

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
POUR L'OBTENTION
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

par

LYNE DESGAGNÉ
B. Sc. Santé (Nursing)

ÉVALUATION DES EFFETS D'UN ENSEIGNEMENT
AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE HYSTÉRECTOMISÉE

AVRIL 1987



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

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

SOMMAIRE

Ce mémoire rend compte d'une recherche évaluative sur les effets d'un programme d'enseignement appliqué à une clientèle hystérectomisée, face à son rétablissement après une chirurgie majeure.

L'expérimentation du programme d'enseignement en pré et postopératoire s'est effectuée dans un hôpital général de trois cents (300) lits auprès de dix-huit (18) clientes ayant subi une hystérectomie.

Les données ont été recueillies au moyen de questionnaires et des observations au dossier des clientes.

Cette recherche montre un certain nombre d'effets positifs du programme d'enseignement sur:

- les connaissances acquises
- le degré d'anxiété manifesté la veille de l'opération
- le rétablissement post-opératoire
- la diminution de l'indice de la douleur
- la consommation des analgésiques

Les résultats de cette étude démontrent l'importance d'un programme d'enseignement structuré, adapté et appliqué systématiquement à la clientèle en chirurgie et suggèrent quelques recherches complémentaires utiles.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes impliquées à divers moments de la recherche.

Tout d'abord, je tiens à remercier madame Mona Gaudreault, directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier Jonquière et madame Christine Allard, infirmière, qui ont facilité par leur intérêt et leur participation le bon déroulement de la recherche.

A toute l'équipe de soins infirmiers des unités Ste-Marie, Sacré-Coeur et Ste-Marguerite ainsi qu'aux clientes qui ont composé l'échantillon, j'exprime toute ma gratitude pour leur constante collaboration.

Je suis reconnaissante aussi à madame Diane Laberge, infirmière et professeure au Cégep de Jonquière pour sa participation à la rédaction et validation du programme d'enseignement à la cliente hystérectomisée en plus de son aide pour la formation du personnel infirmier.

Je remercie madame Hélène Roy, professeure à l'UQAC pour ses conseils sur la méthodologie de la recherche.

Je veux aussi terminer en remerciant tout particulièrement monsieur Gilles A. Bonneau, professeur à l'UQAC, qui a accepté de diriger mes travaux et qui tout au long du processus a supervisé généreusement la rédaction du mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

	page
SOMMAIRE	iii
REMERCIEMENTS	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	2
1.1 Problématique générale.....	2
1.2 Problématique spécifique.....	10
CHAPITRE II: ENSEIGNEMENT, APPRENTISSAGE, AMÉLIORATION DE LA SANTÉ: REVUE LITTÉRAIRE ET CADRE THÉORIQUE	12
2.1 Revue littéraire.....	12
2.2 Cadre théorique.....	22
CHAPITRE III: MÉTHODOLOGIE	30
3.1 Variables de l'étude.....	30
3.2 Hypothèses.....	33
3.3 Schéma expérimental.....	34
3.4 Etapes de réalisation de la recherche.....	36
CHAPITRE IV: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS: ANALYSE ET DISCUSSION	54
4.1 Résultats spécifiques de l'enseignement.....	54
4.2 Effet global de l'enseignement.....	70

CHAPITRE V: RÉSUMÉ, LIMITES DE L'ÉTUDE ET CONCLUSION	72
5.1 Résumé.....	72
5.2 Limites de l'étude.....	78
5.3 Conclusion.....	81
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 83
 ANNEXE 1: TABLEAUX	 89
 DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES:	
 ANNEXE 2: Programme et outils d'enseignement	 1
 ANNEXE 3: Documents de fonctionnement et d'évaluation	 188

ANNEXE 1: LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	:	Renseignements socio-démographiques des sujets des deux groupes
Tableau II	:	Suggestions des besoins de la clientèle en matière de programme d'enseignement exprimées par les infirmiers(es)-chefs
Tableau III	:	Inventaire des programmes d'enseignement existants au Centre hospitalier Jonquière
Tableau IV	:	Résultats de l'expérience d'enseignement auprès d'une clientèle hystérectomisée
Tableau V	:	Résultats du pré et post-test sur l'acquisition des connaissances pour les sujets des deux groupes
Tableau VI	:	Résultats de l'évaluation de l'anxiété de situation la veille de l'opération pour les deux groupes
Tableau VII	:	Pourcentage des peurs et inquiétudes exprimées par les clientes des deux groupes
Tableau VIII	:	Illustration graphique du rétablissement postopératoire les premier et deuxième jour et les deuxième et quatrième jour pour les sujets des deux groupes
Tableau IX	:	Évaluation de l'habileté physique fonctionnelle les premier et deuxième jours postopératoires pour les sujets des deux groupes
Tableau X	:	Fréquence et pourcentage des réponses par rapport à certaines activités exécutées seule ou avec aide le premier jour après l'opération pour les deux groupes
Tableau XI	:	Indice d'évaluation de la douleur entre le premier, le deuxième et le quatrième jours postopératoires pour chacun des deux groupes
Tableau XII	:	Caractéristiques du syndrome de la douleur pour chacun des deux groupes le premier jour postopératoire
Tableau XIII	:	Dosage des analgésiques I.M. au cours des vingt-quatre (24) heures postopératoires
Tableau XIV	:	Dosage des analgésiques I.M. au cours des soixante-douze (72) heures postopératoires
Tableau XV	:	Nombre d'analgésiques per os entre quarante-huit (48) heures et soixante-douze (72) heures postopératoires
Tableau XVI	:	Nombre d'analgésiques per os au cours des soixante-douze (72) heures postopératoires

ANNEXE 2: PROGRAMME ET OUTILS D'ENSEIGNEMENT

- 2.1 Inventaire des programmes d'enseignement dispensés par le personnel infirmier à la clientèle du Centre hospitalier Jonquière
- 2.2 Objectif général et objectifs spécifiques terminaux du programme d'enseignement à la clientèle hystérectomisée
- 2.3 Cheminement séquentiel et hiérarchie d'apprentissage
- 2.4 Programme d'enseignement à cliente hystérectomisée
- 2.5 Séquences d'enseignement
- 2.6 Brochure: Préparation à l'hystérectomie
- 2.7 Déroulement de la semaine opératoire
- 2.8 Feuille: La ménopause
- 2.9 Feuille: Votre convalescence après une hystérectomie
- 2.10 Diaporama: Information sur l'hystérectomie
- 2.11 Vidéo: Les exercices respiratoires et musculaires après une chirurgie

ANNEXE 3: DOCUMENTS DE FONCTIONNEMENT ET D'ÉVALUATION

- 3.1 Dossier de la cliente
- 3.2 Questionnaire à l'intention des femmes qui viennent à l'hôpital pour une hystérectomie
- 3.3 Test d'évaluation sur les connaissances
- 3.4 Test d'évaluation du degré d'anxiété
- 3.5 Questionnaire sur le rétablissement postopératoire
- 3.6 Questionnaire sur l'évaluation de la douleur
- 3.7 Données relatives aux analgésiques
- 3.8 Évaluation de l'enseignement

INTRODUCTION

La promotion de la santé fait appel à la prise en charge et à la participation du client à ses soins. De plus en plus, l'individu doit tendre vers l'autonomie et acquérir un rôle actif pour se réaliser davantage. Il a en lui les solutions à ses problèmes. Or, pour faire des choix judicieux, l'individu a besoin de connaître les notions et les différents moyens à sa portée pour maintenir ou augmenter son niveau de santé.

Pour favoriser cette démarche, le personnel infirmier doit soutenir le client dans son processus de décision et dans ses actions pour améliorer son état de bien-être. L'enseignement au client est l'un des moyens préconisé pour augmenter les connaissances, la prise en charge et la participation du client à ses soins.

Le premier chapitre de cette recherche cerne la problématique. La recension des écrits et le cadre théorique se trouvent au deuxième chapitre. Le troisième chapitre présente la méthodologie qui comprend les variables de l'étude, les hypothèses, le schéma expérimental et les étapes de réalisation. Le chapitre suivant comporte l'analyse des résultats ainsi qu'une discussion sur ceux-ci. Au dernier chapitre on retrouve le résultat, les limites de l'étude et la conclusion qui découle de cette recherche.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre cerne dans un premier temps toute la problématique de l'éducation en établissement de santé et soulève dans un deuxième temps le but, les objectifs et les questions soulevées par les effets de l'enseignement auprès de la clientèle hospitalisée.

1.1 PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Notre époque a profondément transformé l'image de l'homme. Cette transformation en plus de faire évoluer les mentalités a provoqué dans les sciences humaines le renouvellement des concepts de base. Pendant des siècles l'image de l'homme a été statique, ce qui a voilé plutôt qu'éclairé une conception plus humaniste de l'homme. A cette époque, le monde médical traitait l'homme défaillant, impliqué dans une crise ou en conflit dès qu'il avait besoin du secours d'autrui, et lui faisait jouer le rôle de malade en le maintenant dans une dépendance presque totale. Cette approche limitait l'homme dans son évolution participative sur son état de bien-être en le maintenant dans un rôle passif d'objet.

Aujourd'hui cette perspective a laissé la place à une conception qui considère l'être humain dans son histoire, son environnement, sa personnalité. Il est vu en liaison avec l'instabilité multiforme de l'être humain, avec les expériences qu'il lui arrive de vivre, ses dispositions, ses attentes, enfin avec tout ce qu'il envisage comme projet de vie.

Cette vision globale de l'individu oblige les intervenants hospitaliers à prêter attention à la personne du malade, à son existence en dehors de l'hôpital, à son vécu, au sentiment qu'il a de la vie. La relation qui s'établit dans cette considération holistique de l'être humain confère au client un rôle actif dans la prise en charge de sa maladie, de sa santé, de son état de bien-être tant biologique, que psychologique ou social.

La maladie est donc devenue matière à co-responsabilité ce qui oblige à joindre à la médecine curative la dimension préventive pour que l'être humain passe du concept de dépendance au concept d'indépendance. Il nous faut donc considérer la santé dans son évolution avec la société, le temps, l'environnement et les mœurs... Selon Hill¹, cette nouvelle vision de la santé implique d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme, et d'autre part, une adaptation constante de celui-ci à un environnement en perpétuelle mutation.

Hélie² affirme que la santé n'est pas une condition stable, mais un processus d'apprentissage, de décisions personnelles et d'actions pour augmenter la sensation de bien-être.

Depuis une décennie, l'éducation en milieu hospitalier est vue comme un moyen d'aider le client à accéder à une maturité et à une autonomie accrues vis-à-vis son état de santé. Dans une intervention pédagogique, l'infirmière fonde sa relation interpersonnelle sur l'évident besoin qu'a le client d'être aidé à maîtriser son rôle pour atteindre un certain niveau d'homéostasie.

1 Hill, Adèle J. "La prévention: les différentes étapes". Nursing Québec. Vol. 3, no 3, (Mars/Avril 1983) p. 13.

2 Hélie, France. "La santé et la culture des Québécois". L'infirmière canadienne. Vol. 22, no 8, (Sept. 80), pp. 31-34.

Griffiths¹ voit l'éducation pour la santé comme un moyen de diminuer l'ignorance des gens et d'initier ceux-ci à l'application de notions pour se maintenir en santé.

Pour être efficace, l'éducation pour la santé, selon Green², doit commencer là où se trouvent les gens en suscitant la participation de ceux-ci, pour déterminer quels sont leurs besoins et leurs priorités et comment ils peuvent développer leur capacité d'initiative personnelle en matière de santé. Cette nouvelle orientation confère à l'individu une responsabilité principale pour l'amélioration de sa santé.

L'individu malade encore plus que celui présumément en santé, se doit d'acquérir certaines connaissances pour parvenir à un état de bien-être plus élevé. L'absence ou le peu d'information uniforme et structurée dispensée au client hospitalisé ne permet pas à celui-ci d'augmenter ses connaissances et d'acquérir des habiletés pour accroître son état de bien-être. Certains facteurs reliés au client, à l'institution et au personnel infirmier peuvent être à l'origine de cette lacune.

Les facteurs associés au client sont un manque de connaissances de ses droits, de sa maladie, du milieu et des ressources. Ce manque s'exprime dans le rôle passif auquel il est maintenu pendant son séjour en milieu hospitalier, ce qui provoque pour plusieurs un certain

1 Griffiths, W. "Health Education, definition, problem and philosophy". Health Educ. Monographs, 31: 1970-72, p. 7.

2 Green, Lawrence W. "Politique nouvelles d'éducation pour la santé". Santé du Monde, (avril/mai 1983) p. 13.

niveau d'anxiété. Cette passivité s'explique aussi par le fait que le client a intériorisé que le pouvoir appartient aux soignants et qu'en ne demandant rien ou presque ou en ne posant pas de questions il sera perçu comme un bon malade.

Par exemple, le Dr Dona Cherviak¹, omnipraticienne au CLSC de Sherbrooke, souligne qu'au cours d'une tournée de dépistage dans une petite ville de l'arrière pays, elle constatait que le tiers des femmes à se présenter devant elle avait subi une hystérectomie. La plupart de ces femmes ne savaient pas pourquoi et ne pouvaient pas dire si elles avaient conservé leurs ovaires ou non.

Du côté institutionnel, le manque d'outils structurés et adaptés aux besoins de la clientèle en milieu hospitalier ainsi que l'absence ou le peu de politique préventive en milieu curatif ne semblent pas favoriser la participation et la prise en charge du client en regard de sa santé.

Pour ce qui est du personnel infirmier*, une préparation inadéquate à leur rôle d'enseignant, le manque de temps et de motivation ainsi que des soins non individualisés ne semblent pas motiver les intervenants à informer les clients hospitalisés. Ce manque d'intérêt rejoint l'attitude du client parce que le personnel infirmier a intériorisé le rôle du malade dans un rôle de victime.

1 De Billy, Hélène. "Utérus: on coupe Madame?". Châtelaine. (février 1984), pp. 47-50.

* Dans ce mémoire, l'expression personnel infirmier comprend l'infirmier(ère) autorisé(e) et l'infirmier(ère) auxiliaire.

Des auteurs ont abordé quelques aspects de ce problème. Ainsi Bleau et coll.¹ soutiennent que les malades ont en général très peu de notions d'anatomie et de physiologie et ont souvent des idées fausses concernant leur maladie.

De plus, Charles² précise que ceux-ci se plaignent souvent d'être étrangers à ce qui les concerne, qu'ils ont l'impression d'être traités comme des objets, de n'être pas suffisamment informés et d'être des spectateurs inquiets d'une situation dont ils devraient être les acteurs.

A ce sujet, Allison³ déclare qu'il est important de voir l'individu comme un être capable de prendre des initiatives positives vis-à-vis de sa santé et non pas de le considérer comme une victime passive.

De plus en plus l'individu réclame ses droits. Besner⁴ constate qu'actuellement les clients revendiquent de plus en plus individuellement et collectivement le droit d'être informés de leur état de santé, le droit de participer aux décisions qui affectent leur santé et le droit d'avoir des services de qualité.

1 Bleau et coll. "L'enseignement aux malades bronchopulmonaires chroniques". Nursing Québec. Vol. 1, no 1, (Nov./Déc. 80) pp. 32-33.

2 Charles G. "A propos des soins infirmiers". Soins. Paris, Vol. 24, no 2, (20 janvier 1979) p. 41.

3 Allison, Ken. "L'éducation sanitaire; la responsabilité individuelle et la victime prise comme bouc émissaire". Education sanitaire. Vol. 20, no 4, (printemps 1982) pp. 10-13.

