a better work environment. Measuring effectiveness. Journal of Nursing Administration, 21(1), 11-14.
- Tumulty, G. (1992). Head nurse role redesign. Improving satisfaction and performance. Journal of Nursing Administration, 22(2), 41-48.
- Turner, A. N., & Lawrence, P. R. (1965). Industrial jobs and the worker. Boston: Harvard University Graduate School of Business Administration.
- Twardon, C. A., & Gartner, M. B. (1991). Empowering Nurses: patient satisfaction with primary nursing in home health. Journal of Nursing Administration, 21(11), 39-43.
- Vestal, K. W. (1989). Job Design: Process and Product. Nursing Management, 20(12), 26-29.
- Vroom, V. (1964). Work and Motivation. New York: John Wiley and Sons.
- Wade, B., & Degerhammar, M. (1991). The development of a measure of Job Satisfaction for use in evaluating change in the system of Care Delivery. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 5(4), 195-201.
- Wahba, M. A., & Bridwell, L. G. (1979). Maslow Reconsidered: A Review of Research on the Need. In Steers R., & Proter L., Motivation and Work Behavior(2d). New York: McGraw-Hill Series in Management, 514-552.

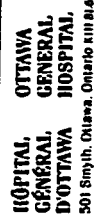
- Walters, V., & Haines, T. (1989). Workload and occupational stress in nursing. The Canadian Journal of Nursing & Health, 21(3), 169-178.
- Weber, G. (1991). Making nursing diagnosis work for you and your client. Nursing Health Care, 12(8), 424-430.
- Weber, M. (1921). Theory of Social and Economic Organizations, traduit de l'anglais par A.M. Henderson & T. Parson. Oxford: University Press.
- Wells, G. T. (1990). Influence of Organizational Structure on Nurse Manager Job Satisfaction. Nursing Administration Quaterly, 14(4), 1-8.
- Wong, C. (1993). Staff nurse satisfaction. Canadian Nurse, 89(2), 11.
- Wong, C. (Director, Research & Professional Development-Patient Services). (Novembre 1991). and Nadeau Lorraine (Quality of Work Life-Project Co-ordinator.), Staff Nurse Job Satisfaction Survey [Final Report, (unpublished)].
- Woolley, H. (1990). Nursing diagnosis:exploring the factors which may influence the reasoning process. Journal of Advanced Nursing, 15(1), 110-117.
- Wright, V. B., McGill, J., & Collins, J. (1990). Are Nurses Less Satisfied than Other Workers ? Nursing Economics, 8(5), 308-313.

Annexes

Annexe 1

**Nouveau plan de soins
du patient**

**Plan de soins du groupe
expérimental**



PLAN DE SOINS DU PATIENT PATIENT CARE PLAN

Date (j/d-m/m-à/y)		Heure-Time	
Langues-Languages ☐ Français-French ☐ Autre-Other		☐ Anglais-English Interprète-Translator:	
Admis de-Admitted from ☐ Institution ☐ Domicile-Home		Information (source) ☐ Patient ☐ Autre-Other	
Raisons de l'admission-Reason for admission			

[illegible]

1. BESOINS PHYSIOLOGIQUES-PHYSIOLOGICAL NEEDS

A. ACTIVITE ET REPOS-EXERCISE AND REST

Musculo-squelettique-Musculo-skeletal

Amplitude des mouvements-Range of motion:

☐ Normale-Full

☐ Autre-Other: _____

Démarche-Balance & gait: ☐ Stable-Steady ☐ Instable-Unsteady

Aides-Mobility aids

Prothèses-prostheses _____

Autre-Other: _____

Avec pt- With pt ☐ oui-yes ☐ non-no

Activité de vie quotidienne (aide requise)-ADL (assistance required) ☐ non-no ☐ oui-yes

Sommeil/Repos-Sleep/Rest

Problèmes-Problems: ☐ non-no ☐ oui-yes

Commentaires-Comments: _____

Diagnoses Infirmiers-Nursing Diagnoses

R= Réel Real A=Actuel Actual

P=Potentiel HR=Risque élevé High risk

R A P HR

☐ Intolérance à l'activité

☐ Activity intolerance

☐ Déficit d'auto-soins

☐ Self care deficit

☐ Altération de la mobilité physique

☐ Mobility, impaired physical

☐ Négligence d'un côté du corps

☐ Unilateral neglect

☐ Perturbation des habitudes de sommeil

☐ Sleep pattern disturbance

PC=Problèmes traités en collaboration

CP=Collaborative problems

☐ CP: _____

S soul-self A-aide assisted T-total

ACTIVITES-ACTIVITIES

☐ S ☐ A ☐ T

☐ ATT-AAT ☐ Repos-Bed rest ☐ PSB-BRP

☐ Chaise-Chair

☐ Niveau cardiaque-Cardiac level #

Exigences spéciales-Special requirements

☐ Marchette-Walker ☐ Levier-Lift

☐ Chaise roulante-Wheelchair

☐ Béquilles-Crutches

Personnel requis-Staff required ☐ X 1 ☐ X 2

Changement de position-Turn q/

Exercices-Exercises _____

Prothèses-Prosthesis/Orthèses-Splints _____

B. INTÉGRITÉ DE LA PEAU/NUTRITION/VOLUME LIQUIDIEN ET ÉLECTROLYTIQUES

Peau-Skin

Problèmes-Problems: ☐ non-no ☐ oui-yes

Turgescence-Turgor: ☐ normal ☐ diminuée-diminished

Peau Intacte-Skin Intact: ☐ oui-yes ☐ non-no

Oedème-Edema: ☐ non-no ☐ oui-yes

Échelle de Braden scale: (cote-score) _____

HYGIÈNE-HYGIENE

☐ S ☐ A ☐ T

☐ Bain-Tub ☐ Rasage-Shave

☐ Douche-Shower ☐ Shampooing-Shampoo

☐ Autre-Other _____

☐ Soins buccaux-Mouth care q/

☐ Soins périméaux-Peri care q/

☐ Soins de la peau-Skin Care q/

Nutrition

Régime spécial/suppléments-Special diet/supplements: _____

Appétit-Appetite: ☐ normal ☐ anormal-abnormal

Changements de poids-Weight changes (< 6 mois-months):

☐ non-no ☐ perte-loss ___ kgs ☐ gain ___ kgs

Difficultés en mangeant-Eating difficulties: ☐ non-no ☐ oui-yes

Muqueuses buccales-Mucous membranes: ☐ Intactes-intact ☐ autre-other: _____

Commentaires-Comments: _____

NUTRITION

☐ S ☐ A ☐ T

Dîte-Diet _____

☐ Gavage-Tube feeding _____

☐ W/G Date (insertion) _____

☐ Gastrostomie-Gastrostomy

☐ Jéjunostomie-Jejunostomy

☐ Demandes spéciales-Special requirements

IV(s) ☐ périphérique-peripheral ☐ central

☐ Déficit du volume liquidien

☐ Fluid volume deficit

☐ Excès du volume liquidien

☐ Fluid volume excess

☐ Déficit d'auto soins en alimentation

☐ Feeding self care deficit

☐ Troubles de déglutition

☐ Impaired swallowing

☐ Déficit nutritionnel

☐ Altered nutrition - less than

☐ body requirements

☐ Excès nutritionnel

☐ Altered nutrition - more than

☐ body requirements

☐ Non-observance

☐ Noncompliance

☐ Altération de la muqueuse buccale

☐ Altered oral mucous membrane

☐ CP: _____

NPO: ☐ non-no ☐ oui-yes Depuis-Since: _____

Endroit-Site _____

Condition _____

Nutrition entérale-Enteral feeding: ☐ non-no ☐ oui-yes

C ÉLIMINATION-ELIMINATION Selles-Stools Fréquence-Frequency _____ Date de la dernière selle-Date of last BM _____ ☐ normales-normal ☐ autre-other _____ ☐ incontinence Peristaltisme-Bowel sounds: ☐ présents-present ☐ diminués-decreased ☐ absents-absent Abdomen: ☐ souple-soft ☐ autre-other: _____ ☐ stomie-ostomy: _____ Urine ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal _____ ☐ cathéter-catheter: _____ ☐ stomie-ostomy: _____ ☐ protège-dessous protective undergarments: _____ Genre-Type _____ Endroit-Site _____ Drainage _____ Tubes: _____	Diagnoses Infirmiers/Nursing Diagnoses R=Real Real P=Potential IR=Incontinence R-A P-IR ☐ Incontinence des matières fécales Bowel Incontinence ☐ Constipation ☐ Diarrhée-Diarrhea ☐ Altération des modes d'élimination urinaire Altered urinary elimination ☐ Incontinence urinaire (précisez) Urinary incontinence (type) ☐ Rétention urinaire Urinary retention ☐ CP: _____	D OXYGÉNATION ET CIRCULATION-OXYGEN AND CIRCULATION Respiration ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Entrée d'air-Air entry: ☐ normale-normal throughout ☐ diminuée-decreased Murmure vésiculaire-Breath sounds ☐ normal-normal ☐ anormal-abnormal Circulation Pouls-Pulse: ☐ rég-reg ☐ irrég-irreg Commentaires-Comments: _____	E MAINTIEN DE LA PERCEPTION SENSORIELLE-SENSORY/PERCEPTUAL REGULATION Vision: ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Audition-Hearing: ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Langage-Speech: ☐ normal ☐ anormal-abnormal Niveau de conscience-Level of consciousness ☐ alerte-alert ☐ inconscient-unconscious ☐ autre-other _____ Orientation ☐ temps-time ☐ espace-place ☐ personne-person Risque de chutes-Risk for falls ☐ élevé-high ☐ bas-low Douleur-Pain ☐ aucune none ☐ aiguë acute ☐ chronique chronic Soulagement de la douleur-Pain management _____
S-souffle soft A-aidé-assisted T-total ÉLIMINATION-ELIMINATION ☐ A ☐ T ☐ Toilette-BRP ☐ Contraceptif ☐ Cathéter condom-Condom catheter ☐ Sonde à demeure-Urinary catheter Grandeur-Size _____ Genre-Type _____ ☐ Stomie-Ostomy ☐ Colonne-Flange ☐ Touché rectal-Disimpaction ☐ Protège-dessous-Protective undergarments ☐ Apport/Débit-Intake/Output _____	RESPIRATION / CIRCULATION ☐ TPR ☐ TA-BP ☐ PVC-CVP ☐ Poids-Weight ☐ DB&C ☐ Administration O₂ ☐ Succlon-Suction q/ ☐ Évaluation thoracique-Chest assessment q/ ☐ Trachéostomie-Tracheostomy ☐ Drain thoracique-Chest tube ☐ EVP-PVA q/ ☐ Neuro watch q/ SÉCURITÉ-SECURITY Côté du lit-Bed rails ☐ Continu-Continuous ☐ Nuit-Nighttime ☐ X1 ☐ X2 ☐ Autre-Other ☐ Contraintes-Restraints Grandeur-Size/Genre-Type ☐ Isolement-Isolation Soulagement de la douleur-Pain management ☐ PRN ☐ Interval régulier-Around the clock ☐ ACP-PCA ☐ Autres-Others _____	☐ Dégagement inefficace des voies respiratoires ☐ Ineffective airway clearance ☐ Diminution des échanges gazeux ☐ Impaired gas exchange ☐ Façon inefficace de respirer ☐ Ineffective breathing patterns ☐ Risque d'aspiration ☐ Potential for aspiration ☐ Diminution du débit cardiaque ☐ Decreased cardiac output ☐ Atteinte à l'intégrité de la peau ☐ Impaired skin integrity ☐ CP: _____ ☐ Altération de la perception sensorielle ☐ Sensory perceptual alterations Précisez-Specify: _____ ☐ Risque élevé d'accident: High risk for injury ☐ Altération de la communication ☐ Impaired communication ☐ Douleur-Pain ☐ Douleur chronique-Chronic pain ☐ CP: _____ ☐ Détresse spirituelle-Spiritual distress ☐ Anxiété-Anxiety ☐ Peur-Fear ☐ Sentiment de désespoir-Hopelessness	CONCEPT PSYCHOLOGIQUE-PSYCHOLOGICAL CONCEPT Spiritualité-Spirituality Religion _____ ☐ N/A Restrictions religieuses-Religious restrictions: ☐ non-no ☐ oui-yes Désire la visite de l'aumônier-Requests chaplain visit: ☐ non-no ☐ oui-yes ☐ averti-notified
ÉLIMINATION-ELIMINATION Selles-Stools Fréquence-Frequency _____ Date de la dernière selle-Date of last BM _____ ☐ normales-normal ☐ autre-other _____ ☐ incontinence Peristaltisme-Bowel sounds: ☐ présents-present ☐ diminués-decreased ☐ absents-absent Abdomen: ☐ souple-soft ☐ autre-other: _____ ☐ stomie-ostomy: _____ Urine ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal _____ ☐ cathéter-catheter: _____ ☐ stomie-ostomy: _____ ☐ protège-dessous protective undergarments: _____ Genre-Type _____ Endroit-Site _____ Drainage _____ Tubes: _____	Diagnoses Infirmiers/Nursing Diagnoses R=Real Real P=Potential IR=Incontinence R-A P-IR ☐ Incontinence des matières fécales Bowel Incontinence ☐ Constipation ☐ Diarrhée-Diarrhea ☐ Altération des modes d'élimination urinaire Altered urinary elimination ☐ Incontinence urinaire (précisez) Urinary incontinence (type) ☐ Rétention urinaire Urinary retention ☐ CP: _____	D OXYGÉNATION ET CIRCULATION-OXYGEN AND CIRCULATION Respiration ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Entrée d'air-Air entry: ☐ normale-normal throughout ☐ diminuée-decreased Murmure vésiculaire-Breath sounds ☐ normal-normal ☐ anormal-abnormal Circulation Pouls-Pulse: ☐ rég-reg ☐ irrég-irreg Commentaires-Comments: _____	E MAINTIEN DE LA PERCEPTION SENSORIELLE-SENSORY/PERCEPTUAL REGULATION Vision: ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Audition-Hearing: ☐ normale-normal ☐ anormale-abnormal Langage-Speech: ☐ normal ☐ anormal-abnormal Niveau de conscience-Level of consciousness ☐ alerte-alert ☐ inconscient-unconscious ☐ autre-other _____ Orientation ☐ temps-time ☐ espace-place ☐ personne-person Risque de chutes-Risk for falls ☐ élevé-high ☐ bas-low Douleur-Pain ☐ aucune none ☐ aiguë acute ☐ chronique chronic Soulagement de la douleur-Pain management _____