4 Besner, Gisèle. "La profession et son devenir". L'infirmière canadienne. Vol. 25, no 9, (Oct. 1983) p. 37.

L'information donnée au client doit répondre à ses besoins et ne doit pas être dispensée au hasard selon Boisvert¹. Grenier² ajoute que "le manque de connaissances des facteurs influençant l'enseignement et sur les approches pédagogiques font que le personnel infirmier démissionne ou préfère ne pas jouer ce rôle auquel il est mal préparé".

Encore aujourd'hui les écoles d'infirmières n'ont pas dans leur programme de formation un cours sur la pédagogie adaptée à la clientèle en situation de crise en établissement de santé. Pour répondre à cette évolution, la majorité des programmes de formation des intervenants dans le domaine de la santé ont axé davantage leurs cours sur l'acquisition de concepts plus humanistes qu'ils ont intégré au développement technologique. Mais pour dépasser le cadre de la technique, il faut que les responsables de la qualité des soins soient à l'écoute des soignants et des soignés et prennent en charge par de la formation continue cette formation du rôle pédagogique de l'intervenant.

En plus d'une préparation inadéquate à leur rôle d'éducateur en santé, le personnel dit souvent qu'il n'a pas le temps... pas le temps de parler aux clients, de discuter de leurs habitudes de vie, de les rassurer, etc...

Selon Bergeron³, il est possible de faire de la prévention par enseignement en milieu curatif... au fil de la tâche... Et justement au fil de cette tâche l'infirmière, à qui on aura

1 Boisvert, Cécile. "L'infirmière en période de crise". L'infirmière canadienne. Vol. 13, no 5, (Mai 1971) p. 19.

2 Grenier, Raymond. "L'enseignement aux bénéficiaires: un rôle à assumer". L'infirmière canadienne. Vol. 22, no 2 (Février 1980) pp. 22-25.

3 Bergeron, Linda. "On n'a pas le temps". L'infirmière canadienne. Vol. 23, no 9, (Oct. 1981) pp. 34-35.

appris les théories comportementalistes telles celles de Skinner, Staats, etc..., peut modifier les comportements déviants de la santé chez ces clients en plaçant dans l'environnement social de l'individu les contingences et les stimuli nécessaires à l'apprentissage de comportements plus adaptés. Si l'infirmière intervient de façon appropriée, elle peut prévenir certains problèmes et inquiétudes chez son client. Masson¹ est d'avis que l'infirmière qui informe le client hospitalisé sur sa maladie et les traitements à subir lui apporte une certaine sécurité tout en lui assurant des soins personnalisés adaptés à ses besoins.

L'intervention éducative de l'infirmière auprès de la personne en tant qu'être global (bio-psycho-social) en période de crise, fait partie intégrante de son rôle de professionnel. Cette affirmation repose sur la Loi des Infirmiers et Infirmières promulguée au Québec en 1974 et qui définit l'acte infirmier en ces termes:

"Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, enseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire." (articles 36 et 37)

¹ Masson, Renée. "Rassurer sans mentir". L'infirmière canadienne. Vol. 14, no 3, (mars 1972) p. 30

Il se dégage de ces définitions, les éléments suivants:

- L'éducation et le soin des gens sont l'objet des soins infirmiers;
- La profession existe pour répondre aux besoins du client, de la famille et de la communauté;
- Les soins infirmiers sont autant prophylactiques que thérapeutiques;
- La profession possède des idéaux liés à la santé de l'homme tout au long de sa vie. L'infirmière travaille à la promouvoir ayant la capacité de se fixer des objectifs et de prendre des décisions en conformité avec ses idées et ses valeurs propres.

Pour répondre efficacement à son rôle de professionnel, l'infirmière adhère depuis environ dix (10) ans à un modèle conceptuel en soins infirmiers, celui de Virginia Henderson. Selon ce modèle, la pensée des soins est la suivante: "Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de la santé ou à l'assister dans ces derniers moments par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible".

En principe, les gens hospitalisés devraient être informés sur tout ce qui concerne leur maladie, leur état de santé et sur les moyens pour la préserver.

Ainsi, un programme d'enseignement structuré et adapté aux besoins individuels des clients pourrait leur être offert dès leur admission et même avant leur hospitalisation si possible pour augmenter leurs connaissances relatives à la raison d'hospitalisation et consécutivement diminuer leur anxiété, leur douleur et favoriser ainsi leur rétablissement. C'est effectivement ce dont il s'agit dans cette recherche.

1.2 . PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE

But de l'étude

Pour faire suite à l'évolution historique des concepts santé-maladie, soignants et soignés nous avons voulu expérimenter les effets d'un programme d'enseignement structuré et adapté aux besoins individualisés des clientes hystérectomisées afin d'augmenter leurs connaissances, de diminuer leur anxiété, de contrôler davantage leur douleur, de diminuer la consommation des analgésiques et par le fait même d'accélérer leur rétablissement post-opératoire.

Questions de recherches

Notre étude cherche à répondre à un certain nombre de questions relatives à l'éducation auprès des clientes hystérectomisées. Nous désirons savoir si l'intervention éducative par l'application d'un programme d'enseignement personnalisé, permet effectivement d'augmenter les connaissances de la cliente, de diminuer son anxiété, de diminuer la douleur et la prise de calmants analgésiques ainsi que d'accélérer son rétablissement. Et par voie de conséquence, est-ce que ces effets positifs contribuent à augmenter la prise en charge chez la cliente bien informée?

Nous venons donc de voir que la problématique du manque d'information auprès de la clientèle hospitalisée est reliée à l'absence de connaissances de celle-ci sur ses droits, au manque de préparation du personnel soignant et aussi à l'absence de programmes et d'outils structurés dans les établissements. Cette constatation nous amène à présenter dans le chapitre suivant les thèses ou opinions de certains auteurs sur ce problème.

CHAPITRE II

ENSEIGNEMENT, APPRENTISSAGE, AMÉLIORATION DE LA SANTÉ: REVUE LITTÉRAIRE ET CADRE THÉORIQUE

Examinons maintenant les thèses ou idées maîtresses d'un certain nombre d'auteurs sur les sujets de l'enseignement, de l'apprentissage et de l'amélioration de la santé en milieu hospitalier. Cette revue de la littérature nous permettra ensuite de définir notre cadre théorique.

2.1 REVUE LITTÉRAIRE

Fortin¹ définit l'éducation pour la santé comme étant un processus d'apprentissage par lequel les individus ou les groupes adoptent volontairement des comportements pour améliorer leur santé.

Du point de vue de Castaigne², il est plus facile d'apprendre si l'apprenant a l'esprit libre, si le sujet abordé l'intéresse et s'il est impliqué directement dans l'action. Par l'apprentissage, l'individu peut mettre en pratique les connaissances acquises et ainsi exercer une action concrète sur la réalité extérieure. Pour cet auteur, apprendre est un acte individuel

1 Fortin, Jean-Paul. "Un défi à relever". Carrefour des affaires sociales. Vol. 5, no 3, (été 1983) p. 17.

2 Castaigne, A. "Comment aider à apprendre?" Pédagogie médicale universitaire. Vol. 26, no 37, (sept. 1976) p. 2537.

que chacun accomplit à sa façon et à son rythme suivant ses propres motivations pour répondre à des satisfactions personnelles. L'éducation pour la santé peut se faire de différentes manières soit par dépistage, publicité, campagne, conférence, etc. Le but est d'aider les gens à apprendre, à modifier leurs connaissances, leurs attitudes et leurs habiletés psycho-motrices vers la promotion de leur santé.

Cependant, il faut considérer les facteurs qui peuvent influencer la capacité et l'intérêt de l'individu à apprendre tels l'âge, le sexe, la personnalité, l'état de santé, l'anxiété, etc.

Janis¹ affirme dans ses travaux que l'anxiété peut modifier la capacité d'apprendre. Il identifie trois niveaux d'anxiété soit peu, modéré et élevé. Selon cet auteur, un niveau modéré de peur est un pré-requis à une inquiétude constructive (work of worrying), ce qui amène le client malade à rechercher de l'information ainsi que les moyens de défense pertinents au danger qui le menace. Ainsi, le client qui vit cette situation avec un niveau modéré d'anxiété saisira mieux les explications données lors de l'enseignement.

Pour un grand nombre de clients, l'hospitalisation cause de l'anxiété. Dugas² déclare que la peur de l'insomnie est l'une des principales sources d'angoisse. Elle ajoute que le client ne sait pas très bien ce qui va lui arriver, il ignore son rôle et celui de l'équipe soignante.

1 Janis, Irving L. Stress and frustration. New York, Ed. HBJ, 1971, p. 215.

2 Dugas, Berverley Witter. Introduction au nursing. Montréal. Ed. HRW, 1973, p. 92.

A ce sujet, Cailhier¹ affirme que le malade lorsqu'il tombe entre les mains des professionnels de la santé est exproprié de lui-même. Il ne s'appartient plus. Il appartient au monde médical qui en dispose selon le savoir et le pouvoir qu'il est seul à posséder. Selon cet auteur, cette situation connue et déplorée par tous, engendre la déshumanisation des soins.

Pour sa part, Illich² affirme que la diminution de la santé est une maladie engendrée par le médecin qui a permis le développement morbide de l'institution médicale. Illich appelle cette maladie iatrogénèse, en empruntant ce mot au vocabulaire médical et il en distingue trois niveaux:

- l'iatrogénèse clinique par l'inefficacité globale et le danger de la médecine coûteuse;
- l'iatrogénèse sociale par la perte de la capacité personnelle de s'adapter à son environnement et de refuser des environnements intolérables;
- l'iatrogénèse structurelle par l'entretien du mythe selon lequel la suppression de la douleur, du handicap et le recul indéfini de la mort sont des objectifs désirables et réalisables grâce aux développements sans limite du système médical: mythe qui compromet la capacité autonome des hommes à faire face justement à la douleur, à l'infirmité et à la mort en leur donnant un sens.

1 Cailhier, Yves. "La santé: quelle carte jouer?". Communauté chrétienne. Vol. 21, no 125, (sept./oct. 1982) p. 435.

2 Illich, Yvan. Némésis Médicale. Éditions du Seuil, 1975, p. 217.

Tout comme Illich, Serge Mongeau dénonce depuis quelques années les abus du système actuel de santé au Québec trop axé sur le concept maladie, en se faisant le défenseur des droits du public à des soins centrés sur la santé par une propagande sur les pratiques de médecine douce.

Ses pressions, pour une part, et bien d'autres ont forcé le ministère des Affaires Sociales du Québec (M.A.S.) par la commission Rochon à faire une évaluation des services de santé et services sociaux.

Selon Cailhier¹, pour favoriser des soins plus humains, il faut répondre à un besoin d'information tant sur la nature de la maladie que sur les traitements. Pour être utile, cette information doit répondre à un besoin identifié chez le client. L'investigation des besoins d'apprendre s'affirme comme étant une stratégie pour susciter la participation, l'intérêt et la prise en charge du client. L'infirmière se doit de renseigner le client sur les notions qui peuvent l'aider à se rétablir plus rapidement.

Pour ce, Hill² soutient que les professionnels de la santé doivent reconnaître l'évolution des concepts et orienter leur action afin d'aider l'individu à augmenter son état de bien-être.

1 Cailhier, Yves. op. cit., p.435.

2 Hill, Adèle J. "La prévention: les différentes étapes". Nursing Québec. Vol. 3, no 3, (mars-avril 1983) p. 14.

Le groupe Services-Formation¹ de l'Association des Infirmières Canadiennes propose certains moyens pour développer l'autonomie du client en matière de santé. Ces moyens mis à la disposition du personnel infirmier sont l'approche globale et la relation d'aide. Selon ce groupe, les moyens suggérés favorisent l'humanisation et l'individualisation des soins s'ils sont utilisés en concomitance avec la méthode de résolution de problème et de relation d'aide. La philosophie de ce groupe rejoint celle proposée dans *Nouvelles Perspectives de la santé des canadiens*. Lambert² affirme que la pratique des soins infirmiers doit se redéfinir en fonction des quatre caractéristiques de la conception globale, à savoir: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de la santé.

Pour ce groupe, l'infirmière occupe une place stratégique pour l'humanisation, l'accessibilité, la continuité et la globalité des soins de santé.

Narrow³ est d'avis que l'infirmière est l'éducatrice primaire en santé. Son rôle en tant qu'éducateur pour la santé consiste d'après, Beazley⁴, à encourager l'individu et sa famille à participer aux prises de décisions, à identifier ses besoins, à assurer ses soins, à planifier ses actions et à évaluer l'ensemble de la situation.

1 Groupe Services-Formation. "Profil de la population en matière de santé et le rôle de l'infirmière". L'infirmière canadienne. Vol. 25, no 5, (mai 1983) p. 30.

2 Lambert, Cécile. "Splendeur et misères de la formation infirmière". Nursing Québec. Vol. 1, no 4, (mai-juin 1981) p. 29

3 Narrow, Barbara W. Patient teaching in nursing practice a patient and family centered approach. New York, John Wiley & Sons, 1979, p. 10.

4 Beazley, Richard. "Le rôle des éducateurs sanitaires débutants". Éducation sanitaire. Vol. 22, no 3, (hiver 1984) p. 5.

Kuscha¹ qualifie le besoin d'apprendre comme étant un manque de connaissance ou d'habileté interférant dans la promotion de la santé. Elle considère l'investigation des besoins d'apprendre comme une activité essentielle qui permet d'orienter l'action des professionnels de la santé.

De plus, il est démontré que l'apprentissage en groupe est un facteur de motivation qui facilite l'acquisition des connaissances et des activités psycho-motrices. Redman² considère l'apprentissage de groupe comme une méthode enrichissante pour les participants. Pour cet auteur, l'apprentissage d'exercices physiques à l'aide de démonstration et de pratiques supervisées est favorisé par les interactions du groupe. Pohl³ abonde dans ce sens et précise que l'enseignement de groupe favorise la participation du client et augmente sa capacité d'apprendre. Celle-ci conçoit l'enseignement de groupe comme un moyen d'augmenter la motivation des participants.

De leur côté, Brosseau⁴ et Park⁵ constatent que l'enseignement de groupe permet d'une part une économie de temps pour les infirmières et d'autre part permet aux participants de

1 Kuscha, Delores. "The health education of patients assessing their needs". Sup. Nurse. (April 1974) pp. 26-35

2 Redman, Barbara Klug. The process of patient education. Toronto, The C.V. Mosby. 1984. pp. 122-135.

3 Pohl, Margaret L. Teaching function of the nursing practitioner. Iowa. W.M.C. Brown Co. Publ. 1968. p. 72

4 Brosseau, Denise. "L'infirmière et les diabétiques, une méthode d'enseignement". L'infirmière canadienne. Vol. 18, no 10, (oct. 1976). p. 28.

5 Park, Sherry. "Teach-in préparatoire". L'infirmière canadienne. Vol. 15, no 1, (janvier 1973) p. 38.

s'identifier à d'autres qui affrontent la même situation, de poser les questions dont les réponses servent à tous, d'exprimer leurs craintes et de renforcer les affirmations de l'infirmière. Park ajoute que le malade est soulagé lorsqu'il connaît le déroulement des événements et qu'il peut s'y préparer.