HÔPITAL, OTTAWA
GÉNÉRAL, GENERAL
D'OTTAWA HOSPITAL
501 Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8L6

PLAN DE SOINS DU PATIENT
Enseignement aux patients
PATIENT CARE PLAN
Patient Teaching Record

Annexe 2

**Listes des plans de
soins individualisables
disponibles**

STANDARD CARE PLANS

- A Activity intolerance
- Airway clearance, ineffective
- Anxiety
- Aspiration, High risk for
- B Body Image Disturbance
- Bowel Incontinence
- Breathing Patterns, Ineffective
- C Cardiac Output Decreased
- Communication, Impaired verbal
- Constipation
- Coping, Ineffective individual
- D Diarrhea
- F Family Processes, altered
- Fear
- Fluid volume deficit
- Fluid volume excess
- G Gas exchange, impaired
- Grieving, Dysfunctional
- Grieving, Functional
- H Hopelessness
- I Infection, High Risk for
- Injury, high risk for
- K Knowledge deficit
- M Mobility, Impaired physical
- N Noncompliance
- Nutrition, altered: less than body requirements
- Nutrition, altered: more than body requirements
- O Oral mucous membrane, altered
- P Pain: acute, chronic
- Powerlessness
- S Self-care deficit, bathing
- Self-care deficit, feeding
- Self-care deficit, toileting
- Sensory/perceptual alterations
- Skin integrity, impaired
- Sleep pattern disturbance
- Social Interaction, impaired
- Social Isolation
- Spiritual distress
- Swallowing, impaired
- T Thermoregulation, ineffective
- Thought processes, altered
- Tissue integrity, impaired
- Tissue perfusion, peripheral altered
- U Unilateral neglect
- Urinary elimination, altered patterns
- Urinary incontinence
- Urinary retention

NURSING CARE PLANS FOR COLLABORATIVE PROBLEMS

- A Aids
- Alcoholism
- Amputation
- Angina
- C Cardiac Catheterization
- Chemotherapy
- Chemoembolization, Patient with a
- Cast, Patient with a
- Chest Tube, the patient with a
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Congestive Heart Failure
- D Diabetes
- Diabetic Ketoacidosis
- Dying Patient
- F Foot Surgery
- Fractured Femur/General Hip Surgery
- G Geriatric Patient
- H Haemophilic and Orthopedics
- Hip Arthroplasty, total
- Hysterectomy, total abdominal
- K Knee Arthroplasty
- L Laryngectomy
- M Mammoplasty
- Mastectomy
- Multiple Fractures
- N Nephrectomy
- P Pancreatitis
- Pneumonia
- Pre/post Operative Care, General
- Pulmonary Embolism
- R Rheumatic Diseases
- S Shoulder repair surgery
- Spinal Cord Compression
- Spinal Cord Injury
- Spinal Surgery
- Anterior Approach
- Suicidal Patient

Annexe 3

**Version originale du
plan de soins infirmiers**

**Plan de soins du groupe
contrôle**



HÔPITAL
GÉNÉRAL
D'OTTAWA
501 Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8L6

OTTAWA
GÉNÉRAL
HOSPITAL

PLAN DE SOINS
INFIRMIERS
NURSING CARE PLAN

140

Admission (Date)

Diagnostic actuel-Current Diagnosis

Allergies, réactions sanguines-Blood Reactions, Allergies

HISTORIQUE-PAST HISTORY

Cas de coroner-Coroner's case ☐ oui-yes ☐ non-no

Histoire médicale pertinente, Hospitalisation antérieure - Pertinent Medical History, Previous Hospitalization

G T P A L

ÉTAT À L'ADMISSION-ADMISSION STATUS

Age	Taille-Height	Poids-Weight	Intégrité de la peau-Skin Integrity ☐ Intacte-Intact ☐ Autre-Other:
Incapacités-Disabilities			Médicaments-Medications
Préciser problèmes, besoins-Specify Problems, Special Needs, etc.			
Diète-Diet			
Sommeil-Sleep			
Élimination			Disposition ☐ Domicile-Home ☐ Coffret-Safe ☐ TCC

ASPECT PSYCHOSOCIAL-PSYCHO-SOCIAL STATUS

Langues-Languages	Dépendants-Dependents	Occupation	Religion	Tabagisme-Smoking Habits
Parent, Amis les plus proches-Next of kin, Significant Other 1-				Tél.-Tel. no. 1-
2-				2-
Comprehension de votre état actuel (patient, famille)-Understanding of present problem (patient, family)				
Situation, état à considérer-Event, Stress of concern				
Plan préliminaire au congé(Personne pour prendre soins du patient, escaliers, salle de bain,)-Discharge Planning Data (Person to care for patient.)				

AUTRE-OTHER

Objets de valeur(prothèse, lunettes, etc.-Valuables (dentures, glasses, etc.)

Disposition
☐ Domicile-Home ☐ Coffret sur unité-Safe on ward
☐ Avec patient-With patient ☐ Coffret-Safe

ORIENTATION:

- ☐ à l'environnement-to surroundings
- ☐ cloche d'appel-call bell
- ☐ politique applicable au tabagisme-smoking policy
- ☐ l'heure du congé-discharge time
- ☐ consentement général signé
general consent signed

Demande spécifique du patient-Specific Request by patient

Complété par:-Completed By: Date(j/d-m/m-a/y) Heure-Time

Médecin avisé-Physician Notified Heure-Time

Chirurgie.Procedure-Surgery.Procedures

		SÉCURITÉ - SAFETY RISQUE DE TOMBER - RISK OF FALLING ☐ élevé-high ☐ bas-low INDICATEURS DES RISQUES DES CHUTES RISK FACTOR FOR FALLS	
		CÔTES DU LIT - BED SIDES	☐ Chutes précédentes History of falls
NUTRITION		CONTRAINTES - RESTRAINTS	☐ Age ≥ 75 ☐ Vision affaiblie Visual impairment ☐ Connaissances affaiblies Cognitive impairment ☐ Mobilité affaiblie Mobility impairment ☐ Prédiposition causée par les médicaments Predisposing medications ☐ Hypotension en se levant Postural hypotension Compte ≥ 2 maintenir ou entreprendre le protocole. Score ≥ 2 maintain or initiate protocol.
DATE			
	Diete-Diet		
	Gavage-Tube feeding		
	Aide requise	ISOLEMENT (Genre de precautions)	
	Assistance required	ISOLATION (Precautions Type)	

SOINS RESPIRATOIRES-RESPIRATORY CARE

DRAINS - TUBES

DATE		GENRE-TYPE	inséré insert	Pos.	SOINS SPECIAUX-SPECIAL CARE Chang.pansement-dress.-tub.
	Administration O ₂	NG			
	Spirométrie Incentive spirometry	Thoracique Chest			
	Physio.thorac. Chest physio.				
	Trachéostomie grosseur-size type lot no Tracheostomy/ETT				
	Pression du ballonnet Cuff pressure				
	Soins (Précisez) Care (Specify)				
		Ligne centrale Central line			pansement dressing / - / -
					tubulures tubing / - / -

DATE	TRAITEMENTS-TREATMENTS	DATE	TRAITEMENTS-TREATMENTS

Demande Ordered (date)	a faire To be done	R e q	Sang-Blood	fait done	Demande Ordered (date)	a faire To be done	R e q	Sang-Blood	fait done	Demande Ordered (date)	a faire To be done	R e q	Epreuves, Diagnostiques Diagnostic tests	fait done

CONSULTATIONS MEDICALES-MEDICAL CONSULTATIONS

CONTACTS PARAMED.-HEALTH TEAM CONTACTS

MEDECIN PHYSICIAN	SERVICES	Contacte Contacted	Patient vu Patient seen		Contacte Contacted	Patient vu Patient seen
				SERVICE SOCIAL SOCIAL WORK		
				DIETETIQUE DIETARY		
				PHYSIOTHERAPIE PHYSIOTHERAPY		
				SOINS A DOMICILE HOME CARE		
				SERVICE DE PASTORAL PASTORAL SERVICES		

11

[illegible]

LISTE DES PROBLEMES-PROBLEM LIST

[illegible]

PLAN AU CONGE-DISCHARGE PLAN

[illegible]

Annexe 4

**Questionnaire Job
Diagnostic Survey
Hackman & Oldham**

Section one

This part of the questionnaire asks you to describe your job, as *objectively* as you can.

Please do *not* use this part of the questionnaire to show how much you like or dislike your job. Questions about that will come later. Instead, try to make your descriptions as accurate and as objective as you possibly can.

A sample question is given below.

A. To what extent does your job require you to work with mechanical equipment ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: the job
requires almost no
contact with mechanical
equipment of any kind.

Moderately

Very much: the job
requires almost
constant work with
mechanical equipment.

You are to circle the number which is the most accurate description of your job.

If for example, your job requires you to work with mechanical equipment a good deal of the time- but also requires some paperwork- you might circle the number six, as was done in the example above.

1. To what extent does your job require you to *work closely with other people* (either "clients", or people in related jobs in your own organization)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: dealing with other people is not at all necessary in doing the job.

Moderately: some dealing with others is necessary.

Very much: dealing with other people is an absolutely essential and crucial part of doing the job.

2. How much *autonomy* is there in your job? That is, to what extent does your job permit you to decide *on your own* how to go about doing the work?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: the job gives me almost no personal "say" about how and when the work is done.

Moderate autonomy: many things are standardized and not under my control, but I can make some decisions about the work.

Very much: the job gives me almost complete responsibility for deciding how and when the work is done.

3. To what extent does your job involve doing a "*whole*" and *identifiable piece of work*? That is, is the job a complete piece of work that has an obvious beginning and end ? Or is it a small *part* of the overall piece of work, which is finished by other people or by automatic machines?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

My job is only a tiny part of the overall piece of work; the results of my activities cannot be seen in the final product or service.

My job is a moderate-sized "chunk" of the overall piece of work; my own contribution can be seen in the final outcome.

My job involves doing the whole piece of work, from start to finish; the results of my activities are easily seen in the final product or service.

4. How much *variety* is there in your job ? That is, to what extent does the job require you to do many different things at work, using a variety of your skills and talents ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: the job requires me to do the same routine things over and over again.

Moderate variety.

Very much: the job requires me to do many different things, using a number of different skills and talents.

5. In general, how *significant or important* is your job ? That is, are the results of your work likely to significantly affect the lives or well-being of other people?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Not very significant: the outcomes of my work are *not* likely to have important effects on other people.

Moderately significant

Highly significant: the outcomes of my work can affect other people in very important ways.

6. To what extent do *managers or co-workers* let you know how well you are doing on your job ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: people almost never let me know how well I am doing.

Moderately: sometimes people may give me "feedback"; other times they may not.

Very much: managers or co-workers provide me with almost constant "feedback" about how well I am doing.

7. To what extent does *doing the job itself* provide you with information about your work performance? That is, does the actual *work itself* provide clues about how well you are doing-aside from any "feedback" co-workers or supervisors may provide?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Very little: the job itself is set up so I could work forever without finding out how well I am doing.

Moderately: sometimes doing the job provides "feedback " to me; sometimes it does not.

Very much: the job is set up so that I get almost constant "feedback" as I work about how well I am doing.

Section two

Listed below are a number of statements which could be used to describe a job.

You are to indicate whether each statement is an *accurate* or an *inaccurate* description of *your* job.

Once again, please try to be as objective as you can in deciding how accurately each statement describes your job-regardless of whether you like or dislike your job.

Write a number in the blank beside each statement, based on the following scale:

How accurate is the statement in describing your job?

1	2	3	4	5	6	7
Very	Mostly	Slightly	Uncertain	Slightly	Mostly	Very
Inaccurate	Inaccurate	Inaccurate		Accurate	Accurate	Accurate

- _____ 1. The job requires me to use a number of complex or high-level skills.
- _____ 2. The job requires a lot of cooperative work with other people.
- _____ 3. The job is arranged so that I do *not* have the chance to do an entire piece of work from beginning to end.
- _____ 4. Just doing the work required by the job provides many chances for me to figure out how well I am doing.
- _____ 5. The job is quite simple and repetitive.
- _____ 6. The job can be done adequately by a person working alone-without talking or checking with other people.
- _____ 7- The supervisors and co-workers on this job almost *never* give me any "feedback" about how well I am doing in my work.
- _____ 8. This job is one where a lot of other people can be affected by how well the works gets done.