Plus que tout autre membre de l'équipe hospitalière, l'infirmière joue un rôle déterminant et essentiel comme agent de santé par ses contacts nombreux et prolongés avec le malade et sa famille. Trudel¹ affirme que l'infirmière doit être capable de percevoir les besoins du client et de l'aider à contribuer à sa prise en charge et à la modification de ses comportements qui peuvent nuire à son rétablissement.

L'enseignement à la clientèle est non seulement défini par la loi comme une fonction inhérente à la pratique infirmière (voir chapitre I), il apparaît comme un processus dynamique de plus en plus affirmé dans la pratique (Goyette et Taggart²).

Certaines études viennent confirmer le bien-fondé de l'enseignement au client. Ainsi les résultats recueillis par Kirouac³ dans son étude permettent de constater une plus grande habileté ambulatoire chez les clients en chirurgie et une augmentation de leurs connaissances.

1 Trudel, Alain. "L'infirmière au coeur de la relation d'aide: rôles et fonctions". L'infirmière canadienne. Vol. 24, no 10, (nov. 1982) p. 39.

2 Goyette, Diane et Taggart, M.E. "Une éducation axée sur la communauté". L'infirmière canadienne Vol. 15, no 4, (avril 1973) p. 34.

3 Kirouac, Suzanne. Expérimentation d'un programme d'enseignement préopératoire pour les clients de chirurgie élective. Mémoire Université de Montréal, 1974. pp. 87-92.

Par ailleurs, le programme d'enseignement n'exerce pas une influence déterminante quant à la dose et à la fréquence d'utilisation des analgésiques et à la durée d'hospitalisation. Concernant la douleur ressentie chez les clients, Melzack et Wall¹ soutiennent que l'intensité de celle-ci est atténuée lorsque les clients connaissent les moyens pour y faire face.

Pour atteindre ces résultats, Winslow² voit la nécessité de joindre au plan de soins un plan d'enseignement bien structuré en fonction des besoins et des caractéristiques de l'individu. Pour cet auteur, l'infirmière doit prendre conscience que l'enseignement au client est un moyen de promouvoir la santé.

Pour Bleau et coll.³, l'enseignement fait partie du plan global de soins. Pour eux, la connaissance des théories de l'enseignement et des principes d'apprentissage est utile et essentielle pour l'application de programme d'enseignement adapté au client. A ce sujet, Mitchell et Adam⁴ soutiennent qu'un bon nombre d'infirmières ne connaissent pas les principes de l'éducation des adultes, et par le fait même, ne sont pas en mesure de faciliter l'acquisition des connaissances pertinentes.

1 Melzack, Ronald et Patrick D. Wall. Le défi de la douleur. Chenilière et Stanké. Montréal 1982. p. 27

2 Winslow, E. "The role of nurse in patient education". Nurs. Clinics of North America. Vol. 11, no 2, (juin 1976) p. 213.

3 Bleau Lucie et coll. op. cit., pp. 30-31.

4 Mitchell, Donna L.M. et Valérie J. Adam. "L'hôpital endroit idéal pour l'application des programmes de promotion de la santé". Education sanitaire. Vol. 23, no 1, (été 1984) p. 7.

Mahler¹ propose pour pallier à ce manque, d'assurer le perfectionnement des professionnels de la santé capables de jouer un rôle actif dans l'éducation pour la santé. Dans la majorité des établissements de formation, il faudrait réorienter les programmes de base afin d'inculquer aux professionnels de la santé les principes fondamentaux en développement sanitaire.

Les nouveaux programmes de formation devraient notamment avoir pour objet d'apprendre comment aider l'individu et sa famille à formuler leurs problèmes et à choisir les solutions appropriées, à prendre en charge leur propre santé et à développer leur sens des responsabilités à cet égard. L'éducateur pour la santé doit renseigner l'individu sur les différents types de comportements possibles et sur leurs effets afin qu'il soit en mesure de faire des choix et d'accepter leurs conséquences. L'individu doit fournir un certain effort pour se prendre en charge mais le milieu hospitalier peut l'aider à y parvenir en lui procurant les ressources humaines et matérielles dont il dispose.

Mitchell et Adam² s'accordent pour dire que l'hôpital est l'endroit par excellence pour l'implantation d'un programme en éducation sanitaire. De plus en plus, celle-ci devra orienter ses actions vers la promotion de la santé.

1 Mahler, Halfdan. "La santé pour tous est l'affaire de tous". Le magazine de l'organisation mondiale de la santé. (avril/mai 1983) p. 3.

2 Mitchell, Donna L.M. et Valérie J. Adam. op. cit. p. 7.

L'énoncé formulé en 1979 par l'American Hospital Association et repris par Dooner¹ confirme cette affirmation:

"L'hôpital a la responsabilité de travailler avec d'autres intervenants dans la collectivité en vue d'évaluer l'état de santé de cette dernière, de déterminer les secteurs et les groupes cibles visés par les programmes coopératifs et hospitaliers de promotion de la santé, d'élaborer des programmes en vue d'aider à améliorer la santé dans ces secteurs cibles, de veiller à ce que les personnes qui sont apparemment en bonne santé puissent se renseigner sur les façons de demeurer en santé et de prévenir la maladie, d'offrir des programmes d'éducation sanitaire appropriés en vue d'aider les personnes qui choisissent de modifier leurs habitudes personnelles dans le domaine de la santé, à acquérir des habitudes de vie plus saines, et faire de l'hôpital un établissement dans la collectivité chargé de soigner la maladie".

Selon lui c'est le lieu et le moment propice à l'enseignement parce que dans le contexte de maladie, les clients sont plus sujets à remettre en question leur mode de vie et sont plus ouverts aux changements.

En résumé, il y a convergence de points de vue sur la nécessité, ou tout au moins l'utilité de lier les concepts qui réfèrent à la crise émotionnelle, à l'approche pédagogique personnalisée et à un modèle conceptuel en soins infirmiers centrés sur les besoins individuels du client.

1 Dooner, Bob. "Promotion des programmes axés sur le mieux-être dans les hôpitaux". Éducation sanitaire. Vol. 22, no 4, (printemps 1984), pp. 2-3.

2.2 CADRE THÉORIQUE

Nous présentons ci-dessous les éléments majeurs de notre cadre théorique. A chacun des trois éléments présentés correspond une assertion qui à la fois l'introduit et le résume.

POSTULATS

Émotion - motivation

La dimension émotionnelle constitue une réalité majeure dans le contexte des soins infirmiers.

Enseignement personnalisé

Une approche personnalisée est rendue nécessaire par la triple composante client-institution-cadre social.

Approche globale

Une conception globale permet un certain degré d'efficience à une approche humaniste dans le contexte institutionnel de la santé.

o LA DIMENSION ÉMOTIONNELLE

Dans une situation menaçante à laquelle le client de chirurgie doit faire face, Janis¹ et Freud² distinguent deux types de peur: la peur réflexive et la peur névrotique. La première apparaît lorsqu'il y a des signes de danger dans l'environnement et elle est passagère alors que la deuxième est une sorte d'anxiété chronique pouvant faire partie de la personnalité.

Les résultats de recherche de Janis démontrent qu'une relation existe entre le niveau de peur réflexive préopératoire et le rétablissement postopératoire. Il apparaît que les clients modérément angoissés avant l'opération seront moins perturbés émotionnellement et seront mieux adaptés après l'opération, tandis que ceux qui sont très ou peu angoissés vont démontrer, pour diverses raisons, une plus grande perturbation émotionnelle et consécutivement une adaptation plus difficile.

Un niveau modéré de peur "réflexive" est un pré-requis à une inquiétude constructive parce qu'elle déclenche chez le client opéré, le processus de "work of worrying" qui stimule le client à rechercher l'information ainsi que les moyens de se protéger des dangers possibles. Plus le "work of worrying" est complet, plus l'individu est en mesure de s'adapter à une situation menaçante parce qu'il augmente le niveau de tolérance aux stimuli stressants.

1 Janis, Irving L. Psychological Stress: Psychanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. New York, Winley and Sons, 1958. p. 217.

2 Freud, Sigmund. Problem of anxiety, New York, W.H. Norton and Co. 1936. pp. 69-72.

Tout comme Janis, Leventhal et Lozanes se sont questionnés sur la nature et le degré de relation entre l'état émotionnel et le rétablissement physique du client opéré. Ils nous proposent de considérer l'émotion comme une réponse plutôt qu'une motivation. Par exemple, lorsque le client se sent menacé, il pose des gestes, des actes en vue de diminuer ce danger et il peut le faire en dépit de son niveau de réactions émotives. Ces réactions ont amené ces auteurs à se questionner sur les combinaisons de réactions émotives et de comportements ayant trait au rôle instrumental.

Leventhal¹ suggère l'hypothèse que deux variables psychologiques sont reliées aux réactions émotives et aux comportements. Ces variables sont le type de contrôle qu'exerce un individu et la variable anxiété de personnalité. L'explication est la suivante: l'anxiété de personnalité affecte la réaction émotive du client qui adoptera un comportement selon le type de contrôle qu'il est capable d'exercer sur les réactions selon les situations. Ceci nous amène à ajouter au concept anxiété de personnalité le concept anxiété de situation.

Pour être en mesure de répondre adéquatement à ce besoin d'information stimulé par un niveau de stress plus ou moins élevé selon les individus et les situations, il nous faut pédagogiquement développer une approche qui respecte le développement de la personne en utilisant deux théories en éducation. Une première qui préconise une approche non-directive et une deuxième qui tient compte de l'impact de l'environnement dans l'apprentissage.

¹ Leventhal, H. Findings and Theory in the Study of Fear Communications, in *Advances in Experimental Social Psychology*. ed. by L. Berkowitz (New York: Academic Press, 1970).

◦ L'ENSEIGNEMENT PERSONNALISÉ

Respectueuse des choix du client et de ses mouvements existentiels, notre approche pédagogique s'inspire des concepts de la non-directivité développés par le psychologue clinicien Carl Rogers¹ et de la conception du behaviorisme social sur le comportement humain. Le message de Rogers est un message obstiné d'unité. Unité de la personnalité, unité chez le thérapeute et chez le client, unité qui se veut une relation d'aide personnalisée. L'orientation personnaliste de la pensée rogérienne se fonde sur l'efficacité de la relation, pour que tous nous puissions mieux nous "comprendre". Dans cette approche centrée sur l'individu, il nous faut reconnaître cette conception d'un pouvoir libre à chacun d'agir sur sa personne et sur son environnement. Le développement de la personne est ainsi réaffirmé comme la manière de résoudre les problèmes de l'individu en l'aidant à progresser vers un mieux-être.

Pour y arriver, il nous faut établir une relation d'aide dans toute sa spécificité thérapeutique où l'aidant vise avec l'aidé à faciliter son adaptation à sa tâche d'opérée. Cette relation dynamique présente le client comme un sujet libre dans sa démarche d'aide et comme un partenaire dans une relation qui ne se veut pas hiérarchique. Dans cette démarche la guérison est l'objectif général présenté comme le terme de la thérapie, c'est-à-dire comme le moment où la personne s'assume et devient ce sujet qui fonctionne pleinement.

1 Rogers, Carl R. Thérapie axée sur le client. Boston, Houghton Mifflin, 1951.

Dans cet enseignement structuré et personnalisé, l'individu est indépendant et l'intervenant utilise des techniques d'aide pour suggérer, conseiller, persuader, expliquer les sujets à connaître pour amener le client aidé le plus efficacement possible au but visé. L'infirmière est alors quelqu'un qui aide à y voir plus clair, à écouter, à entendre, à recevoir les messages de détresse, à envoyer quelqu'un d'autre au besoin, à chercher à comprendre son client non comme un problème, mais comme un humain qui demande sympathie, compassion et empathie.

Toutefois, l'approche non-directive se confronte à deux ordres de réalité qu'il importe de considérer. D'une part, le contexte institutionnel dans lequel les soins sont prodigués (routine, ratio personnel, client, brièveté de la durée d'hospitalisation, etc.) et d'autre part, le contexte social de la personne (famille, travail, activités sociales, stress, etc.).

Pour répondre efficacement au besoin d'aide, il faut que l'infirmière considère les influences extérieures sur le comportement du client afin d'ajuster les interventions aidantes à la réalité environnementale de la clientèle. A ce moment, entre en jeu la théorie de l'apprentissage social qui, à travers Staats¹, Bandura² et d'autres, explique le comportement humain en termes d'interactions continues entre les déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux.

1 Staats, W.A. Social Behaviorism. Dorsey Press, 1975, p.

2 Bandura, A. L'apprentissage social, Traduit par J.A. Rondal, édité par Pierre Mondoga, 1976, p.

Mais comment aider sans être directif? Cette relation d'aide est basée sur le respect de soi et de l'autre qui favorise une relation permissive, structurée de manière précise pour permettre au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rendra capable de progresser vers la guérison. Dans la structure du programme, il faut tenter de modifier les comportements vers le continuum santé par l'application de principes d'apprentissage qui sont en interaction constante avec tous les éléments humains, institutionnels ou matériels disponibles dans l'environnement.

Ce qui entre en jeu dans ce respect de l'individu est l'expression d'une approche centrée sur le client quel que soit son sexe, son âge, son niveau intellectuel, son niveau de formation, etc. La réalité de cette approche s'inspire de la réalité de l'aide psychologique par l'exploration de techniques de relation d'aide fondamentales à une pédagogie qui se veut à la fois favorable à la personnalisation de l'enseignement et efficace, c'est-à-dire devant tenir compte des contraintes mésologiques.

o L'APPROCHE GLOBALE

L'évolution constante de la pratique des soins infirmiers au cours de la dernière décennie a apporté de profondes transformations dans le rôle de l'infirmière. Dans ce contexte d'évolution, la profession infirmière est indiscutablement liée à une assistance à l'individu atteint dans ses capacités d'accomplir ce qu'il fait généralement par lui-même. L'infirmière est ainsi appelée à exercer sa profession selon une approche qui traite de la personne dans son entité, c'est-à-dire dans sa globalité bio-psycho-sociale.

Cette approche holistique découle du modèle conceptuel de Virginia Henderson¹ et fournit à l'infirmière la possibilité de développer selon les besoins de son client l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes requises à un état de santé optimal. Dans la pratique, le modèle amène l'infirmière à aborder le client comme un individu qui tend vers l'indépendance dans la satisfaction des quatorze besoins identifiés par Henderson. Ces besoins sont, dans l'ordre:

1. respirer
2. boire et manger
3. éliminer les déchets biologiques
4. se mouvoir et se maintenir dans une position convenable
5. dormir et se reposer
6. s'habiller et se déshabiller
7. maintenir la température du corps dans les limites normales
8. être propre et protéger ses téguments.
9. éviter les dangers
10. communiquer avec ses semblables
11. pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances
12. s'occuper de façon à se sentir utile
13. se recréer
14. apprendre

Pour aider son client à atteindre ou à maintenir ce concept d'indépendance, l'infirmière joue un rôle de suppléance auprès du client et de sa famille. Elle doit suppléer au manque de force, de volonté ou de connaissance du client en centrant ses interventions sur le déficit pour l'aider à atteindre une indépendance plus grande dans la satisfaction de ses besoins perturbés.

1 Henderson, Virginia. The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research and education. New York, The Macmillan Company, 1966.

Il nous faut donc, dans le cadre d'un programme d'enseignement à la clientèle hospitalisée devant subir une chirurgie, tenir compte de l'anxiété motivationnelle nécessaire à une situation d'apprentissage en période de crise, d'une approche pédagogique centrée sur le respect de la personne et de la prise en considération du client dans sa globalité bio-psycho-sociale avec l'aide et le support du personnel soignant en pré et postopératoire.