- _____9. The job denies me any chance to use my personal initiative or judgment in carrying out the work.
- _____10. Supervisors often let me know how well they think I am performing the job.
- _____11. The job provides me the chance to completely finish the pieces of work I begin.
- _____12. The job itself provides very few clues about whether or not I am performing well.
- _____13. The job gives me considerable opportunity for independence and freedom in how I do the work.
- _____14. The job itself is *not* very significant or important in the broader scheme of things.

Section three

Now please indicate how *you personally feel about your job*.

Each of the statements below is something that a person might say about his or her job. You are to indicate your own *personal feelings* about your job by marking how much you agree with each of the statements.

How much do you agree with the statement?

1	2	3	4	5	6	7
Disagree Strongly	Disagree	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree	Agree Strongly

- _____ 1. It's hard, on this job, for me to care very much about whether or not the work gets done right.
- _____ 2. My opinion of myself goes up when I do this job well.
- _____ 3. Generally speaking, I am very satisfied with this job.
- _____ 4. Most of the things I have to do on this job seem useless or trivial.
- _____ 5. I usually know whether or not my work is satisfactory on this job.
- _____ 6. I feel a great sense of personal satisfaction when I do this job well.
- _____ 7. The work I do on this job is very meaningful to me.
- _____ 8. I feel a very high degree of *personal* responsibility for the work I do on this job.
- _____ 9. I frequently think of quitting this job.
- _____ 10. I feel bad and unhappy when I discover that I have performed poorly on this job.
- _____ 11. I often have trouble figuring out whether I'm doing well or poorly on this job.

- _____12. I feel I should personally take the credit or blame for the results of my work on this job.
- _____13. I am generally satisfied with the kind of work I do in this job.
- _____14. My own feelings generally are *not* affected much one way or the other by how well I do on this job.
- _____15. Whether or not this job gets done right is clearly *my* responsibility.

Section four.

Now please indicate how *satisfied* you are with each aspect of your job listed below. Once again, write the appropriate number in the blank beside each statement.

How satisfied are you with this aspect of your job?

1	2	3	4	5	6	7
Extremely Dissatis- fied	Dissatis- fied	Slightly Dissatis- fied	Neutral	Slightly Satisfied	Satisfied	Extremely Satisfied

- ___ 1. The amount of job security I have.
- ___ 2. The amount of pay and fringe benefits I receive.
- ___ 3. The amount of personal growth and development I get in doing my job.
- ___ 4. The people I talk to and work with on my job.
- ___ 5. The degree of respect and fair treatment I receive from my boss.
- ___ 6. The feeling of worthwhile accomplishment I get from doing my job.
- ___ 7. The chance to get to know other people while on the job.
- ___ 8. The amount of support and guidance I receive from my supervisor.
- ___ 9. The degree to which I am fairly paid for what I contribute to this organization.
- ___ 10. The amount of independent thought and action I can exercise in my job.
- ___ 11. How secure things look for me in the future in this organization.
- ___ 12. The chance to help other people while at work.
- ___ 13. The amount of challenge in my job.
- ___ 14. The overall quality of the supervision I receive in my work.

Section five

Now please think of the *other people* in your organization who hold the same job you do. If no one has exactly the same job as you, think of the job which is most similar to yours.

Please think about how accurately each of the statements describes the feelings of those people about the job.

It is quite all right if your answers here are different from when you described your own reactions to the job. Often different people feel quite differently about the same job.

Once again, write a number in the blank for each statement, based on this scale:

How much do you agree with the statement?

1	2	3	4	5	6	7
Disagree Strongly	Disagree	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree	Agree Strongly

- ___ 1. Most people on this job feel a great sense of personal satisfaction when they do the job well.
- ___ 2. Most people on this job are very satisfied with the job.
- ___ 3. Most people on this job feel that the work is useless or trivial.
- ___ 4. Most people on this job feel a great deal of personal responsibility for the work they do.
- ___ 5. Most people on this job have a pretty good idea of how well they are performing their work.
- ___ 6. Most people on this job find the work very meaningful.
- ___ 7. Most people on this job feel that whether or not the job gets done right is clearly their own responsibility.
- ___ 8. People on this job often think of quitting.
- ___ 9. Most people on this job feel bad or unhappy when they find that they have performed the work poorly.
- ___ 10. Most people on this job have trouble figuring out whether they are doing a good or a bad job.

Section 6

Listed below are a number of characteristics which could be present on any job. People differ about how much they would like to have each one present in their own jobs. We are interested in learning *how much you personally would like* to have each one present in your job.

Using the scale below, please indicate the *degree* to which you *would like* to have each characteristic present in your job.

Note: The numbers on this scale are different from those used in previous scales.

4	5	6	7	8	9	10
Would like having this only a moderate amount (or less)			Would like having this very much			Would like having this <i>extremely</i> much.

- ___ 1. High respect and fair treatment from my supervisor.
- ___ 2. Stimulating and challenging work.
- ___ 3. Chances to exercise independent thought and action in my job.
- ___ 4. Great job security.
- ___ 5. Very friendly co-workers.
- ___ 6. Opportunities to learn new things from my work.
- ___ 7. High salary and good fringe benefits.
- ___ 8. Opportunities to be creative and imaginative in my work.
- ___ 9. Quick promotions.
- ___ 10. Opportunities for personal growth and development in my job.
- ___ 11. A sense of worthwhile accomplishment in my work.

Section seven

People differ in the kinds of jobs they would most like to hold. The questions in this section give you a chance to say just what it is about a job that is most important to *you*.

For each question, two different kinds of jobs are briefly described. You are to indicate which of the jobs you personally would prefer- if you had to make a choice between them.

In answering each question, assume that everything else about the jobs is the same. Pay attention only to the characteristics actually listed.

Two examples are given below

JOB A

A job requiring work with mechanical equipment most of the day.

JOB B

A job requiring work with other people most of the day.

1 -----	2 -----	(3) -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

If you like working with people and working with equipment equally well, you would circle the number 3, as has been done in the example.

* * * * *

Here is another example. This one asks for a harder choice-between two jobs which both have some undesirable features.

JOB A

A job requiring you to expose yourself to considerable physical danger.

JOB B

A job located 200 miles from your home and family.

1 -----	(2) -----	3 -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

If you would slightly prefer risking physical danger to working far from home, you would circle number 2, as has been done in the

example.

JOB A

1-A job where the pay is very good.

JOB B

A job where there is considerable opportunity to be creative and innovative.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

JOB A

2-A job where you are often required to make important decisions.

JOB B

A job with many pleasant people to work with.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

JOB A

3-A job in which greater responsibility is given to those who do the best work.

JOB B

A job in which greater responsibility is given to loyal employees who have the most seniority.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

JOB A

4-A job in an organization which is in financial trouble- and might have to close down within the year.

JOB B

A job in which you are not allowed to have any say whatever in how your work is scheduled, or in the procedures to be used in carrying it out.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly prefer A	Slightly prefer A	Neutral	Slightly prefer B	Strongly prefer B

JOB A

5-A very routine job.

JOB B

A job where your co-workers
are not very friendly.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

6-A job with a supervisor who is
often very critical of you and
your work in front of other
people.

JOB B

A job which prevents you from
using a number of skills that
you worked hard to develop.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

7-A job with a supervisor that
respects you and treats you
fairly.

JOB B

A job which provides constant
opportunities for you to learn
new and interesting things.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

8-A job where there is a real
chance you could be laid off.

JOB B

A job with very little chance to
do challenging work.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

9-A job in which there is a real chance for you to develop new skills and advance in the organization.

JOB B

A job which provide lots of vacation time and an excellent fringe benefit package

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

10-A job with little freedom and independence to do your work in the way you think best.

JOB B

A job where the working conditions are poor.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

11-A job with very satisfying team-work.

JOB B

A job which allows you to use your skills and abilities to the fullest extent.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

JOB A

12-A job which offers little or no challenge.

JOB B

A job which requires you to be completely isolated from co-workers.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5
Strongly	Slightly	Neutral	Slightly	Strongly
prefer A	prefer A		prefer B	prefer B

Section eight

Biographical background

1. Sex Male _____ Female _____
2. Age Under 20 _____ 40 - 49 _____
- 20 - 29 _____ 50 - 59 _____
- 30 - 39 _____ 60 or over _____
3. In what year did you completed your basic nursing program?
- 19_____
4. How many years have you been working on this unit?
- Less than 1 _____ 11 - 15 _____
- 1 - 5 _____ Over 16 _____
- 6 - 10 _____
5. Do you have your nursing ...
- Degree ☐ Diploma ☐
6. Mother tongue:
- English ☐ French ☐ Other ☐

Annexe 5

**Extrait des résultats
d'évaluation des normes de
pratique pour les unités
contrôle et expérimentale pour
la période de novembre 89 à
août 93**

**Extrait des résultats d'évaluation des normes de pratique
pour les unités contrôle et expérimentale
pour la période de novembre 89 à août 93**

Vous trouverez dans cette annexe les différents pourcentages obtenus lors de l'évaluation de la qualité des soins. Les différents critères proviennent des normes de la pratique infirmières spécifiques pour chaque unité de soins.

Il est à noter que ces tableaux nous permettent de mettre en évidence les faiblesses des 4 unités étudiées en ce qui concerne l'atteinte des normes sur l'utilisation des plans de soins. Nous avons ressorti les critères entourant l'évaluation initiale, la formulation et la rédaction des plans de soins, incluant les besoins d'enseignement et la préparation au congé du patient (lorsque ces données sont disponibles).

Pour les deux unités expérimentales (6 Est et 4 Est), vous remarquerez la ligne de démarcation (double barre verticale) qui indique l'introduction du nouveau plan de soins, considéré comme le traitement introduit dans cette recherche. En examinant les deux unités expérimentales, il est possible de noter une adhésion croissante aux critères mesurant la qualité des plans de soins, suite à l'implantation du nouveau plan de soins. Les deux unités contrôles présentent des résultats variants qu'on pourrait qualifier "en dents de scie".

Ces données proviennent du département d'éducation et d'évaluation des soins infirmiers de l'hôpital général d'Ottawa et font parties du programme d'évaluation de la qualité des soins du département nursing. Ces résultats ne font pas partie de la méthodologie de cette recherche mais aident à l'identification des problèmes d'utilisation des plans de soins. Les données qui n'ont pas été mesurées sont représentées par le signe (-).

Pourcentages obtenus lors des évaluations des normes de pratique.
Unité contrôle
7 Ouest

Norme évaluée	Dates des évaluations							
	Août 89	Mars 90	Decem- bre 90	Octobre 91	Mars 92	Sept- 92	Mars 93	Sept- 93
1a- Patient condition is assessed on admission and data relevant to hospital care is ascertained.	65%	74%	89.5%	95.8%	86.9%	79.8%	88.9%	100%
2-The written plan of care is formulated	68%	79%	80%	88.5%	91.2%	93.1%	76.6%	89.7%
16- The patient's educational needs are attended	-	-	100%	100%	93.8%	66.7%	41.7%	100%

Pourcentages obtenus lors des évaluations des normes de pratique.
Unité expérimentale
6 Est

Norme évaluée	Dates des évaluations							
	Novem- bre 89	Mai 90	Novem- bre 90	Sept- 91	Mars 92	Août 92	Mars 93	Août 93
1a- Patient condition is assessed on admission and data relevant to hospital care is ascertained.	97.5%	100 %	82.5 %	93.8%	95.2 %	94.2%	95.6%	97.4%
2a A plan for activity is formulated.	88.9%	100 %	90.9 %	98.1%	100%	100%	90%	100%
10a- A plan for additional medical/nursing treatments is formulated.	100%	100 %	83.3 %	72%	100 %	100%	100%	100%
12a- The patient's educational needs are assessed and a plan of care formulated.	100%	83.3 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%
13a- The patient's discharge needs have been assessed and a plan of care formulated.	90%	100 %	71.4%	100%	100 %	100%	100%	100%

Pourcentages obtenus lors des évaluations des normes de pratique.
Unité expérimentale
4 Est

Norme évaluée	Dates des évaluations							
	Novem- bre 89	Mars 90	Novem- bre 90	Sept- 91	Mars 92	Sept- 92	Mars 93	Sept- 93
1 Patient condition is assessed on admission and data relevant to hospital care is ascertained.	-	100%	96%	94.7%	87%	87.8%	95.7%	97.6%
2 An individualized nursing care plan is formulated as appropriate.	-	-	-	-	-	-	68.8%	72.2%
3 The written care plan is formulated.	75%	91%	75%	82.6%	91.3%	74.4%	97.9%	100%
9 Educational needs of the patient/family are attended.formulated.	-	83.3 %	89%	100%	87%	72%	82.9%	95.6%

Pourcentages obtenus lors des évaluations des normes de pratique.
Unité contrôle
7 Est

Norme évaluée	Dates des évaluations							
	Novem- bre 89	Mars 90	Octobre 90	Octobre 91	Mars 92	Octobre 92	Février 93	Sept- 93
1a- Patient condition is assessed on admission and data relevant to hospital care is ascertained.	96%	96%	93.5%	88.7 %	89%	89.2%	91.8%	86.9%
2-The written plan of care is formulated	91%	98%	89%	91.4 %	75.7%	84.5%	85.7%	96.3%
16- The patient's educational needs are attended	100%	100%	77.8%	100%	75%	76.5%	75%	83.3%

Annexe 6

**Politique sur la
documentation du
nouveau plan de soins
du patient**



Titre-Title PATIENT CARE PLAN - DRAFT		NO. #
En vigueur le-Effective on: JUNE 15, 1992	Dernière révision-Last revision MAY 25, 1992	
Catégorie-Category NURSING P&P MANUAL		Source NSG PROCESS DOCUMENTATION CMTEE
Instructions spéciales-Special Instructions USE WITH PATIENT CARE PLAN		Approuvé par-Approved by

Purpose

1. To record the information of a patient's present and past health status on admission to hospital.
2. To identify actual or high-risk nursing diagnoses based on the assessment data.
3. To help direct care based on the nursing diagnoses.
4. To plan for discharge.