En résumé, l'intervenant qui, dans sa relation d'aide intervient pédagogiquement par une approche éducative personnalisée et adaptée aux diverses étapes du séjour hospitalier, semble, du point de vue de plusieurs auteurs, un des éléments susceptibles d'augmenter la prise en charge de sa santé.

Partant de cela, nous avons proposé un cadre théorique, lequel sous-tend notre recherche et les éléments méthodologiques retenus.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Notre projet de recherche est une étude évaluative des effets d'un enseignement auprès d'une clientèle hystérectomisée. Nous avons voulu évaluer les effets d'un enseignement en l'expérimentant auprès d'un groupe et en contrôlant avec un autre groupe. Cette méthodologie a été privilégiée en raison d'une plus grande facilité à mettre en parallèle l'efficacité d'un programme d'enseignement structuré chez une clientèle qui reçoit les informations selon ses besoins contrairement à celle qui subit sans intervention pédagogique le même type de chirurgie.

Ce chapitre présente les variables de l'étude, les hypothèses, le milieu de l'expérimentation, l'échantillon et les instruments utiles à la collecte des données.

3.1 VARIABLES DE L'ÉTUDE

Variable indépendante

Un programme d'enseignement adapté au modèle conceptuel de Virginia Henderson¹ et appliqué à un groupe de clientes hystérectomisées, en pré et postopératoire. Ce programme est présenté en annexe 2.

Variables dépendantes

Les variables retenues sont les connaissances, l'anxiété, le rétablissement postopératoire et la durée du séjour à l'hôpital.

1 Henderson, Virginia, op. cit. p. 28.

Connaissances

Pour parler de connaissance, il nous faut référer aux besoins d'apprendre et à la dynamique d'acquisition de l'apprentissage.

Virginia Henderson présente le besoin comme une nécessité plutôt qu'un manque, comme quelque chose de positif et de multidimensionnel. Il faut satisfaire l'expression de ce besoin en considérant sa dimension biologique, psychologique, sociale, culturelle et environnementale.

Le besoin d'apprendre fait aussi référence à un manque d'habileté interférant dans la promotion de la santé. Henderson le définit par le fait de satisfaire sa curiosité, de découvrir et de changer ses comportements.

Acquérir des connaissances implique une situation d'apprentissage que nous définissons comme une dynamique permettant d'établir des connexions entre certains stimuli et certaines réponses dont le résultat est d'augmenter l'adaptation de l'être vivant avec son milieu.

Anxiété

Pour une clientèle opérée, ce concept réfère à la crainte de l'anesthésie et /ou de la chirurgie, à la peur de perdre le contrôle de soi, à la crainte de souffrir, à celle de voir un changement de l'image corporelle et finalement à la peur de l'inconnu et des résultats de l'opération.

L'intervention chirurgicale provoque souvent chez la cliente une anxiété de situation qui peut se traduire par ses inquiétudes au sujet de sa famille, de son emploi et de ses problèmes financiers.

Spielberger¹ présente cette anxiété de situation comme un état ou une condition émotionnelle transitoire caractérisée par une tension d'appréhension subjective et consciemment perçue. Cet état peut varier en intensité et fluctuer dans le temps, selon les circonstances.

Rétablissement postopératoire

Le rétablissement postopératoire s'observe lorsqu'il y a reprise graduelle des activités jusqu'à un niveau optimum de fonctionnement bio-psycho-social chez le client opéré. La reprise graduelle des activités réfère à l'habileté physique qui est le niveau de capacité physique fonctionnelle de la cliente dans l'exécution de certaines activités après l'opération principalement à la mobilité au lit, au lever précoce et à la marche. En ce qui a trait à ces activités, l'intérêt réfère à la fréquence et à l'indépendance de la cliente opérée à les exécuter. Cette prise en charge fait référence au concept d'autonomie ou d'indépendance et se vérifie lorsque le client opéré est capable par lui-même de répondre avec satisfaction à ses besoins bio-psycho-sociaux après une intervention chirurgicale. Pour aider la cliente à reprendre graduellement ses activités après une chirurgie, il nous faut l'aider à contrôler et à soulager sa douleur. La douleur s'explique comme étant une souffrance physique accompagnée d'un effet psychologique. La douleur est aussi une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel ou décrit en termes d'un tel dommage.

¹ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R. State. Trait anxiety inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press Inc., 1970.

La présence chez la cliente de la douleur implique la consommation d'analgésiques qui consiste à administrer des médicaments prescrits par le médecin et administrés par l'infirmière par voie orale ou par voie intramusculaire en postchirurgie.

Le soulagement de la douleur s'observe par un état de bien-être physique et émotionnel caractérisé, chez l'opérée, par un minimum de difficulté ou de malaise dans l'exécution de certaines activités (se tourner, se lever, marcher, etc.) après l'intervention chirurgicale. L'inquiétude concernant la douleur incisionnelle, la plaie opératoire, la vue des tubes et la présence de nausées font partie de l'état de bien-être.

3.2 HYPOTHÈSES

En réponse à nos questions et aux conceptions théoriques, nous avons retenu les hypothèses de recherche suivantes:

- **HYPOTHÈSE PRINCIPALE**

Nous pensons qu'un programme d'enseignement pré et postopératoire dispensé à la clientèle hystérectomisée va avoir globalement des effets positifs sur sa santé.

- **Hypothèses secondaires**

- H₁ le programme d'enseignement pré et postopératoire augmente les connaissances de la cliente sur l'opération, sur le déroulement pré et postopératoire et sur sa convalescence;
- H₂ le programme d'enseignement préopératoire diminue le degré d'anxiété chez la cliente la veille de son intervention;

- H₃ le programme d'enseignement pré et postopératoire augmente le rétablissement postopératoire chez la cliente entre le 1er et le 2ème jour et entre le 2ème et le 4ème jour après l'opération;
- H₄ le programme d'enseignement pré et postopératoire augmente la prise en charge de la cliente en pré et postopératoire;
- H₅ le programme d'enseignement pré et postopératoire diminue l'indice de la douleur chez la cliente les 1er, 2ème et 4ème jours postopératoires;
- H₆ le programme d'enseignement pré et postopératoire réduit la dose et la fréquence d'utilisation des analgésiques au cours des 72 heures postopératoires chez la cliente.

3.3 SCHÉMA EXPÉRIMENTAL

Milieu

L'expérimentation se déroule au Centre hospitalier Jonquière auprès d'une clientèle répartie dans trois (3) unités de chirurgie générale soit:

- Sacré-Coeur 29 lits
- Ste-Marie 34 lits
- Ste-Margueriete 32 lits

La vocation du Centre hospitalier consiste à offrir à la clientèle des soins de courte durée (201 lits), de longue durée (60 lits) et des soins de réadaptation pour diverses toxicomanies (39 lits).

Échantillon

L'échantillon se compose de dix-huit (18) clientes. Chaque cliente devait être âgée entre vingt-cinq (25) et cinquante-cinq (55) ans, opérée pour hystérectomie élective abdominale (totale (S.O.B) ou avec salpingo-ovariectomie droite (SOD) ou gauche SOG)), ne devait pas être membre du corps médical ou infirmier de même que son conjoint, devait être capable de lire et comprendre le français, normale mentalement et avoir accepté de participer à l'étude.

Etant donné le nombre limité de personnes hospitalisées pour hystérectomie pendant la période d'étude, les sujets furent choisis selon l'ordre d'arrivée en tenant compte des critères établis.

Formation et répartition des groupes

Nous avons réparti les dix-huit (18) clientes en deux (2) groupes pour constituer un groupe expérimental et un groupe contrôle. La répartition des sujets s'est faite de façon équitable à raison de neuf (9) clientes par groupe. Le groupe expérimental se trouve exposé au programme d'enseignement pré et postopératoire alors que le groupe contrôle en est dispensé. L'illustration du schème expérimental est le suivant:

	<u>Avant</u>		<u>Après</u>
Groupe expérimental	x ¹	0	x ²
Groupe de contrôle	x ³		x ⁴

Le tableau I (annexe 1) présente les renseignements socio-démographiques des sujets des deux groupes (N=18). Plus de la moitié des deux (2) groupes sont âgées entre vingt-cinq (25) et trente-neuf (39) ans et ont deux (2) enfants. La majorité a une scolarisation de niveau secondaire et a vécu plus de trois (3) hospitalisations.

3.4 ÉTAPES DE RÉALISATION DE LA RECHERCHE

PREMIÈRE ÉTAPE: LA PROGRAMMATION

Nous avons d'abord inventorié les programmes existants (annexe 2.1) et identifié les besoins de la clientèle en matière d'enseignement, en consultant les responsables des unités de soins. Le tableau II présente les résultats en terme de besoins et le tableau III (annexe 1) les programmes d'enseignement existants. Devant l'absence de programme structuré à la clientèle hystérectomisée, nous avons élaboré et validé notre propre programme.

- Choix du programme

L'inventaire des besoins d'information à la clientèle exprimé par les infirmières-chefs et appuyé par les statistiques relevées aux archives ont démontré clairement l'importance d'un programme d'enseignement à offrir à la clientèle hystérectomisée. Notre choix a été aussi renforcé par l'absence totale de programme d'enseignement structuré auprès de cette clientèle opérée au Centre hospitalier Jonquière.

- Validation du programme

La validation du programme d'enseignement s'est faite de la façon suivante:

- . Par les intervenants (personnel infirmier - gynécologue). Chaque niveau d'enseignement a été présenté, vérifié et corrigé à l'aide de rencontres en micro-groupes (au moins trois (3) par niveau). Les commentaires, remarques et suggestions découlant de ces rencontres ont permis la réalisation d'une version finale qui a été approuvée par un comité d'éducation composé de la recherchiste, de deux responsables en éducation, des trois infirmières-chefs de chirurgie et des gynécologues consultants.
- . Par la clientèle. Avant l'expérimentation, le programme d'enseignement a été appliqué auprès de trois (3) clientes qui ont reçu l'enseignement et qui ont évalué à l'aide d'un questionnaire le contenu, les méthodes et la durée des séances pour l'enseignement en pré et postopératoire.

A partir des résultats et des commentaires émis, le contenu a été un peu modifié. Des termes ont été changés ainsi que l'ordre de présentation.

- Fiabilité

Afin de s'assurer la fiabilité du programme d'enseignement dispensé par le personnel infirmier, nous avons, d'une part, rédigé le programme sous forme de fiches 5 x 7 avec code de couleur pour repérer facilement le niveau d'enseignement requis par la cliente, formé le personnel infirmier tant sur le contenu du programme que sur les principes d'apprentissage chez l'adulte en situation de crise (6hrs/pers.), élaboré un plan d'action qui assure la dispensation de la totalité du programme à la cliente hystérectomisée, développé des documents audio-visuels pour s'assurer que la cliente reçoit les éléments importants et obligatoires de la même façon et rédigé des dépliants éducatifs à remettre à la cliente pour renforcer et compléter l'enseignement.

De plus, l'infirmière s'assure quotidiennement que la cliente reçoit la totalité du programme en vérifiant le questionnaire d'identification des besoins et d'évaluation de l'enseignement.

- Structure du programme

- Les domaines d'apprentissage.

Tous les objectifs terminaux du programme (annexe 2.2) découlent des quatorze (14) besoins fondamentaux du modèle conceptuel de Virginia Henderson¹. Les objectifs spécifiques intermédiaires circonscrivent les apprentissages visés dans les domaines cognitif, psycho-moteur et socio-affectif et répondent aux trois dimensions qui composent chacun des besoins soit biologiques, psychologiques et sociaux.

- Classification des objectifs

En vue d'assurer la compréhension la plus univoque possible du programme et afin d'expliciter plus clairement les intentions des concepteurs dans la formulation des objectifs, on a classifié les objectifs terminaux selon les quatorze (14) besoins à satisfaire chez la cliente.

Ces objectifs terminaux découlent de l'objectif général et présentent une même hiérarchie d'apprentissage aux différents niveaux intermédiaires en préopératoire, en post-opératoire et en convalescence.

- Les niveaux d'objectifs

Dans la rédaction du programme, chacun des objectifs spécifiques intermédiaires

¹ Henderson, Virginia. op. cit. p. 28.

(annexe 2.3) sont regroupés et présentés selon le temps déterminé pour l'apprentissage. Cependant comme l'apprentissage se fait dans un contexte non-idéal aux conditions normales d'apprentissage, il est permis d'ajuster le programme aux besoins spécifiques de la cliente au moment où celle-ci l'exprime.

Cette adaptation est permise parce qu'elle s'ajuste à la philosophie de base qui guide notre pratique infirmière et qui s'inspire du modèle de Virginia Henderson. Cette philosophie a pour but ultime l'indépendance du client dans la satisfaction de ses quatorze (14) besoins fondamentaux. L'éducateur nursing doit donc suppléer à ce qui manque à la cliente en l'aidant à satisfaire ses besoins d'apprentissage en préopératoire, en postopératoire et en convalescence.

- Le guide pédagogique

Le contenu théorique (annexe 2.4) vise à permettre une réponse spécifique au manque de connaissance de la cliente.

Le regroupement systématique de l'enseignement en préopératoire et en postopératoire et en convalescence est d'abord un guide qui favorise une vision globale de toutes les connaissances nécessaires à la guérison d'une cliente hystérectomisée.

- Le temps requis

Si on veut aider la cliente hospitalisée à réaliser les objectifs du programme, on devra lui permettre de recevoir la totalité de l'information au moment déterminé par chacun des volets.

Ainsi, la cliente pourra augmenter ses connaissances pour se rétablir facilement et rapidement tout en prévenant les complications.

Etant donné le grand intérêt de la clientèle, l'application du programme exige la participation de toute l'équipe soignante pendant toute la durée du séjour de la cliente que ce soit de jour, de soir ou de nuit.

Il est proposé que le volet préopératoire soit dispensé à la cliente la veille de son intervention chirurgicale ou encore mieux plus tôt si elle est hospitalisée plus de 24 heures à l'avance.

Le volet postopératoire exige la participation de la cliente et de sa famille pour faciliter sa réhabilitation et prévenir les complications. L'équipe se doit donc de motiver la cliente à respecter les objectifs visés en maintenant une supervision la plus constante possible.

La veille du départ ou le moment choisi par la cliente va lui permettre de recevoir tout l'enseignement proposé pour l'aider à vivre son retour à domicile et à reprendre graduellement ses activités normales avec l'aide matérielle et psychologique nécessaire à son bien-être optimal.

Il est entendu que l'application de ce programme s'ajuste à la philosophie de nos services qui se veulent personnalisés. L'équipe soignante va donc permettre lorsque nécessaire l'ajustement des étapes de réalisation aux besoins individuels de la cliente hystérectomisée.

DEUXIÈME ÉTAPE: L'APPLICATION DU PROGRAMME

Cette étape consiste à mettre concrètement en application le programme d'enseignement sur les unités de soins. Cette application s'est déroulée à partir du 3 juin 1984 et ce pendant cinq (5) semaines.

La dispensation du programme d'enseignement comporte trois exigences importantes à respecter.

La première vise à ce que le programme ne soit pas donné du début jusqu'à la fin et de façon systématique à toutes les clientes. Il doit correspondre au besoin réel de la cliente et ainsi lui permettre une certaine autonomie. La deuxième exigence demande de respecter les séquences de façon à ce que la cliente reçoive l'information pertinente correspondant à l'étape de son séjour. La troisième exigence implique la considération des contraintes temporelles du personnel actuellement vécues dans les unités de soins.

Séquences d'application

Le programme est divisé en trois séquences d'application (annexe 2.5):

o Séquence 1

Cette première séquence comprend tout l'enseignement qui doit être obligatoirement donné de façon systématique avant la chirurgie. Cette période se situe de l'admission au départ de la cliente pour la salle d'opération. Le contenu théorique de cette séquence est partagé et fixé à des moments précis du temps hospitalier pour garantir son application, pour éviter les répétitions et pour en répartir les responsabilités sur tous les services

(jour-soir-nuit). Les moments retenus sont à l'accueil, lors de la préparation du champ opératoire, en soirée, à la mise en nuit et le matin de la chirurgie avant le départ pour la salle d'opération.

o Séquence 2.

Cette deuxième séquence comprend tout le reste du contenu de l'enseignement sauf les conseils pour la convalescence. Le moment retenu pour dispenser cette partie de l'enseignement est la deuxième et/ou la troisième journée(s) postopératoire(s). A cette période, la cliente est moins souffrante et plus réceptive à recevoir de l'information.

o Séquence 3.

La dernière séquence comprend le contenu concernant tous les conseils nécessaires pour optimiser la convalescence de la cliente. Le moment retenu pour cette séquence est le quatrième jour postopératoire ou la veille du départ.

Moyens didactiques

Pour faciliter l'application du programme et favoriser davantage l'apprentissage chez les clientes hystérectomisées, nous avons développé différents instruments pédagogiques. Ces outils de travail sont:

- Brochure: Préparation à l'hystérectomie (annexe 2.6)
- Feuille: Déroulement de la semaine opératoire (annexe 2.7)
- Feuille: La ménopause (annexe 2.8)
- Brochure: Votre convalescence après une hystérectomie (annexe 2.9)
- Diaporama: Information sur l'hystérectomie (annexe 2.10)

- Vidéo: Les exercices respiratoires et musculaires après une chirurgie (annexe 2.11)

Tout ce matériel est utilisé à un moment ou à un autre du programme pour appuyer l'enseignement, faciliter la compréhension et sécuriser la cliente.

A noter que cela ne remplace en rien les explications verbales et la relation qui s'établit entre le membre du personnel et la cliente.

Instruments de fonctionnement

Dossier de la cliente (annexe 3.1)

Un dossier est préparé pour chaque cliente qui participe à l'étude, c'est-à-dire celles du groupe expérimental et celles du groupe contrôle. Le dossier contient les informations identifiant la cliente, la langue parlée, le degré de scolarité, le chirurgien et d'autres informations sommaires.

Informations désirées par la cliente hospitalisée (annexe 3.2)

Ce questionnaire permet de savoir si la cliente du groupe expérimental désire recevoir de l'information au sujet de son intervention chirurgicale et de son rétablissement. Ce document est complété par la cliente avec l'aide de l'infirmière si nécessaire.

Le but de ce questionnaire est de recueillir les besoins d'apprendre de la cliente et d'identifier la façon dont elle aimerait que l'enseignement pré et postopératoire soit dispensé pendant son séjour à l'hôpital.

Description et validation

Ce questionnaire complété par la cliente à l'admission permet de recueillir les réponses aux préoccupations suivantes:

- . à qui s'adresse l'enseignement?
- . quels sont leurs besoins d'apprendre?
- . quel est leur intérêt sur le sujet?
- . que veulent-elles savoir?
- . quelle est la meilleure façon pour elles d'apprendre?

Un espace est réservé pour les commentaires.

Ce même questionnaire a été validé auprès de six (6) clientes hospitalisées en chirurgie pour subir une hystérectomie. Cette validation a permis d'enlever quatre (4) questions jugées non pertinentes et de faire quelques ajouts. Suite à ces modifications, ce questionnaire d'investigation a été validé une deuxième fois auprès de deux (2) clientes hospitalisées pour subir l'hystérectomie.

TROISIÈME ÉTAPE: ÉVALUATION DES EFFETS D'ENSEIGNEMENT

L'évaluation des effets du programme d'enseignement a commandé l'utilisation d'une série de tests dont nous présentons ci-dessous les caractéristiques ainsi que les paramètres de leur utilisation.

Test sur les connaissances (pré et post-test) (annexe 3.3)

Ce questionnaire a pour but d'évaluer les connaissances de la cliente au sujet de la semaine opératoire et du retour à la maison.

Description et validation

Cet outil d'évaluation comprend deux (2) parties construites à partir des notions incluses dans le programme d'enseignement. La première partie comprend quinze (15) questions en rapport avec le déroulement de la semaine opératoire et la deuxième partie, cinq (5) questions sur la convalescence. Deux types de questions sont utilisés soit le vrai ou faux et le choix multiple.

Chaque question vaut un (1) point. Une seule réponse par question est acceptée et une mauvaise réponse donne zéro (0) point. Le résultat est sur quinze (15) points pour la première partie et sur cinq (5) points pour la seconde partie. L'addition des deux résultats donne un total de vingt (20) points. Ce questionnaire est complété par les clientes du groupe expérimental et du groupe contrôle. La première partie (questions 1 à 15) du questionnaire est remplie à l'admission et la deuxième partie (questions 16 à 20), le troisième jour après l'opération.

La deuxième partie du questionnaire est complétée entre 10h et 10h30 (pré-test) le troisième jour postopératoire. Ce même questionnaire est repassé entre 11h et 11h30 le même jour. Ce moment coïncide avec la période où se donne la deuxième partie du programme d'enseignement sur la convalescence au groupe expérimental.

Le groupe contrôle passe ces tests au même moment mais ne reçoit pas le programme d'enseignement.

Ce questionnaire a été validé auprès de huit (8) clientes hospitalisées pour hystérectomie afin de vérifier le contenu, la clarté des termes utilisés et la durée requise pour le compléter.

Test d'évaluation du degré d'anxiété

Ce questionnaire (annexe 3.4) vise à évaluer le degré d'anxiété de la cliente hospitalisée devant subir une hystérectomie et veut aussi vérifier si l'information à la cliente sur le déroulement de la semaine opératoire diminue son anxiété vis-à-vis la situation de future opérée.

Description et validation

Cette grille composée de dix-sept (17) questions est complétée par la cliente à l'admission au même moment où cette dernière remplit la première partie du pré et post test des connaissances pour le groupe contrôle.

Ce questionnaire est administré au groupe expérimental après avoir dispensé l'enseignement préopératoire, la journée même de l'admission.

Afin d'obtenir un résultat, on évalue les réponses d'après la pondération suivante:

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 3 - beaucoup | 1 - pas du tout |
| 2 - modérément | 0 - ne s'applique pas |

Le score maximum pouvant être enregistré est de 51 points. Chaque résultat de la compilation des points est associé à un niveau d'anxiété, de la façon suivante:

- anxiété peu élevée: 1 à 17 points
- anxiété modérée: 18 à 34 points
- anxiété élevée: 35 à 51 points

Ce test d'attitude est élaboré à partir des peurs et des craintes mentionnées dans la littérature consultée chez les futurs opérées.

Pour chaque résultat recueilli, l'auteur adopte la théorie émotionnelle décrite par Janis¹ et l'adapte à l'anxiété vécue chez les opérés.

Cet auteur voit l'anxiété à partir de trois (3) niveaux:

1. haut niveau de peur anticipé
2. niveau modéré de peur
3. bas niveau de peur

Le premier niveau correspond à la personne effrayée, apeurée à la seule pensée des événements futurs susceptibles de se réaliser. Cette personne a besoin d'être rassurée. Au deuxième niveau, l'individu est inquiet, tendu face à un événement. Il demande à recevoir une information pertinente sur les préoccupations du moment. Il possède une certaine capacité de se rassurer. Finalement, la personne au troisième niveau envisage d'une manière optimiste les événements à venir. Elle ne réalise pas les retombées de la situation. Elle nie tout sentiment de peur. Elle éprouve de la difficulté à se distraire, à échanger avec les autres sur ses craintes. Elle exprime des attentes irréelles.

¹ Janis, Irving L. Stress and frustration. New York. Ed. H.B., 1971, 215 p.

Ce questionnaire a été validé auprès des mêmes personnes que le test des connaissances. Suite à cette validation, une question a été enlevée et le choix des réponses a été réduit.

Questionnaire sur le rétablissement postopératoire.

L'instrument intitulé "inventaire du rétablissement postopératoire" (IRPO) (annexe 3.5) mesure le rétablissement postchirurgical qui se définit comme la reprise graduelle jusqu'à un niveau optimum du fonctionnement physique et émotionnel des clientes opérées. Le rétablissement comprend 3 caractéristiques soit l'état de bien-être, les sensations de douleur et l'habileté physique fonctionnelle (les termes sont décrits antérieurement).

Description et validation

Ce questionnaire, complété par la cliente elle-même en apposant un crochet dans la case appropriée à sa situation, se compose de onze (11) questions.

Les quatre (4) premières questions mesurent l'état de bien-être de l'opérée et le total des points accordés pour cette composante est de cinquante-sept (57). Les questions 5 à 7 mesurent les sensations de douleur vécues par l'opérée, un maximum de quinze (15) points est alloué. Les questions 8 à 11 mesurent l'habileté physique fonctionnelle chez l'opérée et le maximum de points à obtenir est de dix-neuf (19). L'ensemble de l'inventaire totalise cent un (101) points. Les points les plus élevés désignent le meilleur rétablissement. Lorsque le client répond "ne s'applique pas" pour les deux (2) premières questions, l'item est annulé. Toutefois le score total de la composante bien-être demeure cinquante-sept (57) points.

Pour les fins de cette recherche, ce questionnaire est distribué le premier, le deuxième et le quatrième jour après l'opération entre 15h30 et 18h. Le but est de savoir s'il y a une différence significative entre la 1ère, 2ème et 4ème journée postopératoire quant au groupe expérimental et de contrôle, c'est-à-dire ceux qui ont reçu le programme d'enseignement et ceux qui ne l'ont pas reçu.

L'instrument développé par Grenier et collaborateurs¹ a servi de base à l'étude du rétablissement postopératoire. Certains auteurs confirment que le rétablissement postchirurgical pour les hystérectomisées et les cholécystectomisés est similaire dû au site de l'incision. C'est pour cette raison que nous avons retenu ce questionnaire pour cette étude.

Ce questionnaire a été validé par quatre (4) des six (6) clientes qui ont participé à la validation du programme d'enseignement. Suite à cette validation, quelques changements ont été apportés mais sans que cela ne change le sens du questionnaire.

Pour rendre plus facile l'association qualitative de la douleur et de l'anxiété avec les chiffres, l'auteur adopte l'échelle de Scott pour les questions 5, 6 et 7 du questionnaire sur le rétablissement postopératoire.

- 1 - aucune
- 2 - légère
- 3 - modérée
- 4 - élevée
- 5 - maximum

1 Grenier, Raymond et Louise Lévesque. Développement d'une mesure de rétablissement postopératoire. Subvention de Santé et Bien-Etre Social Canada, Projet 6605 - 1438-43

Questionnaire sur l'évaluation de la douleur

Le questionnaire d'algie (annexe 3.6) de l'Hôtel-Dieu de Montréal (adaptation française expérimentale du McGill pain Questionnaire), établi pour une étude sur les narcotiques permet de donner deux indices soit:

1. L'indice d'évaluation de la douleur (I.E.D.)
2. L'indice de la douleur actuelle (I.D.A.)

Description et validation

Le premier indice (I.E.D.) est la somme des valeurs ordinales des mots choisis, d'après leur position dans chaque sous-catégorie. Il est possible de calculer le score I.E.D. séparément pour chaque classe:

- dimension sensorielle (sous-catégorie 1 à 10)
 - dimension affective (sous catégorie 11 à 15)
 - évaluation (sous-catégorie 16)
 - divers (sous-catégorie 17 à 20)
- et obtenir un score total (sous-catégorie 1 à 20)

Le second indice (I.D.A.) est exprimé par un chiffre de 1 à 5; chaque chiffre symbolise un des adjectifs suivants:

1: légère; 2: agaçante; 3: désolante; 4: horrible; 5: atroce

Ce questionnaire permet aussi de noter la localisation, la durée et les symptômes associés à la douleur.

Ce questionnaire est complété par les deux groupes de l'étude, les 1er et 2ème jour, et les 3ème et 4ème jour postopératoire, immédiatement après le questionnaire sur le rétablissement opératoire.

Ce questionnaire d'algie a été validé auprès de six (6) personnes hospitalisées. Aucun changement n'a été apporté.

Contrôle des analgésiques

Cette fiche (annexe 3.7) permet de recueillir quelques informations sur la cliente (nom, âge, type d'opération, date de l'intervention, l'unité et numéro du dossier) et sa consommation de calmants en indiquant le nom de l'analgésique, la dose, le mode d'administration et la fréquence par jour pour chaque sujet de la recherche. Cet instrument de mesure est complété par l'infirmière à partir du dossier de soins infirmiers pendant les trois premiers jours postopératoires.

Lors de ce relevé au dossier de la cliente, l'infirmière note la date et l'heure du premier lever et lit la rédaction complète des observations de l'infirmière pour voir si des changements apparaissent dans la condition de la cliente (ex.: refuser la médication) et si ceux-ci peuvent influencer les résultats de l'étude.

Questionnaire sur l'évaluation du programme d'enseignement

Le questionnaire (annexe 3.8) vise à recueillir les appréciations et les commentaires des clientes sur le programme d'enseignement qui leur a été offert dans le but de l'améliorer.

Description et validation

Le questionnaire comprend trois parties:

La première présente huit (8) questions qui permettent de recueillir certaines données quantitatives (durée) et qualitatives (moment, heure, termes, explications, contenu, interrogations et approche utilisée) sur le programme d'enseignement.

Dans la deuxième partie, on retrouve trois questions qui permettent à la cliente de connaître l'utilité de la documentation donnée, l'importance d'être préparée pour le retour à domicile et si elle préfère recevoir le programme d'enseignement à un autre moment.

Ce questionnaire se termine par un espace réservé à des commentaires et des suggestions sur le programme d'enseignement et le déroulement de l'expérimentation. Les clientes sont fortement invitées à compléter cette partie.

Ce questionnaire est complété par les clientes du groupe expérimental lors de la troisième journée postopératoire immédiatement après avoir reçu la seconde partie du programme d'enseignement.

Cet instrument d'évaluation s'inspire d'un questionnaire développé dans le cadre d'un programme d'enseignement pour diabétique et d'un article intitulé "La planification et l'évaluation: la rationalité comme objectif et outil de changement", tiré du volume Changement planifié et développement des organisations par Allaire et coll., chap. 23.

Ce questionnaire a été présenté à deux (2) personnes-ressources en éducation et à une cliente pour valider les termes employés, la structure et le type des questions. Cette validation a permis de modifier l'ordre des questions et de changer quelques termes.

Suite à l'élaboration de cette méthodologie et des outils utiles à assurer la mesure des conséquences de l'intervention, voyons dans le chapitre suivant les résultats de l'expérimentation sur l'acquisition des connaissances, sur le degré d'anxiété, sur la douleur et sur le rétablissement postopératoire.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS: ANALYSE ET DISCUSSION

Ce chapitre présente d'une manière alternative les résultats des effets de l'enseignement et leur analyse et discussion.*

Avant de présenter plus spécifiquement chacune des variables à l'étude, nous vous présentons globalement les résultats de l'expérimentation au tableau IV (annexe 1).