Criteria

1. A Patient Care Plan will be initiated within 24 hrs on all patients admitted to the Ottawa General Hospital with the following exceptions:
 - . Combined Care
 - . L & D
 - . NICU
 - . OSU patients
 - . Psychiatry
2. Information may be collected and recorded by RNs, GNs and RNAs. The form will be dated and signed by the interviewer.
3. Student nurses may collect and record assessment data, but the form must be co-signed by an R.N.
4. The nursing diagnoses will be made by the RNs and GNs, dated and signed. When an R.N.A. has completed the assessment, the R.N. will review the data, select the appropriate diagnoses and co-sign.

Procedure

1. Plaqué the form in the upper right hand space provided.
2. The data base section and the Nursing Diagnosis are to be completed in ink. The cardex sections may be completed in pencil and updated as necessary.
3. Documentation may be in French or English.

4. Writing must be legible.
5. An error is to have one line drawn through it, initialled by the nurse and marked "error".
6. The Patient Care Plan is to be filed in the patient's health record at the beginning of the Nurses Notes section when the patient is discharged. Otherwise, it is to be kept in the nurserver with the medication profile.

Page 1. Basic demographic data is documented:

- . date, time and reason for admission:
- . language spoken and requirement of translator.
- . allergy status including reactions:
- . blood transfusions and any reactions:
- . contact persons, names and telephone numbers:
- . pertinent medical history which includes previous surgeries and admissions to hospital outside the country:
- . medications being taken and the time of the last dose if known:
- . listing and disposition of patient's valuables:
- . patient's orientation to the unit and discharge time:
- . admission height and weight:
- . record the existence of a Living Will and where the patient has kept it:

Pages 2,3, and part of 4 are divided into three sections:

- 1) The left side is the assessment tool.

Complete the left side using check marks or filling in the available spaces to document the information from the patient. The 'comments' sections may be used to clarify or add information deemed relevant.

- 2) The middle section contains the nursing diagnoses most commonly associated with the area being assessed. If an actual or high risk nursing diagnosis is identified check the applicable box.

NOTE: There is space available to indicate collaborative problem(s) should they exist. A collaborative problem is an actual or potential health problem that focuses on the pathophysiologic response of the body (to trauma, disease, diagnostic studies or treatment modalities) that nurses are responsible and accountable to identify and treat in collaboration with the physician.

Prioritize the Nursing Diagnoses and choose only those affecting the patient on an immediate basis. (Ask yourself, what is really wrong with this patient? What can we realistically address during the expected length of hospitalization?)

- 3) The right hand side is the cardex section.

This section is to be completed in pencil and reviewed and updated regularly as needed and a shift.

NOTE: The degree of assistance required is to be documented at the beginning of each applicable section. eg. in ACTIVITIES use an S for self care. A for assistance of some sort required. T for total care by the nurse.

The Patient Care Plan has been further sectioned into specific areas. To complete is pretty well self explanatory. In most instances you are given a choice of NORMAL or ABNORMAL. If a finding is considered abnormal, indicate this and then specify in the space provided. The sections are as follows:

1. PHYSIOLOGICAL NEEDS

- A. EXERCISE AND REST
- B. SKIN CARE / NUTRITION

Skin: Inspect the patient's skin. Indicate with a check mark if NO problems exist and complete the Braden Scale. If there are problems, list them in the space provided and complete the remaining sections.

Nutrition: Indicate any special diet described by the patient. List the site and condition of IVs actually in situ on admission. Indicate if the patient is on enteral feeding at the time of admission.

- C. ELIMINATION

Tubes: List the types, site and drainage of tubes in situ other than those already accounted for in the spaces above.

- D. OXYGEN AND CIRCULATION
- E. SENSORY / PERCEPTUAL REGULATION

Fall risk factors: Fall risk factors must be assessed on all patients. If more than two factors are identified, the patient is to be considered as having a HIGH RISK of falling. Indicate High or Low. (For risk factor see incident report form.)

2. PSYCHOLOGICAL CONCEPT

This section deals with spirituality and coping abilities. List any major concerns of the patient and/or family.

Once you have completed the ASSESSMENT section. Sign and date the record in the space provided. THIS IS YOUR ADMISSION NOTE.

Complete the Nursing Diagnosis section.

Once a nursing diagnosis has been identified on the initial assessment, pull a Standard Care Plan from the unit supply, ensure it is plaqued and available for all the nursing staff to use.

Once the diagnoses have been identified, sign and date the record in the space provided.

3. DISCHARGE PLANNING

Complete this section before the patient leaves the hospital to ensure all follow-up and tests etc have been looked after. Completion of this section along with your signature and the date constitutes your DISCHARGE NOTE.

NURSING ALERTS:

Information may be added to the Patient Care Plan in ink at any time: it must be initialled and dated.

For diagnoses identified after the initial assessment, the nurse will choose the appropriate diagnosis, tick it off in ink, initial and date it right on the Patient Care Plan, then pull the appropriate Standard Care Plan/ individual diagnoses for use by the nursing staff. The Standard Car Plan/ individual diagnosis should correspond with the date.

A new diagnosis may be added by putting a check mark in the appropriate box with the date and your initials beside it.

When a diagnosis is resolved, highlight with a yellow highliner. If that problem needs to be reactivated, date and initial beside the problem previously highlighted.

Recovering, if necessary, is the responsibility of the nurse looking after the patient at the time.

For long-term care patients, a complete new nursing assessment is to be done every six months.

Annexe 7

**Exemples de plan de
soins individualisables**

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-06-92

TITLE: FRACTURED FEMUR/GENERAL HIP SURGERY

NUMBER: F.3

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Knowledge deficit R/T: • Unfamiliar environment/ procedures.	1. The patient will: • Verbalize knowledge of post-op care/routines. • Verbalize decreasing anxiety regarding hospitalization. • Verbalize and demonstrate proper positioning.	1.1 Assess patient's understanding of procedures, expected outcomes and post-op care. 1.2 Instruct patient on respiratory and leg exercises. Have patient perform a return demonstration, if applicable. 1.3 Instruct patient/family on post-op routines. Repeat instructions p.r.n. 1.4 Instruct patient/family on self-care at home. Review signs and symptoms to report to physician. 1.5	
2. Acute pain R/T: • Trauma. • Surgical interventions.	2. The patient will: • Verbalize satisfactory pain relief 1 hour following analgesic administration. • Perform recommended exercises. • Mobilize with minimal discomfort.	2.1 Assess comfort level p.r.n. and 1 hour following analgesic administration. Discuss pain relief expectations. 2.2 Administer analgesics p.r.n. and prior to exercises or ambulation. 2.3 Assess/assist with pain coping mechanisms (relaxation and distraction, etc...) 2.4 Reposition patient Q2-3 hours as needed. Maintain affected leg in neutral, non-stressed position. 2.5	
3. Impaired mobility R/T: • Pain. • Fear.	3. The patient will: • Progressively and safely ambulate as permitted. • Perform recommended exercises. • Participate in self-care activities, as able. • Discusses adapting to altered mobility and activity intolerance.	3.1 Assess patient's functional mobility and risk for falls. 3.2 Instruct patient how to safely get out of bed/ohair and ambulate with mobility aid. Assist as required. 3.3 Encourage patient to perform recommended exercises and R.O.M. and to progressively increase ambulation. Ensure consult to O.T. or Physio, if required. 3.4 Ensure patient safety when ambulating (non-skid footwear, uncluttered room). 3.5	

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 15-06-98

TITRE: FRACTURE DU FÉMUR/CHIRURGIE GÉNÉRALE DE LA HANCHE

NUMÉRO:

7.3

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	RÉVISION/ACTIVITÉ
1. Manque de connaissances relié à: • Environnement non-familier/procédure.	1. Le patient devra: • Démontrer ses connaissances des soins post-opératoires/des routines. • Indiquer que son anxiété décroît en regard de l'hospitalisation. • Faire part de sa connaissance concernant le positionnement approprié et en faire la démonstration.	1.1 Évaluer la compréhension du patient en regard des procédures, des résultats prévus et des soins post-opératoires. 1.2 Donner les instructions nécessaires au patient concernant les exercices respiratoires et des jambes. Demander au patient d'effectuer une démonstration après avoir reçu les instructions, si c'est nécessaire. 1.3 Enseigner au patient/la famille des routines post-opératoires nécessaires. Reprendre les instructions PMN. 1.4 Enseigner au patient/à la famille les auto-soins à domicile. 1.5 Réviser les signes et les symptômes à communiquer au médecin.	
2. Douleur aiguë reliée à: • Traumatisme • Intervention chirurgicale	2. Le patient devra: • Exprimer un soulagement satisfaisant de la douleur 1 heure après l'administration d'un analgésique. • Effectuer les exercices recommandés. • Se mobiliser avec un niveau d'inconfort.	2.1 Évaluer le niveau de confort PMN et 1 heure après l'administration d'un analgésique. Documenter des résultats prévus concernant le soulagement de la douleur. 2.2 Administrer les analgésiques PMN avant les exercices ou la marche. 2.3 Évaluer les mécanismes d'adaptation à la douleur (relaxation et distraction, etc.) et assister le patient en ce sens. 2.4 Repositionner le patient q. 2 à 3 heures au besoin. Maintenir la jambe en position neutre. 2.5	173

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
4. CP Fat embolus 5. CP Confusion R/T: • Unfamiliar environment. • Effects of analgesics/anesthetics. • Pain.	4. The patient will be monitored for signs and symptoms of fat embolus. 5. The patient will: • Regain orientation to person, place and time, if possible. • Demonstrate decreased restlessness and agitation.	4.1 Assess mental status for changes in behaviour. 4.2 Observe for shortness of breath. 4.3 Administer O₂ as required if patient is short of breath. 5.1 Assess for possible causes of confusion and treat accordingly. 5.2 Allow adequate time for communication - speak slowly using clear simple language. 5.3 Reorient patient to person, place, time, as necessary. 5.4 Encourage family/friends to spend time with patient. 5.5 Explain what you are going to do prior to doing it. 5.6 Encourage diversional activities as appropriate. 5.7	

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	N°00018/457178
3. Altération de la mobilité reliée à : • Douleur • Peur	3. Le patient devra : • Marcher progressivement et de façon sécuritaire selon ce qu'on lui permet de faire. • Faire les exercices recommandés. • Participer aux activités d'auto-soins selon ses capacités. • Discuter des moyens de la mobilité et de l'intolérance à l'activité.	3.1 Évaluer la mobilité fonctionnelle du patient et les risques de chute. 3.2 Donner les instructions au patient sur la manière de sortir du lit ou de se lever d'une chaise de façon sécuritaire et de marcher avec les appareils d'aide à la mobilité. Donner l'aide au besoin. 3.3 Encourager le patient à effectuer les exercices recommandés et les exercices d'ADM et de marche de façon progressive. 3.4 Assurer de consulter l'ergo et la physio, si nécessaire. 3.5 Assurer la sécurité du patient quand il marche (chausures antidérapantes, éviter l'encombrement de la chambre). 3.6	
4. PG Embolie graisseuse	4. On surveillera le patient pour détecter les signes et les symptômes d'embolie graisseuse.	4.1 Évaluer l'état mental en ce qui regarde les changements de comportement. 4.2 Surveiller l'essoufflement. 4.3 Administrer l'O ₂ si nécessaire quand le patient est essoufflé.	
5. PG Confusion reliée à : • Environnement non familier • Effets des analgésiques/anesthésiques. • Douleur	5. Le patient devra : • Se réorienter aux personnes, aux endroits et au temps si possible. • Démontrer une baisse de nervosité et d'agitation.	5.1 Évaluer les causes possibles de confusion et donner le traitement nécessaire. 5.2 Accorder le temps nécessaire pour la communication/parler lentement en utilisant une langue simple et claire. 5.3 Réorienter le patient aux personnes, aux endroits et au temps. 5.4 Encourager la famille/les amis à consacrer du temps au patient. 5.5 Expliquer ce que vous allez faire avant de le faire. 5.6 Encourager les activités de divertissement au besoin. 5.7	

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-06-92

TITLE: INFECTION, HIGH RISK FOR

1.2

NUMBER:

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Infection, High Risk for. R/T: - Chronic disease - Immunosuppression - Immunodeficiency - Blood dyscrasia - Periodontal disease - Obesity - Medications - Surgery - Radiation therapy - Presence of invasive lines - Tracheostomy - Prolonged immobility - Trauma - Postpartum period - Increase length of hospital stay - Malnutrition - Stress	1. The patient will - Be free from nosocomial infectious processes during hospitalization. - Demonstrate knowledge of risk factors associated with potential for infection and will practice appropriate precautions to prevent infection. - Demonstrate meticulous handwashing technique.	1.1 Identify individuals at high risk for nosocomial infections. 1.2 Reduce the entry of organisms into individuals a) Meticulous hand-washing. b) Aseptic technique for all invasive procedure. c) Isolation measures dependent on causative organism. d) Change opened containers on a regular basis. e) Avoid damage to skin surface. f) Follow procedures for care of sites, i.e. Foley, I.V. g) Keep urinary drainage device below bladder. 1.3 Protect the immune-deficient individual from infection. a) Instruct visitors to wash their hands before approaching patient. b) Screen all visitors for known infections or exposure to infections. c) Teach patient and family signs and symptoms of infection. 1.4 Reduce patient's susceptibility to infection. a) Encourage and maintain caloric and protein intake in diet. b) Assess the patient for adequate immunizations against childhood diseases, and bacterial infections. c) Observe for superinfection in patients receiving antimicrobial therapy.	176

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 16-06-92

TITRE: RISQUE D'INFECTION

NUMÉRO: 1.2

DIAGNOSTICS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS PRÉVUS	INTERVENTIONS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSOLU/ACTIF
1. Risque d'infection relié à: - maladie chronique - immunosuppression - immunodéficience - dyscrasie sanguine - maladie périodontique - obésité - médicaments - opération - radiothérapie - présence de tubulures - trachéostomie - immobilité prolongée - traumatisme - post-partum - hospitalisation prolongée - malnutrition - stress	1. Le patient devra: - ne pas contracter d'infection nosocomiale pendant son hospitalisation - démontrer sa connaissance des facteurs de risque associés aux possibilités d'infection et prendre les précautions nécessaires pour prévenir l'infection - démontrer une technique méticuleuse du lavage des mains	1.1 Identifier les personnes à haut risque d'infection nosocomiale. 1.2 Réduire l'entrée des organismes dans le corps a. lavage méticuleux des mains b. technique aseptique pour toutes les interventions pénétrantes c. mesures d'isolement selon l'organisme en cause d. changer les contenants ouverts sur une base régulière e. éviter d'endommager la surface de la peau f. suivre les procédures pour les soins du site d'insertion (Poley, IV) g. garder l'appareil de drainage urinaire au-dessous du niveau de la vessie 1.3 Protéger de l'infection la personne immunodéficiente a. dire à tous les visiteurs de se laver les mains avant de s'approcher du patient b. dépister les patients infectés ou exposés à une infection c. enseigner au patient et à la famille les signes/symptômes de l'infection	

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
		1.6 Initiate health teaching and referrals as indicated. a) Instruct patient and family regarding causes, risks and communicability of infection. b) Report communicable diseases as appropriate to Infection Control Department.	

DIAGNOSTICS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS PRÉVUS	INTERVENTIONS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTS/ACTIFS
		1.4 Réduire la susceptibilité du patient à l'infection a. encourager et maintenir une bonne ingestion de calories et protéines dans l'alimentation b. déterminer si le patient est bien immunisé contre les maladies infantiles et infections bactériennes c. observer la surinfection chez les patients recevant une antibiothérapie 1.6 Faire l'enseignement nécessaire et référer le patient si indiqué a. expliquer au patient et à la famille les causes, les risques et la communicabilité de l'infection b. déclarer les maladies transmissibles, le cas échéant, au service de prévention des infections	

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-06-92

TITLE: FLUID VOLUME EXCESS

NUMBER:

P.2

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Fluid volume excess. R/T: - Fluid retention with Pathophysiological factors - Renal failure - Medications - Diet - Imobility	1. The patient will: - Relate causative factors and methods of preventing edema. - Exhibit normal/acceptable - Body weight - Electrolytes - Hemodynamic status - Exhibit decreased peripheral edema	1. Administer antihypertensives diuretics, cardiotonics as ordered. 2. Monitor weight, electrolytes, fluid balance and hemodynamic status. 3. Initiate dietary counselling. 4. Restrict fluid and sodium intake as ordered. 5. Assess dietary habits. 6. Elevate edematous limbs) 7. Protect edematous skin from injury. 8. Meds as required.	180

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 15-06-92

TITRE: EXCÈS DE VOLUME LIQUIDIEN

NUMÉRO: P.2

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULO/ACTIFS
1. Excès de volume liquidien, relié à: - Rétention des liquides accompagnés de facteurs physiopathologiques - Insuffisance rénale - Médicaments - Régime alimentaire - Immobilité	1. Le patient devra: - Pouvoir relier les facteurs en cause avec les méthodes pour prévenir l'œdème. - Montrer que: - son poids - ses électrolytes - son état hémodynamique sont dans les limites normales et acceptables - Montrer que son œdème périphérique diminue.	1. Administrer des diurétiques anti-hypertensifs cardiotoniques tels que prescrits. 2. Surveiller le poids, les électrolytes, l'équilibre hydrique et l'état hémodynamique. 3. Demander une consultation en diététique. 4. Rester à l'ingestion de liquides, de sodium selon prescription. 5. Évaluer les habitudes alimentaires. 6. Élever le membre oedématisé. 7. Protéger la peau oedémateuse des blessures. 8. Médicaments tel que requis.	181

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-06-92

TITLE: **ALTERED NUTRITION - Less than body requirements** NUMBER: **0.1**

EXISTING DIAGNOSES	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	EVALUATION/NOTES
1. Altered nutrition; less than body requirements. R/T: • Burns • Infection • Cancer • Trauma • Chemical dependence • Faulty metabolism • Dysphagia • Absorptive disorders • Surgery • Stomatitis • Neurovascular disorders • Prolonged • Radiation • Anorexia • Stress • Nausea/vomiting • Diet • Altered sense of taste	1. The patient will: • Increase oral intake as evidenced by increased/maintain weight or caloric count. • Describe causative factors when known. • Describe rationale and procedure for treatments.	1.1 Assess causative factors. 1.2 Initiate a dietary consult. 1.3 Explain the importance of consuming adequate amounts of nutrients. 1.4 Plan care so that unpleasant or painful procedures do not take place before meals. 1.5 Provide a pleasant and relaxed atmosphere for eating. 1.6 Encourage rest before meals. 1.7 Maintain good oral hygiene before and after ingestion of food. 1.8 Provide diet according to what patient can manage. 1.9 Provide supplementary foods as needed/ desired. 1.10	

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 15-06-92

TITRE: DÉFICIT NUTRITIONNEL

NUMÉRO: N.2

DIAGNOSTICS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS PRÉVUS	INTERVENTIONS DES SOINS INFIRMIERS	RÉSOLU/ACTIVÉ
1. Déficit nutritionnel, N/A: - Brûlures - Infection - Cancer - Traumatisme - Dépendance aux produits chimiques - Métabolisme défectueux - Dysphagie - Troubles d'absorption - Chirurgie - Stomatite - Troubles neurovasculaires - Néoplasme bronchique - Radiation - Anorexie - Stress - Nausée/vomissements - Régime alimentaire - Altération du goût	1. Le patient devra: - Augmenter son apport alimentaire en manifestant une augmentation/maintien du poids ou le décompte calorique. - Décrire les facteurs responsables, s'ils sont connus. - Décrire les raisons et la procédure des traitements.	1.1 Évaluer les facteurs responsables. 1.2 Demander une consultation en diététique. 1.3 Expliquer l'importance de consommer des quantités adéquates d'aliments. 1.4 Planifier les soins de façon à ce qu'il n'y ait pas de procédures désagréables ou douloureuses avant les repas. 1.5 Procurer une atmosphère plaisante et relaxante pour le repas. 1.6 Encourager le repas avant les repas. 1.7 Garder une bonne hygiène orale avant et après la consommation d'aliments. 1.8 Donner un régime alimentaire qui s'accorde bien avec les goûts et les besoins du patient. 1.9 Donner des aliments supplémentaires au besoin/selon les désirs. 1.10	183

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-06-92

TITLE: ANXIETY

NUMBER: A.4

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Anxiety R/T's: • Threat to self concept. • Threat to health status. • Loss of significant others. • Change in environment. • Pain. • Knowledge deficit.	1. The patient will: demonstrate decreased level of anxiety as evidenced by: • Decreased tension. • Less apprehension. • Decreased insomnia. • Decreased restlessness. • Ability to relax. • Ability to discuss anxiety and own behavior. Demonstrates effective coping skills as evidenced by: • Ability to problem solve. • Demonstration of relaxation techniques.	1.1 Monitor level of anxiety. 1.2 Provide reassurance and comfort. 1.3 Maintain calm, safe environment, decrease sensory stimulation. 1.4 Encourage patient to discuss feelings about anxiety. 1.5 Provide information/teaching as required to patient/family. 1.6 Explore coping mechanisms with patient, help patient to identify those coping mechanisms that were successful in decreasing anxiety. 1.7 Review problem-solving process. 1.8 Teach relaxation techniques. 1.9	

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 15-06-92

TITRE: ANXIÉTÉ

NUMÉRO: 4.4

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	ÉVALUATION/ACTIVITÉ
1. Anxiété reliée à: - Changement ou risque de changement dans l'état de la santé. - Attitude au concept de soi. - Perte de personnes significatives. - Changement dans l'environnement. - Douleur. - Manque de connaissance.	1. Le patient devra: démontrer une diminution du niveau d'anxiété qu'on pourra reconnaître par: - Une diminution de la tension. - Moins d'appréhension. - Une diminution de l'insomnie. - Une diminution de l'agitation. - L'habileté à la relaxation. - L'habileté à discuter de l'anxiété et de son propre comportement. Démontrer une bonne adaptation aux situations qu'on pourra reconnaître par: - L'habileté à résoudre les problèmes. - La démonstration de techniques de relaxation.	1.1 Surveiller le niveau d'anxiété. 1.2 Réassurer et réconforter. 1.3 Garder l'environnement calme et sécuritaire, décroître la stimulation sensorielle. 1.4 Encourager le patient à discuter de ses sentiments concernant l'anxiété. 1.5 Fournir l'information/l'enseignement, si elles sont requises, au patient/famille. 1.6 Aider le patient à discerner ses sentiments et à faire face à ses problèmes 1.7 Faire une révision du processus de solution des problèmes des problèmes. 1.8 Enseigner les techniques de relaxation. 1.9	

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15/6/92

TITLE: AMPUTATION (LOWER LIMBS)

NUMBER: A.7

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Pain, R/T: - Surgical Trauma - Phantom limb pain - Ischemic areas	1. The patient will: - Verbalize pain relief one hour following analgesic administration. - Obtain maximum relief from analgesic. - Mobilize with minimal discomfort.	1.1 Administer analgesic prior to mobilization or exercises. 1.2 Assess patient comfort q. 4 h and 1 hour following analgesic administration. 1.3 Assess pain coping mechanisms and discuss pain relief expectation. 1.4 Report persistent and unrelieved pain. 1.5 Use positioning measures to increase patient comfort. 1.6 Discuss management of phantom limb pain. 1.7 Ensure maximal benefits of PCA if applicable. 1.8	
2. Impaired mobility, R/T: - Pain - Balance adjustment difficulties (change in balance) - Loss of limb	2. The patient will: - Ambulate safely and progressively within the limitations of the amputation. - Participate in self care activities as able. - Perform recommended exercises. - Learn to use wheelchair/walkers/crutches.	2.1 Consult physio re: exercises and ambulation with walker/crutches/wheelchair. 2.2 Encourage selfcare activities and recommended exercises. 2.3 Reposition patient q. 2-3 h. 2.4 Consult with rehab. 2.5 Assess patient's functional mobility and risk for falls. 2.6 Instruct and assist patient on safe transfers from bed to wheelchair and wheelchair to bed. 2.7 Discuss importance of lying prone once a day (20-30 minutes) to prevent hip flexion contracture. 2.8	

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
3. Knowledge deficit, R/T: - Lack of previous experience and unfamiliar environment - Condition 4. Body image disturbance, R/T: - Perceived negative effects of amputation and response of others to appearance.	3. The patient will: - Discuss pre and post op routines. - Verbalize anxiety and fears regarding procedures and hospitalization. - Demonstrate ability to care for residual limb. - Relate signs and symptoms to report to physician. - Demonstrate ability to function independently. 4. The patient will communicate feelings about his or her changed appearance, - Verbalize feelings of self-worth. - Maintain relationships with significant others. - Actively participate in self-care activities. - Verbalize plans for adapting lifestyle.	3.1 Instruct patient on pre and post-op routine, respiratory/leg exercises. 3.2 Discuss vasoconstrictive effects of smoking if applicable. 3.3 Assess patient's knowledge and anxiety regarding the surgery. 3.4 Instruct patient regarding wound care (soap and water) once incision is healed. 3.5 Advise patient of signs/symptoms to be reported to the doctor. 3.6 4.1 Provide opportunities for patient and family to ventilate feelings, discuss the lifestyle impact. 4.2 Encourage patient to express positive self attributes. 4.3 Assess family and patient response focusing on their perception of short and long term effects of disability. 4.4 Facilitate contact with others who have successfully adapted to a similar loss, i.e. Amputee Visitor Program and Social Services. 4.5 Contact Occupational Therapy/Recreologist and Social Service. 4.6 Encourage patient's participation in self-care. 4.7	