4.1 RÉSULTATS SPÉCIFIQUES DE L'ENSEIGNEMENT

Acquisition de connaissances (Hypothèse 1)

Le programme d'enseignement pré et postopératoire augmente les connaissances de la cliente sur l'opération, sur le déroulement pré et postopératoire et sur sa convalescence.

- **Présentation**

Le tableau V présente les résultats et les pourcentages du pré et post-test sur les connaissances du déroulement de la semaine opératoire et sur l'intervention chirurgicale. En pré-test, le groupe expérimental a obtenu un résultat légèrement supérieur à celui du groupe de

* En raison de la taille des groupes, on a pris option de composer avec des moyennes et nous n'avons pas jugé utile d'appliquer un outil statistique pour en apprécier les différences entre les deux groupes, les données nous semblant suffisamment éloquentes. Par ailleurs, afin de faciliter la continuité dans la présentation des résultats et leur discussion, nous avons placé tous les tableaux de ce chapitre en annexe 1. Leur nombre nous paraît justifier cette mesure.

contrôle, soit 15,66 points contre 15. Les résultats du post-test démontrent qu'il y a une augmentation de 2,56 points sur les connaissances du groupe expérimental et qu'il n'y a aucun changement pour le groupe de contrôle.

- Analyse et discussion

Les résultats obtenus par le groupe expérimental confirment que le programme d'enseignement à la cliente hystérectomisée a un effet positif sur l'augmentation de ses connaissances face aux événements pré et postopératoires. La différence entre les deux groupes permet d'affirmer que les clientes, par les séances d'enseignement, peuvent suivre plus facilement les différentes étapes de la semaine opératoire et comprendre les diverses interventions du personnel soignant.

L'augmentation des connaissances de la cliente hystérectomisée a été possible grâce à un synchronisme des activités éducatives pré et postopératoires et à une stimulation constante de la cliente par le personnel infirmier. De plus, l'uniformité du langage dans les informations dispensées, une approche pédagogique personnalisée et du matériel didactique complémentaire utilisés pour renforcer les enseignements ont assuré une continuité tout au long du séjour en plus d'établir un lien avec la famille en vue d'une implication.

Cette structure et son application systématique aux différents moments vécus par la cliente corroborent l'opinion de Linda Bergeron¹ à l'effet qu'il est possible pour le personnel infirmier de faire de l'enseignement au fil de la tâche. L'infirmière de jour, de soir comme de

¹ Bergeron, Linda, op. cit. p. 34-35.

nuît, a la responsabilité de répondre aux besoins d'apprendre de sa cliente hystérectomisée en utilisant toutes les ressources nécessaires à sa satisfaction.

Cette approche structurée et personnalisée a suscité une relation dynamique infirmière-cliente qui a contribué à augmenter l'état de bien-être et la prise en charge de la cliente vers la guérison. Le personnel infirmier a affirmé, à plusieurs reprises, que les clientes hystérectomisées ayant reçu la formation étaient plus autonomes que les autres clientes opérées. Par exemple, elles n'avaient pas besoin de leur dire de faire leurs exercices respiratoires ou musculaires alors qu'elles devaient assister et encourager plus fortement les clientes opérées qui n'avaient pas reçu l'enseignement. Par la même occasion, elles ont remarqué que les clientes hystérectomisées posaient beaucoup plus de questions sur leur intervention et sur leur rétablissement que les autres opérées, ce qui est en accord avec l'opinion de Winslow¹ lorsqu'il dit que l'infirmière doit prendre conscience que l'enseignement au client est un moyen de promouvoir la santé.

Anxiété situationnelle (Hypothèse 2)

Le programme d'enseignement pré et postopératoire diminue le degré d'anxiété chez la cliente la veille de l'intervention.

1 Winslow, E. op. cit., p. 213.

- Présentation

L'évaluation des résultats fait référence aux trois niveaux d'anxiété établis par Janis¹, que l'auteur adapte et catégorise comme suit:

Anxiété peu élevée:	1 à 17 points
Anxiété modérée	18 à 34 points
Anxiété élevée:	35 à 51 points

Au tableau VI nous voyons que le groupe expérimental avant l'enseignement présente un niveau d'anxiété plus élevé (27 points) que le groupe contrôle (25,77 points). Suite à l'application du programme d'enseignement, le niveau d'anxiété du groupe expérimental a baissé à 22,55 points tandis que le niveau du groupe contrôle a augmenté à 26,11 points.

Une seule cliente du groupe expérimental a manifesté un niveau d'anxiété plus élevé de deux (2) points après avoir reçu le programme d'enseignement. Toutes les autres ont subi une diminution. En pré-test, une cliente dans chacun des groupes a démontré une anxiété élevée soit 35 points pour le groupe expérimental et 44 points pour le groupe contrôle. Cette même cliente du groupe expérimental affiche une baisse de ses craintes suite à l'enseignement alors que la cliente du groupe contrôle maintient son niveau d'anxiété.

Le niveau d'anxiété étant associé aux peurs et inquiétudes vécues par les clientes, nous avons identifié à partir de la fréquence d'expression des clientes, celles qui les rendent plus anxieuses. Pour l'analyse, nous avons regroupé dans les item beaucoup et modéré les peurs et inquiétudes notées par les deux groupes.

¹ Janis, Irving L., op. cit., p. 215.

Il apparaît au tableau VII que les peurs qui affectent les opérées sont dans l'ordre: l'anesthésie et l'inconnu avec des pourcentages respectifs de 66,6% et 61,1%. Les craintes exprimées par 55% des clientes sont la mort, le fait d'être séparée de leur famille et les résultats de l'opération. La souffrance et la douleur ont été soulignées par 50% des clientes comme peur vis-à-vis l'intervention chirurgicale.

Parmi les sujets d'inquiétude, celui de la famille se trouve au premier rang avec un pourcentage de 66,6%. La moitié des gens ont noté avoir besoin de parler de leurs peurs avant l'intervention chirurgicale. La majorité (77,7%) exprime une curiosité face à l'opération.

- Analyse et discussion

Le niveau d'anxiété à la baisse pour le groupe expérimental est un autre effet positif de l'enseignement qui diminue l'anxiété de situation chez la cliente informée la veille de l'intervention.

Cette peur à un niveau modéré répond à un pré-requis identifié par Janis¹, qui la voit comme une inquiétude constructive, ce qui amène le client malade à rechercher l'information ainsi que les moyens de défense pertinents au danger qui le menace.

L'utilisation d'une approche personnalisée et de techniques de relation d'aide adaptée au modèle conceptuel de Virginia Henderson contribue aussi par des soins plus humains à rassurer la cliente parce qu'elle a l'aide et l'écoute appropriées à ses besoins.

1 Janis, Irving L., op. cit., p. 215

Les résultats du groupe expérimental démontrent les affirmations théoriques de Janis à l'effet que les sujets modérément anxieux sont ceux qui bénéficient le plus de programme d'information et qu'ils seront moins perturbés émotionnellement et mieux adaptés après l'intervention. Cependant, nous nous expliquons difficilement l'augmentation des niveaux d'anxiété après l'enseignement chez une cliente de ce groupe. Nous pensons qu'elle peut être attribuable à la qualité de la relation d'aide ou à des agents stressants tels les visiteurs, les compagnes de chambre, etc.

Il est compréhensible que les sujets du groupe contrôle avec en pré-test un niveau modéré d'anxiété, niveau qui stimule le besoin de savoir ce qui va se passer, présentent un statu quo ou une légère baisse de leurs inquiétudes en post-test. L'absence d'information structurée aux diverses étapes de leur séjour à l'hôpital a probablement contribué à maintenir trois clientes à un même niveau d'anxiété. Quatre clientes ont enregistré une légère diminution de leur niveau d'anxiété, peut-être parce qu'elles ont eu des réponses à leurs questions au fil du temps soit par du personnel, des membres de la famille ou des compagnes de chambre. Une cliente démontre une hausse qui peut s'expliquer par l'absence de réponse à ses questions par les ressources du milieu ou encore comme elle enregistrait un niveau peu élevé d'anxiété à l'arrivée, elle n'avait pas les pré-requis mentionnés par Janis à l'effet de ressentir le besoin de rechercher l'information.

Il se dégage des deux groupes que les clientes qui présentent un niveau modéré d'anxiété voient leur niveau d'anxiété diminué lorsqu'elles reçoivent de l'information sur leur chirurgie et que celles qui reçoivent l'information par bribes ont plus de difficulté à diminuer leurs appréhensions pendant leur séjour ce qui peut même chez quelques-unes augmenter leur anxiété tout dépendant de leur personnalité.

Rétablissement postopératoire et prise en charge (Hypothèses 3 et 4)

Hypothèse 3: Le programme d'enseignement pré et postopératoire augmente le rétablissement postopératoire chez la cliente entre le 1er et 2ème jour et entre le 2ème et le 4ème jour après l'opération.

Hypothèse 4: Le programme d'enseignement augmente la prise en charge en pré et postopération.

Nous avons regroupé ces deux item parce que la prise en charge est une conséquence logique du rétablissement postopératoire.

L'évaluation du rétablissement postopératoire tient compte des trois composantes suivantes: l'état du bien-être, les 1er, 2ème et 4ème jours, les sensations de douleur et leur contrôle ainsi que l'habileté physique fonctionnelle.

- Présentation
 - o Rétablissement postopératoire

1er et 2ème jours

Le tableau VIII indique que le groupe expérimental présente un résultat de 54,33 points la 1ère journée et de 60,18 points le 2ème jour. Le groupe contrôle détient le 1er jour un résultat de 47,2 points et de 58,33 la 2ème journée.

2ème et 4ème jours

Entre les 2ème et 4ème jours on observe une augmentation des résultats chez les deux groupes soit 4,67 pour le groupe expérimental et 8,77 pour le groupe contrôle. Par ailleurs, le résultat du premier groupe est plus bas le 4ème jour postopératoire avec 65,55 points comparativement à celui du groupe contrôle qui atteint 67,11 points.

- Habileté physique fonctionnelle

L'évaluation de l'habileté physique fonctionnelle le 1er jour postopératoire (tableau IX) indique un résultat de 14,55 points pour le groupe expérimental contre un résultat de 10 points pour le groupe contrôle.

Le deuxième jour on remarque un résultat de 19 points pour le groupe expérimental, comparativement au groupe contrôle qui se situe à 18,22 points.

On constate à partir de ce tableau une augmentation la 2ème journée de l'habileté physique fonctionnelle pour les deux groupes, cependant cette augmentation est plus grande pour le groupe contrôle (8,22 contre 4,55).

Ce même questionnaire a permis aux clientes d'identifier les activités qu'elles pouvaient exécuter elles-mêmes le premier jour après l'opération.

Le tableau X présente la fréquence et le pourcentage des réponses par rapport aux activités accomplies seules ou avec aide le premier jour postopératoire.

Les neuf clientes du groupe expérimental se sont tournées dans leur lit sans aide le premier jour après l'opération comparativement à 5 clientes sur neuf pour le groupe contrôle.

Trois clientes sur neuf ayant participé au programme d'enseignement se sont levées sans aide le premier jour postopératoire. Toutes les clientes du groupe contrôle ont nécessité l'aide du personnel infirmier pour se lever et sortir du lit, le premier jour après l'opération.

Trois clientes du groupe expérimental ont marché seules le premier jour postopératoire contre deux pour le groupe contrôle.

La majorité des candidates 6/9 du groupe expérimental se sont assises seules au fauteuil et sur la toilette alors que seulement deux clientes du groupe contrôle ont pratiqué cette activité sans aide le premier jour après l'opération.

- Analyse et discussion

Les résultats tendent à indiquer que le programme d'enseignement augmente effectivement le rétablissement des clientes les deux premières journées postopératoires mais pour la 4ème journée on ne peut l'étendre compte tenu que le groupe contrôle détient des résultats plus élevés que le groupe expérimental. Donc à partir de ces résultats, nous ne pouvons accepter que partiellement l'effet positif de l'enseignement sur le rétablissement postopératoire.

La prise en charge de la cliente implique la reprise de ses activités après l'opération. Les résultats au tableau IX et X révèlent que le programme d'enseignement a une influence sur la capacité des clientes à exécuter des mouvements, à se lever et marcher après l'intervention chirurgicale. Nous pouvons affirmer que l'enseignement a un effet positif sur la prise en charge par la cliente de ses activités.

Le rétablissement postopératoire fait appel à l'application pratique des connaissances de la cliente. L'éducatrice dans le domaine de la santé peut par les résultats de prise en charge, vérifier l'intégration des connaissances de la cliente et appliquer selon les réponses obtenues

les correctifs et renforcements nécessaires à l'acquisition de notions pertinentes à une meilleure compréhension de la part de la cliente.

L'apprentissage se vérifie lorsque la cliente, malgré le stress de la maladie, applique les changements de comportements favorables à la prise en charge de sa santé. Cette participation la motive et l'aide à se rétablir plus vite.

Les résultats de cette étude appuient ceux de Grenier¹ en ce qui a trait à l'amélioration du rétablissement postopératoire des sujets et à l'augmentation de l'activité physique fonctionnelle. La mobilité plus grande et de façon plus autonome par les clientes du groupe expérimental est un effet positif de l'enseignement en groupe et semble pouvoir être mise en relation avec l'observation de Redman² qui considère l'apprentissage collectif comme une méthode enrichissante pour les participants. Pour cet auteur, l'interaction de groupe favorise une plus grande participation ce qui augmente la motivation et consécutivement l'apprentissage.

L'autonomie plus grande chez les clientes du groupe expérimental rejoint la position de Brosseau³ et Park⁴ qui constatent que l'enseignement de groupe permet d'une part une économie de temps pour les infirmières et d'autre part, permet aux clientes de s'identifier à d'autres qui vivent la même situation, de poser les questions dont les réponses servent à tous, d'exprimer leurs craintes et de renforcer les affirmations de l'infirmière.

1 Grenier, R. op. cit., pp.22-25.

2 Redman, B. op. cit., pp. 122-135.

3 Brosseau, D. op. cit., p. 28.

4 Park, S. op. cit., p. 38.

Sensation de douleur (Hypothèse 5)

Le programme d'enseignement pré et postopératoire diminue l'indice de la douleur chez la cliente les 1er, 2ème et 4ème jours postopératoires.

- Présentation

Le questionnaire de Melzack¹ (annexe 3.6) adapté par la Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Montréal a permis d'évaluer la douleur chez le client.

o Évaluation de la douleur

Pour notre analyse, l'indice d'évaluation de la douleur est calculé d'une façon globale pour chacun des deux groupes, les première, deuxième et quatrième journées postopératoires.

Le tableau XI présente l'indice d'évaluation de la douleur chez les sujets des deux groupes.

Le groupe expérimental accuse une évaluation de la douleur plus basse que le groupe contrôle et ce pour le premier, deuxième et quatrième jour après l'opération. Le groupe expérimental obtient des données respectives à chacun des jours soit 142,55, 138 et 110,44 points contre 161,11, 156,66 et 127,75 pour le groupe de contrôle.

Les deux groupes révèlent une diminution de leur moyenne les jours subséquents.

¹ Melzack, Ronald et Patrick D. Wall. Le défi de la douleur. Chevalière et Stanké. Montréal 1982. 413 p. Traduit de l'anglais par Daniel Bélanger.

- o Expression de la douleur

Le tableau XII présente la fréquence d'expression du syndrome de la douleur aux niveaux affectif et sensoriel pour les deux groupes.

Le groupe expérimental exprime le syndrome de douleur au niveau sensoriel en utilisant les expressions élançement, lancinante, tiraillement, crampe, localisée et chaleur.

Les termes utilisés pour la même dimension par le groupe contrôle sont élançante, lancinante, tiraillement, crampe, localisée et perçante.

En regard de la dimension affective, les clientes du groupe expérimental parlent de la douleur en termes de: fatigante, pénible, déprimante et suffocante.

Pour leur part les clientes du groupe contrôle ont parlé de douleur fatigante et pénible.

La sous-catégorie "évaluation" n'a pas donné de résultat significatif par rapport au nombre répondu.

La sous-catégorie "divers" rapporte pour le groupe expérimental les termes étirement et énervante. Le groupe contrôle parle en termes de douleur pénétrante avec un pourcentage de 44,44%.

- Analyse et discussion

Les résultats du tableau XI démontrent un effet positif de l'enseignement sur le contrôle de la douleur les 1er, 2ème et 4ème jours post-opératoires. Le fait que les sujets du groupe expérimental soient informés sur les moyens de diminuer la douleur contribue à réduire leur niveau d'inconfort.

Il se dégage de ces résultats que les clientes informées sur les moyens de mieux contrôler leur douleur présentent effectivement des résultats supérieurs à celles non informées. Le fait de savoir se mobiliser, de contrôler sa respiration, de savoir qu'il est normal de ressentir une douleur aide les clientes informées à contrôler leur consommation d'analgésiques et en plus allège les mots pour exprimer le type de douleur tant au niveau sensoriel qu'affectif.

Les résultats de l'évaluation de la douleur démontrent aussi pour les deux groupes que l'indice d'évaluation de la douleur pour les 1er, 2ème et 4ème jours diminue au fil des jours postopératoires.

Il est normal dans la phase postchirurgicale que les clients évoluent graduellement vers un mieux-être s'il n'y a pas de complication. Cependant le fait d'être informé sur la douleur postchirurgicale, sur les effets des analgésiques et sur les moyens de contrôler la douleur contribuent pour la clientèle du groupe expérimental à maintenir à un niveau plus bas l'indice de la douleur. L'information constitue donc un atout additionnel pour contrôler la douleur chez les clientes opérées.

L'explication de la baisse de l'évaluation de la douleur chez le groupe contrôle peut être la suivante: ces clientes sont en contact avec le personnel infirmier et médical et bénéficient

aussi de soins de qualité nécessaires à leur condition. De plus, elles ont déjà été hospitalisées et sont dans des chambres à plusieurs lits, donc en contact avec des compagnes ce qui facilite les échanges d'informations.

Dose et fréquence (Hypothèse 6)

Le programme d'enseignement pré et postopératoire réduit la dose et les fréquences d'utilisation des analgésiques chez la cliente opérée au cours des premières soixante douze heures.

- Présentation

o Utilisation des analgésiques au cours des trois premiers jours postopératoires

Pour le calcul des analgésiques, deux voies d'utilisation des médicaments ont été considérées: la voie intramusculaire et orale. Chaque catégorie est traitée séparément.

Dans le milieu où s'est déroulée l'étude, trois analgésiques sont couramment administrés par voie parentérale aux opérées. C'est ainsi que les clientes opérées ont reçu Mépéridine (Demerol), Nalbuphine (Nubain) et Levorphanol (Levodromoran).

Les calculs effectués ont été basés sur les équivalences suivantes:

1 mg de nalbuphine équivaut à 10 mg de mépéridine¹

1 mg de levorphanol équivaut à 50 mg de mérédirine²

1 Association medical american. A.M.A. Drug evaluations. 4e édition. 1980, 1470 p. (p.63)

2 Goodman, Louis, S. et Alfred Gilman. The pharmacological basis of therapeutics. 4e Edition. MacMillan 1970. 1794 p. (p. 248)

Les tableaux XIII et XIV illustrent le dosage des analgésiques intramusculaires donné aux deux groupes de sujets; d'une part, durant les premiers vingt-quatre (24) heures et d'autre part, durant les soixante-douze (72) heures après l'intervention chirurgicale. Les moyennes de dosage pour chaque groupe y sont identifiées.

- Utilisation des analgésiques intramusculaires au cours des 24 heures postopératoires

Les résultats consignés au tableau XIII révèlent un dosage inférieur d'analgésiques intramusculaires au cours des vingt-quatre (24) heures postopératoires pour le groupe expérimental soit 308,33 mg pour ce groupe et 441,66 mg pour le groupe contrôle.

- Utilisation des analgésiques intramusculaires au cours des 72 heures postopératoires

Les données recueillies indiquent une moyenne plus basse de consommation d'analgésiques intramusculaires au cours des soixante-douze (72) heures postopératoires (tableau XIV) pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, avec des chiffres respectifs de 397,22 mg et 580,55 mg pour une différence de 183,33 mg.

Pour ce qui est des analgésiques donnés par voie orale, le calcul a été effectué à partir du nombre de comprimés absorbés par le sujet. Le Tylenol no. 2 est l'analgésique administré aux clientes.

Les tableaux XV et XVI présentent le nombre d'analgésiques oraux administrés aux sujets des deux groupes entre quarante-huit (48) et soixante-douze (72) heures après l'intervention chirurgicale.

Le tableau XV illustre le nombre d'analgésiques per os (voie orale) consommés entre quarante-huit (48) et soixante-douze (72) heures postopératoires. La moyenne des comprimés absorbés par le groupe expérimental est de 3,11 et de 2,77 pour le groupe contrôle. Cette moyenne est supérieure de 1,34 à celle du groupe contrôle.

Au cours des soixante-douze (72) heures (tableau XVI), le groupe expérimental obtient une moyenne de 5,11 comprimés par cliente comparativement à 4,77 pour le groupe contrôle. Le groupe expérimental présente encore une moyenne de comprimés absorbés supérieure de 1,34 par rapport à celle du groupe contrôle.

- Analyse et discussion

Les résultats des tableaux XIII et XIV confirment l'effet positif de l'information à la clientèle sur la consommation des analgésiques au cours des soixante-douze (72) heures postopératoires. Chez la clientèle expérimentale, la consommation réduite d'analgésiques intramusculaires est une suite logique des effets de l'enseignement au niveau de l'anxiété et de la mobilisation postopératoire. La cliente informée étant moins anxieuse et sachant aussi comment se mobiliser pour éviter une douleur plus intense contrôle davantage sa douleur et demande ainsi moins de calmants intramusculaires comparativement à la cliente du groupe contrôle.

Le fait de savoir comment utiliser les moyens pour soulager sa douleur en évitant les effets négatifs de calmants intramusculaires, effets qui peuvent retarder le rétablissement postopératoire, explique la consommation plus élevée de calmants per os par la clientèle du groupe expérimental au cours des soixante-douze (72) heures postopératoires. Elle compense l'effet en adoptant des attitudes et des comportements appris pour améliorer son confort.

La consommation moins élevée d'analgésiques per os par le groupe contrôle (1,34) peut s'expliquer par le fait que la cliente non informée sur les effets de la médication préfère l'inconfort à la peur de l'accoutumance.

En plus, le support du personnel infirmier et médical ainsi que l'appui de la famille contribuent à rassurer la cliente ce qui diminue son anxiété et augmente son état de bien-être.

4.2 EFFET GLOBAL DE L'ENSEIGNEMENT

Nos résultats suggèrent des tendances relativement univoques, ce qui leur confère un caractère probant. Si X effets sur Y avaient été nuls ou négatifs nous ne pourrions tenir ces propos mais l'ensemble des conséquences attendues nous permet de le faire.

Donc, à la lumière des résultats, il semble bien que l'application d'un programme d'enseignement structuré a des effets globaux positifs sur la santé des clientes hystérectomisées. Cette affirmation repose sur les résultats des variables dépendantes qui au cours de l'expérimentation ont démontré des effets positifs concluants sur l'acquisition des connaissances, sur la diminution de l'anxiété la veille de l'intervention chirurgicale, sur la diminution de la douleur et sur la consommation des analgésiques. L'ensemble de ces effets contribuent à augmenter la prise en charge chez la cliente grâce à l'aide du personnel infirmier qui assume son rôle d'éducateur de la santé.

Cette hypothèse appuie la position de Raymond Grenier¹ qui affirme que l'enseignement est utile lorsqu'il répond à un besoin du bénéficiaire. Par sa démarche personnalisée, le personnel infirmier s'assure de répondre aux besoins exprimés par la cliente et à mettre en place par la qualité de sa relation d'aide tous les moyens susceptibles de motiver le sujet à apprendre.

1 Grenier, R. op. cit., pp. 22-25

CHAPITRE V

RÉSUMÉ, LIMITES DE L'ÉTUDE ET CONCLUSION

L'évaluation de l'efficacité d'un programme d'enseignement appliqué à la cliente hystérectomisée exige un retour sur certains facteurs susceptibles d'expliquer les résultats. C'est pourquoi nous résumons dans un premier temps ce qu'est le programme et ses implications. Nous considérons également ici des effets non mesurés mais tout de même visibles. Dans un deuxième temps, nous commentons la recherche aux niveaux de ses limites et des questions qu'elle suscite. Une brève conclusion termine le chapitre.

5.1 RÉSUMÉ

Programme d'enseignement à la clientèle hystérectomisée.

Le programme d'enseignement à la clientèle hystérectomisée est né du besoin d'apporter des réponses nettes et bien documentées aux nombreuses questions posées par la cliente qui vit un stress face à une chirurgie. Il est aussi stimulé par le peu d'intérêt du personnel infirmier à répondre au besoin d'apprendre du client parce que trop pris par la tâche.

L'évaluation des effets d'un programme d'enseignement dispensé à la clientèle hystérectomisée vise en plus de favoriser la prise en charge de la cliente, à servir de modèle de base au développement d'autres programmes et de susciter par les effets positifs, l'intérêt et la participation du personnel infirmier à l'enseignement pour toute la clientèle.

Cet impact de l'application d'un programme d'enseignement aux diverses étapes du séjour hospitalier n'est possible que par la mise en place de tous les éléments clés.

Ces éléments sont la présence d'un personnel infirmier formé pédagogiquement, expérimenté avec la clientèle opérée et présent aux diverses étapes du séjour hospitalier. Il est important aussi de retrouver dans l'organisation, du matériel didactique facile à utiliser et adapté aux séquences de la chirurgie soit au pré-opératoire, au postopératoire et à la convalescence de la cliente hystérectomisée.

La philosophie du programme d'enseignement à la cliente hystérectomisée adhère à une approche aidante personnalisée, holistique et respectueuse. Cette approche représente un défi particulier pour les infirmiers(ères). En effet, pendant longtemps elles ont dispensé des informations au fil de la tâche sans chercher à savoir ce que la cliente veut réellement savoir. Dans le cadre de notre expérience, elles ont dû changer des comportements et des attitudes afin de les ajuster aux besoins exprimés en tout temps par la clientèle. Ce changement leur demandait d'être qualifiées pour répondre aux besoins et d'être à l'aise avec tous les sujets pour en faciliter le plus possible l'apprentissage. Toute l'équipe était au courant du contenu et des méthodes d'enseignement pour assurer l'uniformité et la cohérence d'un enseignement qui se voulait personnalisé et non directif.

L'approche pédagogique préconisée veut éviter de dicter à la cliente ce qu'elle doit savoir en l'incitant à communiquer ses besoins, ce qui provoque un revirement d'une tendance à la passivité trop longtemps imposée en milieu hospitalier.

Aujourd'hui, l'approche humaniste et globale utilisée par le personnel infirmier s'inscrit sur un continuum santé-maladie-santé qui s'accorde à la réalité domicile-hôpital-domicile en vue

de favoriser le rétablissement optimal de la cliente et le retour à un mieux-être dans sa vie personnelle, professionnelle et sociale.

L'atteinte des objectifs se base sur une interaction infirmière-cliente marquée par le respect et la réceptivité. Pour jouer ce rôle de facilitateur, l'infirmière s'efforce de respecter cinq principes: instaurer un climat détendu, partager avec l'équipe la responsabilité du contenu et du déroulement, accroître l'estime de soi, répondre aux besoins exprimés par la cliente et encourager la responsabilité personnelle. Ce respect des besoins de la cliente contribue à favoriser une évolution de l'indépendance de la cliente en assurant son mieux-être par le biais de l'apprentissage.

Cette nouvelle vision de l'implication du personnel infirmier et les diverses stratégies pédagogiques ont donné lieu selon notre recherche à des effets positifs au niveau de l'acquisition de connaissances, de la diminution de l'anxiété la veille de la chirurgie, de l'augmentation du rétablissement postopératoire et d'habileté physique fonctionnelle, du contrôle de la douleur et de la diminution de la consommation des analgésiques.

Autres effets visibles

Il nous faut en plus des effets positifs déjà présentés, regarder d'autres répercussions face à la clientèle opérée et face au personnel infirmier. Bien que les autres effets n'aient pas été quantifiés, nous avons pu les observer soit au niveau de la clientèle, soit au niveau du personnel.

Effets au niveau de la clientèle opérée

Malgré le peu d'écart entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle, nous pensons quand même regarder d'autres impacts de l'enseignement sur la clientèle opérée. L'enseignement à la clientèle contribue globalement à satisfaire la cliente sur les points suivants:

- Motivation:

Le fait d'assurer une écoute active à un besoin exprimé par la cliente crée une relation infirmière-cliente dynamique qui motive la participation de la cliente et/ou de sa famille.

- Prise en charge de sa santé

L'apport d'information complète et pertinente par le programme, en plus du support du personnel infirmier et médical aux diverses étapes du séjour hospitalier contribue à stimuler la cliente dans la prise en charge de sa santé.

- Impact sur la famille

La participation de la famille est aussi une dimension importante du programme qui s'assure de leur présence en vue d'accorder un support à la malade à l'hôpital et d'assurer la continuité à domicile en vue de faciliter le rétablissement postopératoire à l'étape de la convalescence. Le programme permet aussi de répondre aux besoins exprimés par le conjoint qui a tout autant besoin d'aide face à une chirurgie et ses répercussions dans la vie d'un couple.

- Impact sur la société

Une cliente bien informée est une cliente qui peut être aidante envers ses parents, ses amis parce qu'elle connaît les réponses en partie ou en totalité face à des préoccupations communes. Le fait de posséder la ou les réponses ou encore de posséder une documentation simple et adaptée contribue par extension à participer avec l'infirmière à l'éducation sanitaire, en plus bien sûr de promouvoir le rôle éducatif de l'établissement hospitalier.

Effets au niveau du personnel infirmier

La participation du personnel hospitalier dans l'information à dispenser à la cliente hystérectomisée produit des effets positifs à différents niveaux:

- Aspect professionnel

L'enseignement à la clientèle fait partie des exigences professionnelles pour tous les membres du personnel infirmier. Les effets positifs stimulent davantage leur participation aux diverses étapes et la complémentarité entre les équipes de jour, de soir et de nuit. La prise en charge par la cliente de son rétablissement et la participation de la famille libèrent en partie le personnel de cette tâche en leur faisant jouer un rôle de facilitateur. Cette collaboration permet ainsi d'accorder autant de temps aux soins préventifs qu'aux soins curatifs. Elle les stimule aussi à rechercher davantage une information d'actualité afin d'obtenir un enseignement adapté à la réalité du jour.