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: 15-05-93

TITLE: THE PATIENT WITH A CAST

NUMBER:

G.7

NURSING DIAGNOSES	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	EVALUATED/DATE
1. PAIR: S/T: • Presence of cast. • Inflammation. • Physiological injury.	1. The patient will: • ACHIEVE OPTIMAL LEVEL OF COMFORT AS EVIDENCED BY: a) Verbal satisfaction of comfort post administration of analgesics. b) Alternate periods of activity and rest. c) Uninterrupted sleep at night for _____ hours.	1.1 Use positioning measures to increase comfort (i.e. sling, pillows, elevating limb, repositioning, bed cradle). 1.2 Support the cast. 1.3 Offer medication PRN, around the clock. 1.4 Observe for unrelieved pain/T temperature. 1.5 Apply ice as needed to cast. 1.6	
2. High risk for impaired skin integrity: S/T: • Pressure of cast on skin. • Decreased mobility.	2. The patient will: • Maintain intact skin. • Discuss the importance of frequent position change.	2.1 Assess cast for rough or broken edges & pad as necessary. 2.2 Alcohol may be rubbed on intact skin under cast edges to keep it dry. 2.3 Instruct patient not to stick anything inside cast. 2.4 Reposition patient - B.O.M. exercises. 2.5 Use trousse bar, sheepskin, air mattress as needed. 2.6 Monitor for complaints of pain/burning/pressure under cast. 2.7 For long-leg cast - keep patient's heel off the bed. 2.8	
3. Knowledge deficit cast care: S/T: • Lack of previous experience.	3. The patient will: • Demonstrate ability to apply arm sling. • State the purpose of the sling. • Discuss general care principles of cast. • Walk with crutches/walker correctly. • States signs and symptoms to report to physician.	3.1 Give patient "cast care" teaching booklet. 3.2 Review cast care and reportable signs & symptoms with patient. 3.3 Teach application of sling. 3.4 Teach crutch/walker-walking and ensure properly fitted and available for discharge. 3.5 Review safety concerns for moving slowly, having uncluttered environment. 3.6	

HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA
PLAN DE SOINS STANDARD

DATE: 15-05-93

TITRE: LE PATIENT QUI PORTE UN PLÂTRE

NUMÉRO: 0.7

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	ÉVALUATION
1. Douleur. R/A: - Présence d'un plâtre. - Inflammation. - Bloqueur physiologique.	1. Le patient devra: - ATTEINDRE UN NIVEAU OPTIMAL DE CONFORT DONT L'ÉVIDENCE SERA FOURNIE PAR: - L'expression verbale de sa satisfaction de confort constatée après l'administration d'analgésiques. - Faire des activités alternées de périodes de repos. - Pouvoir dormir de façon ininterrompue la nuit pour _____ heures.	1.1 Utiliser des moyens de positionnement pour augmenter le confort (p.e. écharpe, oreillers, repositionnement, arcen). 1.2 Supporter le plâtre sur un oreiller. 1.3	189
2. Risque élevé de détérioration de la peau. R/A: - Pression du plâtre sur la peau. - Diminution de la mobilité.	2. Le patient devra: - Avoir une peau intacte. - Déclarer de l'importance des changements de position fréquents.	2.1 Inspecter le plâtre pour des rebords rugueux et conseiller au besoin. 2.2 On peut frotter la peau avec de l'alcool sous les rebords du plâtre pour la garder sèche et intacte. 2.3 Instruire le patient de ne rien introduire à l'intérieur du plâtre. 2.4 Repositionner le patient - exercices d'amplitude de mouvement. 2.5 Utiliser une barre transversale, une peau de mouton, un matelas pneumatique au besoin. 2.6	
3. Manque de connaissances concernant le soin d'un plâtre. R/A: Manque d'expérience antérieure.	3. Le patient devra: - Démontrer son habileté à immobiliser le bras avec une écharpe. - Exposer le but de l'écharpe. - Déclarer des principes généraux relatifs aux soins d'un plâtre. - Marcher correctement avec des béquilles ou une marchette. - Déclarer les signes et symptômes qu'il doit rapporter au médecin.	3.1 Donner au patient le feuillet d'enseignement "soins du plâtre". 3.2 Réviser avec le patient les soins requis pour un plâtre et les signes et symptômes qu'on doit rapporter. 3.3 Enseigner comment mettre une écharpe. 3.4 Enseigner comment marcher avec des béquilles et s'assurer que les béquilles sont disponibles lors du congé. 3.5 Réviser les données concernant la sécurité ex: la hauteur du mouvement, un environnement qui n'est pas encombré. 3.6	

PENDING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	PENDING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
4. Potential complication: - Compartment syndrome.	4. The patient will: - Maintain adequate blood flow to casted limb as evidenced by: a) Warm, pink digits on casted limb. b) Statements of normal sensations in casted limb. c) Ability to flex and extend digits of casted limb.	4.1 Assess casted limb for 5 P's - Pain, paraesthesia, paralysis, pallor, pulselessness. 4.2 Report peristent pain, swelling & impaired neurovascular status of casted limb. 4.3 Elevate casted limb above level of heart. 4.4 Apply ice to cast as needed. 4.5	190

DIAGNOSTIC DES SOINS INFIRMIERS	RÉSULTATS ATTENDUS	INTERVENTION DES SOINS INFIRMIERS	ÉVALUATION/ACTIVITÉ
4. Complications possibles: - Syndrome de "compartiment".	4. Le patient devra: - Conserver une circulation sanguine adéquate dans le plâtre et qu'on pourra reconnaître par: a) Les doigts chauds et roses pour le membre affecté. b) L'affirmation que les sensations sont normales dans le membre affecté. c) Mobilité de flexion et d'extension des doigts du membre affecté.	4.1 Évaluer le membre affecté pour les SP: - Plainte de douleur, paralysie, paralysie, pâleur, pouls disparu. 4.2 Rapporter toute douleur persistante, enflure ou une déformation osseuse du membre affecté. 4.3 Élever le membre affecté au-dessus du niveau du cœur. 4.4 Appliquer de la glace sur le plâtre au besoin. 4.5	191

Annexe 8

**Mandats des comités sur
l'élaboration des plans de
soins individualisables**

TERMS OF REFERENCE

STANDARD CARE PLAN COMMITTEE

PURPOSE:

To present a forum in which staff representatives from the nursing units will revise and develop standard care plans (SCP) (including review of translated SCPs) most common to the unit, identifying nursing diagnoses and collaborative problems. The standard care plans will use the accepted format drafted by the Nursing Process Documentation Committee (NPDC).

FUNCTION:

- . review SCPs for the unit;
- . to start with, select the five most common care plans
- . develop these care plans using the accepted format;
- . use a maximum of five nursing diagnoses and three collaborative problems per care plan, not exceeding two pages.

MEMBERSHIP:

- . Nursing Unit Manager
- . three staff nurses and alternates
- . NPDC representative
- . project leader (chair and recorder)
- . nurse specialist as required

MEETINGS:

- . every two weeks
- . maximum duration (30-45 min.)
- . preset dates and locations
- . preset agendas

MINUTES:

- . will be kept by the project leader and submitted to the NPDC
- . will be circulated to the Nursing Unit Manager who posts one copy on the unit
- . to the Chair of the NPDC

Annexe 9

**Mandats du comité
directeur de la
documentation de la
démarche de soins**

PLANNING COMMITTEE: INTRODUCTION OF NURSING DIAGNOSIS/NURSING CARE PLANS

TERMS OF REFERENCE

I PURPOSE:

- A. To plan for the introduction of Nursing Diagnosis and Nursing Diagnosis-driven Care Plans at the Ottawa General Hospital.

II PROCESS:

- 1) To bring in a consultant to:
 - a) provide education to Nurse Managers, Clinicians, Nurse Specialists;
 - b) to review the current process being utilized in the Hospital;
 - c) to recommend the necessary steps of an appropriate action plan;
 - d) to advise the committee regarding a realistic critical path.
- 2) To present the critical path to the Nursing Administration Committee for approval.
- 3) To revise assessment tools/others as necessary.
- 4) To plan the educational and evaluative tools in order to trial the Nursing Diagnosis and Nursing Diagnosis-driven Nursing Care Plans on selected nursing units.
- 5) To evaluate the pilot project.
- 6) To recommend to the Nursing Administration Committee whether we should implement Nursing Diagnosis and Nursing Diagnosis-driven Care Plans hospital-wide.
- 7) To develop an action plan for the above.

Following the introduction of Nursing Diagnosis and Nursing Diagnosis-driven Care Plans to recommend mechanisms for the ongoing maintenance function and revised Terms of Reference for this working committee.

III MEMBERSHIP:

Each nursing program will be represented by one manager and one nurse clinician. Additional members may be considered as required.

IV THE CHAIR: A Nursing Director.

V MINUTES:

Minutes will be taken for regular meetings.

VI SCHEDULE OF MEETINGS:

Meetings will be scheduled to take place every 2 weeks and/or as necessary.

Annexe 10

**Lettre d'introduction au
questionnaire en
période pré-test**

Ottawa, May 1992

Dear Co-workers,

This questionnaire was developed as part of my thesis in Master in Health Administration at the University of Ottawa. I want to study what duties nurses do and how nurses react to them. The questionnaire helps to determine how jobs can be better designed, by obtaining information about how people react to different types of jobs.

On the following pages, you will find several types of questions about your job. Specific instructions are provided at the start of each section with examples included for clarification. Please read them carefully. It should take no more than 25 minutes to complete the entire questionnaire. Please move through it quickly; your first response is generally the most desirable.

The questions are designed to obtain your perceptions of your job and your reactions to it.

There are no trick questions. Your individual answers will be kept completely confidential. Please answer each item as honestly and frankly as possible.

I would greatly appreciate return of the questionnaire at your earliest convenience but no later than June 15 th 1992.

Thank you for your cooperation

A handwritten signature in cursive script that reads "Martine M. Leclerc".

Martine M. Leclerc, R.N., BSc.
Charge Nurse NICU

Annexe 11

**Horaire des sessions de
formation pour le
groupe expérimental**

SCHEDULE FOR TEACHING SESSIONS

4 EAST/ 6 EAST

MANDATORY**SESSION A--(20 minutes)**

DATE	TIME	LOCATION	INSTRUCTOR
May 25	1600-1630	4135	Susan Draper
	1630-1700	4135	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
May 26	1400-1430	4135	Susan Draper
	1430-1500	4135	
	1600-1630	6136	
	1630-1700	6136	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
May 27	1400-1430	6136	Donna Hill
	1430-1500	6136	
	1600-1630	4135	
	1630-1700	4135	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
May 28	1400-1430	4135	Pat Franko
	1430-1500	4135	
	1600-1630	6136	
	1630-1700	6136	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
May 29	1400-1430	6136	Pat Franko
	1430-1500	6136	
	1600-1630	4135	
	1630-1700	4135	
June 2	0030-0100	4135	Donna Hill
	0100-0130	4135	

TEACHING SESSIONS

6 EAST/ 4 EAST

MANDATORY**SESSION B (30 minutes)**

DATE	TIME	LOCATION	INSTRUCTOR
June 1	1400-1430	6136	Susan Draper
	1430-1500	6136	
	1600-1630	4135	
	1630-1700	4135	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
June 2	1400-1430	4135	Susan Draper
	1430-1500	4135	
	1600-1630	6136	
	1630-1700	6136	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
June 3	1400-1430	6136	Barry Hollywood
	1430-1500	6136	
	1600-1630	4135	
	1630-1700	4135	Donna Hill
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
June 4	1400-1430	4135	Donna Hill
	1430-1500	4135	
	1600-1630	6136	
	1630-1700	6136	
	2000-2030	4135	
	2030-2100	4135	
June 5	1400-1430	6136	Pat Franko
	1430-1500	6136	
	1600-1630	4135	
	1630-1700	4135	
June 9	0030-0100	4135	Donna Hill
	0100-0130	4135	

Annexe 12

**Plan de la formation
pour le groupe
expérimental**

EDUCATION SESSION**TRIAL UNIT NURSES****PART A**

1. Advantages of diagnosis based practice.
2. What is nursing diagnosis.
3. What are collaborative problems.
4. Types of nursing diagnoses - actual, high risk, possible.
5. Use of the standard care plan.

PART B

1. Review the Patient Care Plan
 - page 1 - demographic data and explanation of data required i.e. living will, street drugs
 - pages 2-4
 - assessment data - acquired by
 - interviewing
 - chart review
 - physical assessment
 - nursing diagnosis
 - reflexion of data gathered
 - categorized as above
 - introduce the standard care plan - spend time on at least one which was produced by the unit.
 - introduce the 15 or more individual nursing diagnoses and explain how they supplement the standard care plan or may be used on the teaching page.
 - nursing care plan
 - fill in in pencil and revise as necessary
 - review what is expected in each category of need.
- Discuss the plan as a replacement for the admission note and the discharge note.
2. Discuss other documentation:
 - a) Flow sheet - its current use as a legal document reflecting the care given.
 - b) Nurses notes -- what should be included. Charting by exception.
 - c) Forms to be kept together as current practice in the nurse-server.

Annexe 13

**Guidelines for
instructors of session A**

GUIDELINES FOR INSTRUCTORS OF SESSION A

INTRODUCTION

People in all walks of life use problem-solving processes. The steps of any problem-solving process include:

- * assessment
- * diagnosis
- * planning
- * implementation
- * evaluation

We nurses use a problem-solving process, and call it the nursing process. The nursing process is generally accepted as the foundation of our practice and provides us with a logical, systematic approach to solving problems.

WHAT ARE SOME OF THE ADVANTAGES OF NURSING DIAGNOSIS?
(GO TO OVERHEAD 1).

OVERHEAD 2 - DIAGNOSES BASED PRACTICE

OVERHEAD 3 - DEFINITION OF NURSING DIAGNOSIS

OVERHEAD 4 - DIFFERENTIATING NURSING DIAGNOSES FROM OTHER CLIENT PROBLEMS

OVERHEAD 5 - COMPARISON OF MEDICAL AND NURSING DIAGNOSIS

OVERHEAD 6 - MEDICAL VERSUS NURSING DIAGNOSIS

OVERHEAD 7 - COLLABORATIVE PROBLEMS

OVERHEAD 8 - THREE TYPES OF NURSING DIAGNOSIS

OVERHEAD 9 - SCP - CONGESTIVE HEART FAILURE

THE PATIENT WITH A CAST

HIGH RISK FOR INJURY

SESSION A -- NURSING DIAGNOSIS

WHAT ARE THE ADVANTAGES OF NURSING DIAGNOSIS?

It focuses attention on the patient's human response to the illness, to his life experience, and to his coping patterns and **EMPHASIZES THE PATIENT AS A PERSON** rather than a disease entity.

Demonstrates a potential for delineating nursing **ACCOUNTABILITY** and developing a unique body of nursing knowledge.

Provides a common vocabulary that facilitates **COMMUNICATION** among nurses in different practice settings.

Provides a vehicle to design forms to **IMPROVE DOCUMENTATION** and reduce duplication.

Eliminates **NURSING BY DISCOVERY**.

DIAGNOSIS-BASED NURSING PRACTICE

Ideally what we are seeking is a diagnosis-based nursing practice. Emmy Miller(1989) illustrates the advantage in this type of practice by presenting two definitions of nursing practice.

"Nursing is the diagnosis and treatment of human response to actual or potential health problems." (A.N.A. 1980)

In this type of practice the nurse is both professional and accountable.

Compare the preceeding definition to the following one:

"The nurse's place in the division of labour is essentially that of doing in a responsible way whatever necessary things are in danger of not being done at all." (Huges, 1958)

In diagnosis-based nursing practice, clinical thinking shifts from tasks to those human responses that nurses can diagnose and treat.

N U R S I N G D I A G N O S I S

An actual or potential health problem that focuses upon the HUMAN
RESPONSE of an individual or group, and that nurses are responsible
and accountable for identifying and treating INDEPENDENTLY.

Differentiating Nursing Diagnoses From Other Client Problems

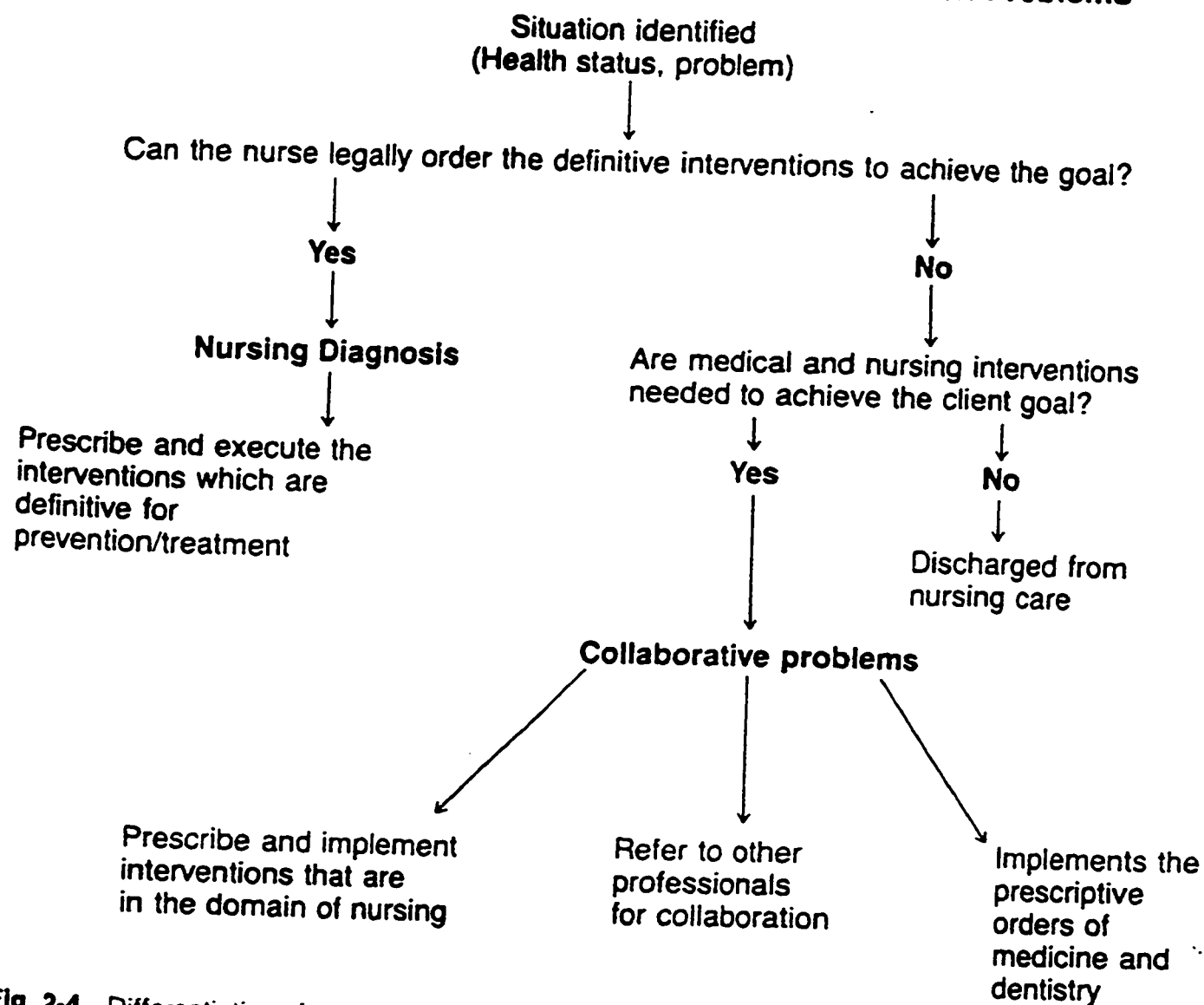


Fig. 2-4 Differentiation of nursing diagnoses from collaborative problems. (© 1988, 1985, Lynda Juall Carpenito)

COMPARISON OF MEDICAL AND NURSING DIAGNOSIS

MEDICAL

- Diabetes Mellitus
- Cancer
- CVA - Stroke

NURSING

- anxiety
- knowledge deficit
- alteration in oral
mucus membranes
- denial
- grieving, anticipatory
- potential for injury
- self-care deficit

MEDICAL VERSUS NURSING DIAGNOSIS

MEDICAL

- identifies a specific illness
- clinical manifestation suggests a medical need
- implies associated medical intervention

NURSING

- identifies an actual or potential response to illness
- response suggests a nursing need
- implies associated nursing intervention

C O L L A B O R A T I V E P R O B L E M

An actual or potential health problem (complication) that focuses upon the PATHOPHYSIOLOGIC RESPONSE of the body (to trauma, disease, diagnostic studies or treatment modalities) and that nurses are responsible and accountable to identify and treat in COLLABORATION WITH THE PHYSICIAN.

TYPES OF NURSING DIAGNOSES

Actual	- the problem is present
High risk for	- the problem may occur
Possible	- the problem may be present

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DRAFT

DATE:

TITLE: CONGESTIVE HEART FAILURE

NUMBER:

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Fluid volume excess R/T: - Fluid retention - Decreased cardiac output	1. The patient will: - Exhibit body weight within normal range. - Verbalize less dyspnea and increased comfort. - Exhibit evidence of diuresis. - Exhibit electrolytes WNL. - Relate causative factors. - Exhibit decreased peripheral edema.	1. Weigh patient. 2. Monitor intake & output. 3. Monitor V.S. with apical and radial pulses. 4. Monitor edema. 5. Monitor electrolytes. 6. Initiate dietary consult. 7. Instruct patient re: - medications - diet (low sodium) 8. Position for comfort, usually high/semi Fowlers. 9. Monitor skin of edematous limbs. 10.	
2. Activity intolerance R/T: - Weakness & fatigue secondary to decreased strength of cardiac contractions. - Insufficient O ₂ for ADL's.	2. The patient will: - Identify factors that reduce tolerance. - Exhibit a decrease in dyspnea with an increase in activity. - Progress through cardiac activity levels. - Perform ADL's.	2. 1. Monitor V.S. 2. Teach progression through cardiac levels. 3. Elevate H.O.B. for comfort. 4. Teach energy conservation methods. - frequent rest periods - sit whenever possible - stop activity if dyspnea reoccurs 5. Discharge planning - discuss possible adaptations necessary for home.	

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
Anxiety/Fear RT: - Dyspnea. - Threat of death. - Role change. - Lack of knowledge.	3. The patient will: - Experience reduced anxiety levels. - Discuss plans for role adaptation. - Read and understand teaching information. - Demonstrate coping skills by • ↑ independence • ↑ functional activity	6. 3. 1. Provide information on disease process, relaxation and coping techniques. 2. Reassurance. 3. ↑ HOB 4. Monitor coping strategies. 5.	
High risk for impaired gas exchange R/T: - Tissue hypoxia secondary to fluid accumulation in lungs.	4. The Patient will: - Exhibit absence of lung crackles - Exhibit adequate gas exchange as evidenced by ABG's WNL.	4. 1. Auscultate air entry. 2. Monitor intake & output. 3. High/semi Fowlers position. 4. Reposition as needed. 5. Monitor for changes in orientation and restlessness. 6.	
Collaborative Problem P.C. - Pulmonary edema.	5. Patient will remain asymptomatic.	5. 1. Monitor for signs of anxiety, restlessness, frothy blood tinged sputum, ↑ dyspnea, air hunger. 2. High Fowlers position. 3. Monitor intake & output. 4.	

Potential Complication

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DATE: TITLE: THE PATIENT WITH A CAST NUMBER:

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. PAIN: R/T: - Presence of cast. - Inflammation. - Physiological injury.	1. The Patient will: - ACHIEVE OPTIMAL LEVEL OF COMFORT AS EVIDENCED BY: a) Verbal satisfaction of comfort post administration of analgesics. b) Alternate periods of activity and rest. c) Uninterrupted sleep at night for _____ hours.	1. 1. Use positioning measures to increase comfort (i.e. sling, pillows, elevating limb, repositioning, bed cradle). 2. Support the cast. 3. Offer medication PRN, around the clock. 4. Observe for unrelieved pain/temperature. 5. Apply ice as needed to cast. 6.	
2. High risk for impaired skin integrity: R/T: - Pressure of cast on skin. - Decreased mobility.	2. The patient will: - Maintain intact skin. - Discuss the importance of frequent position change.	2. 1. Assess cast for rough or broken edges & pad as necessary. 2. Alcohol may be rubbed on intact skin under cast edges to keep it dry. 3. Instruct patient not to stick anything inside cast. 4. Reposition patient - R.O.M. exercises. 5. Use trapeze bar, sheepskin, air mattress as needed. 6. Monitor for complaints of pain/burning/pressure under cast. 7. For long-leg cast - keep patient's heel off the bed. 8.	215

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
3. Knowledge deficit cast care: R/T: - Lack of previous experience.	3. The patient will: - Demonstrate ability to apply arm sling. - State the purpose of the sling. - Discuss general care principles of cast. - Walk with crutches/walker correctly. - States signs and symptoms to report to physician.	3. 1. Give patient "cast care" teaching booklet. 2. Review cast care and reportable signs & symptoms with patient. 3. Teach application of sling. 4. Teach crutch/walker-walking and ensure properly fitted and available for discharge. 5. Review safety concerns ie: moving slowly, having uncluttered environment. 6.	
4. Potential complication: - Compartment syndrome.	4. The patient will: - Maintain adequate blood flow to casted limb as evidenced by: a) Warm, pink digits on casted limb. b) Statements of normal sensations in casted limb. c) Ability to flex and extend digits of casted limb.	4. 1. Assess casted limb for 5 p's - Pain, paresthesia, paralysis, pallor, pulselessness. 2. Report persistent pain, swelling & impaired neurovascular status of casted limb. 3. Elevate casted limb above level of heart. 4. Apply ice to cast as needed. 5.	

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DRAFT

DAYS:

TITLE: HIGH RISK FOR INJURY

NUMBER:

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Injury, high risk for R/T: - Altered mobility - Altered Psychological state - ↓ LOC - Medications - ↓ Vision - > 75 years of age - History of falls	1. The patient will: - Remain free of bodily injury - Identify factors that contribute to injury - Know and use safety measures	1. Assess for risk of falling. 2. Bed in lowest position. 3. Bed and w/c in locked position. 4. Facilitate use of mobility aid/avoid clutter in room. 5. Assist with ambulation. 6. Teach re: - disease process - effects of medications - safety measures 7. Ensure proper footwear/clothing. 8. Initiate consult to Physio/OT. 9.	217

OTTAWA GENERAL HOSPITAL
STANDARD CARE PLAN

DRAFT

DATE:

TITLE: COMMUNICATION: IMPAIRED VERBAL

NUMBER:

NURSING DIAGNOSIS	EXPECTED OUTCOMES	NURSING INTERVENTIONS	RESOLVED/ACTIVE
1. Communication: impaired verbal, R/T: - decreased circulation to brain - physical barriers - psychological barriers	1. The patient will: - Have needs communicated to family or staff - Be able to express needs - Demonstrate improved ability to express self and maintain effective level of communication with family/staff. - Or significant other will express satisfaction with level of communication ability.	1. Assess ability of patient to comprehend, speak, read or write. 2. Observe patient closely for cues to needs and desires, eg.: gestures, pointing to objects, looking at items, pantomime. Assess need for writing materials, picture board. 3. Use short simple phrases and formulate questions that require yes/no answers to avoid patient frustration. 4. Encourage attempts at communication, provide positive reinforcement, allow time to select or write words or pictures. 5. Maintain a specific care plan, write method of communication used and record directions for specific measures to reduce communication problems eg. "allow male patient to keep urinal in bed." 6. Initiate consult to speech therapy. 7. Initiate health teaching and referrals as indicated eg. "speech therapy, social services, community agencies or other support groups."	218

Annexe 14

**Lettre d'introduction au
questionnaire en
période post-test**

Ottawa, November 1992

Dear Co-workers:

Once again, I need your assistance with a second questionnaire to complete the post-test of my theses for the Master in Health Administration at the University of Ottawa. I need as many completed questionnaires as possible to ensure the validity of my thesis.

On the following pages, you will find several types of questions about your job. Specific instructions are provided at the start of each section with examples included for clarification. Please read them carefully. It should take no more than 25 minutes to complete the entire questionnaire. Please move through it quickly; your first response is generally the most desirable.

The questions are designed to obtain your perceptions of your job and your reactions to it.

There are no trick questions. Your individual answers will be kept completely confidential. Please answer each item as honestly and frankly as possible.

I would greatly appreciate return of the questionnaire at your earliest convenience but no later than November 27th, 1992. A gift will be given to you to thank you for your efforts once the questionnaire has been returned. In order to receive the gift, please return the questionnaire to your Charge Nurse or myself.

Thank you for your cooperation



Martine M. Leclerc, R.N. BSc.
Charge Nurse NICU
Phone # 737-8636
595-0156
Room 5121

Annexe 15

**Moyennes et écart-types des
différentes échelle du JDS avec
comparaison de la moyenne national
américaine des professionnels et
techniciens**

Moyennes et écart types des différentes échelles du JDS pour le pré-test et le post-test du groupe expérimental et contrôle, avec comparaison de la moyenne nationale américaine des professionnels et techniciens.

Variables du modèle	Groupe expérimental				Groupe Contrôle				Moyenne nationale américaine	
	Pré-test n=46		Post-test n=48		Pré-test n=37		Post-test n=36			
	Moyen- ne	Ecart- type	Moyen- ne	Ecart- type	Moyen- ne	Ecart- type	Moyen- ne	Ecart- type		
Variété des aptitudes	5.5	.9	5.4	1.0	6.1	.6	5.8	.9	5.4	1.0
Définition distincte de la tâche	4.0	.8	4.0	1.0	4.2	1.0	3.7	.7	5.1	1.2
Importance de la tâche	6.2	.8	6.0	1.1	6.4	.6	6.0	.8	5.6	.95
Autonomie	4.6	1.0	4.9	1.0	5.1	1.2	4.8	1.2	5.4	1.0
Feedback du travail	4.6	.8	4.6	.8	4.7	.8	4.3	.9	5.1	1.1
Feedback des pairs	3.6	1.0	3.9	1.2	3.8	1.1	3.4	1.1	4.2	1.4
Interactions avec les autres	5.8	1.6	6.0	1.4	5.0	1.8	5.4	1.7	5.8	.96
Perception de la signification du travail	5.4	.9	5.5	.9	5.4	.8	5.1	.7	5.4	.87
Perception de la responsabilité des résultats	5.5	.8	5.5	.8	5.6	.5	5.5	.5	5.8	.72
Connaissance résultats	4.9	.9	5.1	.8	5.1	1.0	4.6	1.0	5.0	.99
Motivation intrinsèque	5.6	.7	5.7	.7	6.0	.5	5.5	.6	5.8	.65
Satisfaction générale	4.5	1.0	4.6	1.1	4.0	1.2	4.2	1.3	4.9	.99
Satisfaction de croissance	4.7	1.1	4.8	1.1	5.1	1.0	4.9	.8	5.1	1.1
MPS	112.2	40.0	120.4	43.9	134.5	47.5	110.4	43.9	154.0	55.0

Annexe 16

Résultats des effets marginaux

Analyse des résultats marginaux

À titre exploratoire, les résultats des effets marginaux ($.10 > p > .05$) ont été étudiés (Stevens, 1986).

1- Dimensions principales de la tâche

1.1- Effet de l'interaction groupe*periode

On se rappelle que l'analyse multivariée de l'interaction groupe*periode sur les variables de la dimension principales de la tâche n'avait pas d'effet significatif ($p=.536$).

Par contre, l'effet de l'interaction groupe*periode est significatif au niveau univarié pour certaines des variables dépendantes. Notamment, on retrouve la variable *définition distincte de la tâche* ($F(1,163) = 3.3, p = .071$) à un seuil de signification préétabli de .10, comme le reflète le tableau 1.

Tableau 1
Interaction des périodes
selon les groupes
Définition distincte de la tâche
(moyennes et écarts-types)

Groupe	Contrôle	Expérimental
	④ n=37	③ n=46
Pré-test	4.24 ± 1.05	4.05 ± .85
	② n=36	① n=48
Post-test	3.70 ± .75	4.04 ± 1.04

$F(1, 163) = 3.3, p = .071$

On note en effet que tandis que le score du groupe contrôle augmente de la période pré à la période post, le score du groupe expérimental ne varie pas.

De même, comme le montre le tableau 2, l'interaction groupe*periode est significative pour la variable dépendante *feedback des pairs* ($F(1,163)=3.56$, $p = .061$).

Tableau 2
Interaction des périodes
selon les groupes
Feedback des pairs
(moyennes et écarts-types)

Groupe	Contrôle	Expérimental
Pré-test	④ n=37 3.69 ± 1.10	③ n=46 3.78 ± 1.10
Post-test	② n=36 3.45 ± 1.06	① n=48 3.91 ± 1.18

$F(1, 163) = 3.56$, $p = .061$

1.2- Effet principal de la période

Comme rapporté précédemment, l'analyse MANOVA de l'effet principal de la période nous montre un effet marginalement significatif (Pillai (1,7)=1.97, $p=.062$) au seuil préétabli de .10.

Les variables qui sont possiblement influencées par la période (en plus de tenir compte de la dimension principale de la tâche $p=.017$), sont les dimensions *variété des aptitudes et définition distincte de la tâche*.

L'analyse univariée de la variable *variété des aptitudes* nous montre un effet significatif ($F(1,163) = 2.67, p = .10$) à un seuil de signification de .10. La tendance des groupes, en phase pré-test montre une moyenne du score de variété des aptitudes plus élevée qu'en phase post-test.

Tableau 3
Effet principal de la période
Variété des aptitudes
(moyennes et écarts-types)

Pré-test n=84	Post-test n=84
5.81 ± .87	5.59 ± .98

$F(1, 163) = 2.67, p = .10$

La deuxième dimension qui montre un effet significatif marginal de la période ($F(1,163) = 3.62, p = .059$) est celle de la *définition distincte de la tâche*.

Tableau 4
Effet principal de la période
Définition distincte de la tâche
(moyennes et écarts-types)

Pré-test n=84	Post-test n=84
4.13 ± .94	3.89 ± .93

$F(1, 163) = 3.62, p = .059$

Plus spécifiquement, on note en regardant les analyses postérieures, on remarque que le score de la variable *définition distincte de la tâche* est significativement inférieur dans le groupe post-test ② que dans le groupe pré-test ④ pour le groupe contrôle ($F(1,163) = 6.14, p = .014$)

2- Etats psychologiques critiques

2.1- Effet de l'interaction groupe*période.

Tel que mentionné, l'analyse multivariée étudiant l'effet de l'interaction groupe*période a montré un effet marginalement significatif ($p=.059$).

L'ANOVA étudiant l'interaction groupe*période montre un effet marginalement significatif ($F(1,164) = 2.91$, $p = .09$) à un seuil de probabilité de .10 sur la variable *perception significative de la tâche*.

Tableau 5
Interaction des périodes
selon les groupes
Perception significative de la tâche
(moyennes et écarts-types)

Groupe	Contrôle	Expérimental
Pré-test	④ n=37 5.45 ± .75	③ n=47 5.38 ± .86
Post-test	② n=36 5.14 ± .75	① n=48 5.51 ± .91

$$F(1, 164) = 2.91, p = .09$$

L'interaction marginalement significative tient du fait que l'on observe une tendance différente dans les groupes selon les périodes. En effet, tandis que le score diminue de la période pré à la période post pour le groupe contrôle, celui du groupe expérimental augmente.

En examinant les comparaisons groupes selon les périodes, on remarque que le groupe expérimental ① a un score de perception significative de la tâche significativement supérieur à celui du groupe contrôle ② ($F(1,164) = 4.22$, $p=.042$) pour la période post-test.

Annexe 17

**Nombre de répondants et pourcentage
des caractéristiques démographiques
et de carrière, groupes selon les
périodes et selon les groupes**

Caractéristiques démographiques et de carrière

Groupe contrôle et expérimental

Le tableau suivant présente les différentes caractéristiques démographiques et de carrière des répondants pour les groupes contrôle et expérimental.

Données démographiques et de carrière des répondants, en pourcentage, pour les groupes contrôle et expérimental (n=168)

Caractéristique	Catégorie	Contrôle (n=73)		Expérimental (n=95)	
		n	%	n	%
Sexe	Masculin	1	1.4	9	9.6
	Féminin	70	98.6	85	90.4
Age	Moins de 20 ans	0	0	0	0
	20-29	37	51.4	36	38.3
	30-39	18	25	27	28.7
	40-49	15	20.8	24	25.5
	50-59	2	2.8	7	7.4
	60-69	1	1.4	1	1.1
Langue maternelle	Anglais	40	57.1	63	69.2
	Français	27	38.6	23	25.3
	Autres	3	4.3	5	5.5
Date de graduation	1960-64 (<)	1	1.4	7	7.7
	1964-68	1	1.4	6	6.6
	1968-72	9	12.7	9	9.9
	1972-76	5	7	10	11
	1976-80	3	4.2	10	11
	1980-84	11	15.5	3	3.3
	1984-88	19	26.8	15	16.5
	1988-92	22	31	31	34.1
Expérience sur l'unité	moins d'un an	5	7	12	12.9
	1-5	46	63.9	48	51.6
	6-10	16	22.2	16	17.2
	11-15	3	4.2	15	16.1
	plus de 16 ans	2	2.8	2	2.2
	20 ans et plus	1	1.4	1	1.1
Formation initiale	BSc	18	25.7	15	16.1
	Diplôme	52	74.3	78	83.9

Groupe pré et post-test

Le tableau suivant représente les mêmes caractéristiques démographiques et de carrière que le tableau précédent mais cette fois-ci groupées selon les périodes pré-test et post-test.

Données démographiques et de carrière des répondants, en pourcentage, groupées selon les périodes
(n=168)

Caractéristiques Catégorie		Pré-test (n=84)		Post-test (n=84)	
		n	%	n	%
Sexe	Masculin	4	4.9	6	7.2
	Féminin	78	95.1	77	92.8
Age	Moins de 20 ans	0	0	0	0
	20-29	41	50	32	38.1
	30-39	18	22	27	32.1
	40-49	18	22	21	25
	50-59	5	6.1	4	4.8
Langue maternelle	Anglais	50	61.7	50	66.2
	Français	26	32.1	24	30
	Autres	5	6.2	3	3.8
Date de graduation	1960-64 (<)	5	6.2	3	3.7
	1964-68	2	2.5	2	2.4
	1968-72	9	11.2	9	11
	1972-76	4	5	8	9.8
	1976-80	8	10	9	11
	1980-84	7	8.7	8	9.7
	1984-88	14	17.5	16	19.5
	1988-92	31	38.7	27	32.9
Expérience sur l'unité	moins d'un an	8	9.8	9	10.8
	1-5	51	62.2	43	51.8
	6-10	15	18.3	17	20.5
	11-15	6	7.3	12	14.5
	plus de 16 ans	2	2.4	2	2.4
Formation initiale	BSc	17	21	16	19.5
	Diplôme	64	79	66	80.5