- Aspect multidisciplinaire

L'enseignement à la cliente hystérectomisée implique la collaboration de tous les intervenants impliqués selon le service à offrir. Cette collaboration tend à promouvoir l'aspect multidisciplinaire dans un optique de complémentarité et de globalité de l'équipe soignante. Le fait d'être solidaire les uns aux autres évite l'incohérence des informations auprès de la clientèle, ce qui aide à augmenter la qualité de l'enseignement.

- Complémentarité de l'équipe soignante

Pour assurer l'enseignement complet aux divers moments prévus dans le programme, il faut faire confiance à chacun des membres présents qui se communiquent par le plan de soins, le dossier, le rapport et le suivi de l'information dispensée à la cliente afin d'ajuster les enseignements aux besoins personnels de chaque cliente. Le résultat ne peut être positif sans un esprit d'équipe présent de jour, de soir et de nuit.

- Aspect développement-recherche

L'existence d'un programme d'enseignement à la clientèle suscite une mise à jour constante qui contribue à son développement.

Le développement d'un programme de qualité répercute des effets sur la santé de la population qui doivent être évalués. La recherche permet de vérifier l'impact des concepts véhiculés par l'enseignement, de promouvoir l'éducation à la clientèle et de contribuer à l'évolution des professionnels impliqués dans un rôle éducatif.

Ce sont là des ensembles d'effets non négligeables qu'il conviendrait éventuellement de mesurer.

5.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude était de vérifier l'hypothèse principale suivante: un programme d'enseignement pré et postopératoire dispensé à la clientèle hystérectomisée va avoir globalement des effets positifs sur sa santé.

L'évaluation destinée à démontrer dans quelle mesure les résultats observés se rapprochent des attentes permet de reconnaître par l'expérimentation, les effets sur la clientèle et d'y apporter les changements ou ajustements nécessaires pour améliorer la qualité des services offerts et tendre vers un maximum d'efficacité. C'est animée d'une telle préoccupation que nous avons voulu que soit évaluée l'efficacité du programme d'éducation à la clientèle hystérectomisée malgré quelques contraintes. Nous tenons à les communiquer parce qu'elles expliquent le peu d'écart dans les résultats entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle.

- Représentativité des groupes

Initialement nous avons prévu des groupes numériquement plus importants pour l'évaluation du programme. Mais il n'a pas été possible d'augmenter notre échantillon parce que nous avons procédé à l'étude en période pré-estivale et estivale et pendant cette période plusieurs clientes diffèrent de se faire opérer lorsqu'il n'y a pas urgence et que leurs enfants sont en vacances.

- Condition expérimentale

Le personnel infirmier régulier des unités de soins concernées a été formé à l'application du programme d'enseignement, mais en raison des vacances qui exigent du remplacement par du personnel occasionnel non-formé au programme, nous avons dû limiter l'enseignement à une unité de soins seulement.

- Outils pédagogiques

Nous avons dispensé un programme global d'enseignement adapté aux besoins bio-psycho-sociaux de la clientèle, même si nous n'avons pas évalué toutes les variables en fonction des sujets d'enseignement. Par exemple, nous avons enseigné les exercices respiratoires et musculaires mais en raison du temps limité pour l'expérimentation nous n'avons pas évalué les effets sur les fonctions respiratoires et musculaires, de même que la durée du séjour à l'hôpital après une chirurgie, etc.

L'analyse des résultats permet de retenir les hypothèses posées au départ. Les connaissances de la cliente à qui on a enseigné ont augmenté, son anxiété a diminué, elle contrôle davantage sa douleur, elle consomme moins d'analgésiques par voie intramusculaire, elle se mobilise plus facilement et se prend en charge plus tôt. Elles ont également manifesté un changement d'attitude en acceptant de participer plus activement dans leurs soins.

Ceci dit, on peut admettre l'efficacité et l'effcience de l'effort d'un enseignement structuré et appliqué systématiquement à la clientèle hystérectomisée aux diverses étapes du séjour hospitalier en raison du rétablissement post-opératoire.

Le principal intérêt de cette étude est de mettre en évidence l'importance d'un programme d'enseignement à la clientèle perturbée dans leur état de santé en démontrant son impact sur la clientèle-cible.

Toutefois les résultats de la recherche suggèrent:

- d'effectuer d'autres recherches évaluatives en vue d'une expérimentation auprès d'une population plus importante et de réaliser la mesure de l'impact sur la durée du séjour;
- d'étendre ce type d'approche à toute la clientèle hospitalisée et d'en évaluer la portée et les conditions optimales d'efficience;
- de former les divers personnels à leur rôle d'éducateur sanitaire;
- d'assurer et d'évaluer la présence de ressources humaines et matérielles didactiques nécessaires à un enseignement efficace et dynamique;
- de suggérer aux responsables de la formation des différents professionnels de la santé d'inclure des notions de pédagogie adaptées aux adultes en situation de crise dans leur curriculum.

Finalement, puisqu'il s'agit d'un programme d'enseignement personnalisé, il conviendrait d'évaluer le programme de manière continue et de l'ajuster en fonction des besoins exprimés par la clientèle. Il pourrait également être intéressant d'évaluer l'impact économique de cette recherche en raison d'une consommation moins grande d'analgésiques

intramusculaires, de la prise en charge de la cliente qui se répercute éventuellement sur la durée de son séjour, sur la prévention des complications, etc...

Cette recherche permet d'affirmer un lien important entre une pratique éducative adéquate et la prise en charge de la santé. Toutefois, il nous reste à apprendre en particulier sur la possibilité de généraliser une telle approche. Nous pouvons affirmer que l'enseignement à la cliente n'est pas une chose impossible ni difficile à accomplir. Ce qui demande le plus d'efforts est la planification des interventions éducatives aux diverses étapes du séjour hospitalier et la mise à jour continue du programme d'enseignement.

5.3 CONCLUSION

Les résultats de cette recherche sur les effets de l'enseignement auprès de la clientèle hystérectomisée permettent de confirmer l'importance d'un tel programme chez tous les clients aux prises avec des problèmes de santé.

L'approche humaniste, holistique et respectueuse utilisée par le personnel infirmier peut contribuer à l'évolution de l'homme malade qui passe du concept de dépendance au concept de prise en charge. L'éducation est maintenant perçue par la cliente hystérectomisée comme un moyen d'assumer son état de bien-être parce que l'hôpital devient à ses yeux un milieu qui, par les réponses à ses questions, ses attentes ou préoccupations, augmente sa motivation à apprendre en diminuant son anxiété.

La présence d'information uniforme et structurée permet d'augmenter les connaissances et d'acquérir des habiletés pour accroître l'état de santé. Le rôle actif que la cliente est maintenant appelée à jouer favorise sa participation à toutes les étapes du séjour hospitalier.

Les réactions positives de la clientèle stimulent le personnel infirmier qui prend maintenant des initiatives auprès d'autres clients. Cette prise de conscience que les effets positifs n'augmentent pas le fardeau de tâche du personnel infirmier mais au contraire qu'ils contribuent, par une approche humaniste et personnalisée, à l'aider à reconquérir son indépendance rejoint la position de Linda Bergeron¹ qui dit qu'il est possible de faire de la prévention par enseignement en milieu curatif . . . au fil de la tâche.

Pour jouer pleinement ce rôle, il convient de rejoindre la clientèle des intervenants qui dispensent différents types de soins, en les invitant à s'unir afin de donner des renseignements cohérents aux malades. Par la suite il faut capter davantage leur intérêt à l'enseignement en ajoutant à leur formation professionnelle des principes andragogiques, le tout adapté à la réalité du contexte hospitalier et du contexte de maladie à court, moyen ou long terme.

Par ailleurs, l'expérimentation d'un programme d'enseignement auprès d'une clientèle peut permettre aussi à l'infirmière de jouer pleinement son rôle de professionnel, tel que défini par la loi en intégrant à l'approche curative la promotion de la santé, la prévention de la maladie en renseignant la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.

Finalement, les gens hospitalisés informés sur tout ce qui concerne leur maladie, leur état de santé et sur les moyens pour la préserver sont les résultats positifs de la contribution du personnel infirmier dans l'application d'un programme d'enseignement structuré et adapté aux besoins individualisés en vue de la prise en charge de la clientèle.

¹ Bergeron, Linda. op. cit., pp. 34-35.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VOLUMES

- Adam, Evelyne T. Être infirmière. Montréal, HRW, 1983. 137 p.
- Ausubel, David P. Educational Psychology. A cognitive View. New York, Holt Rinehart, 1968.
- Bandura, Albert. L'apprentissage social. Bruxelles, P. Mardaga, 1976. 206 p. Traduit par J.A. Randal.
- Bizier, Nicole. De la pensée au geste: un modèle conceptuel en soins infirmiers. Montréal, Decarie, 1983. 123 p.
- Bloom Benjamin. Taxonomie des objectifs pédagogiques, Domaine cognitif. Montréal, Éducation nouvelle. 1969. Traduit par Marcel Lavallée.
- Bourgeon, Josette. L'information du malade. Infirmière d'aujourd'hui. Clamicy, Le Centurion, 1977. 133 p.
- Brunner, Lillian et Suddarth Sholtis. Traité de soins infirmiers en médecine-chirurgie. Montréal, Renouveau pédagogique Inc., 1979. 1313 p.
- Campbell, Claire. Nursing Diagnosis and Intervention in Nursing Practice. Seconde Édition. New York, A Wiley Medical Publication, 1984. 1986 p.
- Dugas, Beverley Witter. Introduction au nursing. Montréal, HRW, 1973. 470 p.
- Freud, Sigmund. Problem of anxiety. New York, W.H. Norton and Co., 1936. p.
- Henderson, Virginia. The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research and education. New York, The Macmillan Company, 1966.
- Janis, Irving L. Psychological Stress: Psychanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. New York, Winley and Sons, 1958. 217 p.
- Janis, Irving L. Stress and Frustration. New York, Ed. H.B., 1971, 215 p.
- Kozier, Barbara et Glenora Erb. Soins infirmiers, une approche globale. Montréal, Renouveau pédagogique Inc., 1983, 1142 p. Adaptation par Michel Fortin
- Lavoie, Réginald. Statistique appliquée, auto-apprentissage par objectifs. 2ème édition, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1981. 740 p.
- Melzack, Ronald et Patrick D. Wall. Le défi de la douleur. Montréal, Chenelière et Stanké, 1982. 413 p. Traduit de l'anglais par David Bélanger.
- Narrow, Barbara W. Patient teaching in nursing practice: a patient and family centered approach. New York, John Wiley & Sons, 1979. 219 p.

- Orlando, Ida J. La relation dynamique infirmière-cliente. Montréal, HRW, 1979. 92 p.
Traduit par Margot Phaneuf.
- Pohl, Margaret L. Teaching function of the nursing practitioner, Lowe WMC Brown Co.
publ., 1968. 72 p.
- Redman, Barbara Klug. The process of patient education. 5^e éd. Toronto, C.V. Mosby
Company, 1984, 315 p.
- Rheault, Marie-Claire. Le nursing, aspects fondamentaux des soins. Montréal, Renouveau
pédagogique Inc., 1974. 360 p.
- Rogers, R. Carl et Stevens Barry. Person to Person. New York, Pocket Books, 1971. 85 p.
- Swartz, D. et D. Lozan. Eléments de statistiques médicale et biologique. Paris, Flammarion
Médecine Sciences, 1964. 144 p.
- Schranl, W. J. Pour un hôpital plus humain. Paris, Salvator-Mulhouse, 1974, 239 p.
- Selltiz, C., J.S. Wrightman et S.W. Cook. Les méthodes de recherche en sciences sociales.
Montréal, HRW, 1977. Traduit par D. Bélanger.
- Skinner, Burrhus Frederik. Par-delà la liberté et la dignité. Montréal, HMH, 1971. 269 p.
- Statts, A.W. Social Behaviorism. Georgetown, Ontario, Irwin-Dorsey Press. 1975. 655 p.
- Thibaudeau, Marie-France et Nicole Marchak. L'enseignement au malade. Montréal, Presses
de l'Université de Montréal, Etudes en soins infirmiers, 1980. 158 p.
- Tremblay, Monique. Initiation à la recherche en nursing. Document #1, Université du
Québec à Chicoutimi, 198 p.

PÉRIODIQUES

- Allison, Ken. "L'éducation sanitaire: la responsabilité individuelle et la victime prise comme
bouc émissaire". Education sanitaire, vol. 20, no 4, printemps 1982, pp. 10-13.
- Ananth, Jambur, M.D. "Hysterectomy and sexual Conselling". Revue de psychiatrie de
l'Université d'Ottawa, vol. 8, no 4, pp. 213-217.
- Beauchamp, Colette. "La ménopause". Madame au Foyer, Juillet-Août 1982, publié par les
Laboratoires Ayerst.
- Beazley, Richard. "Le rôle des éducateurs sanitaires débutants". Education sanitaire, vol.
22, no 3, printemps 1984, pp. 5-9.
- Bergeron, Linda. "On n'a pas le temps". L'infirmière canadienne. vol. 25, no 9, oct. 1981,
pp. 34-35.

- Besner, Gisèle. "La profession et son devenir". L'infirmière canadienne, vol. 25, no 9, oct. 1983, p. 37.
- Bleau, Lucie et coll. "L'enseignement aux malades bronchopulmonaires chroniques". Nursing Québec, vol. 1, no 1, nov./déc. 1980, pp. 30-37.
- Boisvert, Cécile. "L'intervention de l'infirmière en période de crise". L'infirmière canadienne, vol. 13, no 5, mai 1971, pp. 18-20.
- Brassard, Louis. "Andragogie et pratique infirmière". L'infirmière canadienne, vol. 20, no 9, septembre 1978, pp. 26-29.
- Brosseau, Denise. "L'infirmière et les diabétiques, une méthode d'enseignement". L'infirmière canadienne, vol. 18, no 10, oct. 1976, pp. 22-28.
- Castaigne, A. "Comment aider à apprendre?" Pédagogie médicale universitaire, R.P. Tome xxvi, no 37, septembre 1976, pp. 2537-2541.
- Cailhier, Yves. "La santé: quelle carte jouer?" Communauté chrétienne, vol. 21, no 125, sept./oct. 1982, pp. 435-494.
- Charles, G. "A propos des soins infirmiers". Soins, vol. 24, no 2, 20 janvier 1979, pp. 41-46.
- De Billy, Hélène. "Utérus: on coupe Madame?" Châtelaine, vol. 25, no 2, février 1984, pp. 47-50.
- De Gramont, Monique. "Femme et gynécologues: regardez-vous donc dans le blanc des yeux". Châtelaine, octobre 1978.
- Délisle-Lapierre, Isabelle. "Education à la santé, éducation à la vie." L'infirmière canadienne, vol. 23, no 6, juin 1981, pp. 18-19.
- Demers, Michel, Jocelyne Beaudin et Pauline Bessette. "Les caractéristiques de l'apprenant adulte." L'infirmière canadienne, vol. 20, no 9, septembre 1978, pp. 24-25.
- Dodge, F. Eva. "La ménopause, vue par un médecin". American Medical Women's Association, vol. 23, no 7, juillet 1968.
- Dooner, Bob. "Promotion des programmes axés sur le mieux-être dans les hôpitaux". Education Sanitaire, vol. 22, no 4, printemps 1984, pp. 2-6.
- Dufresne-Tassé, Colette. "Gastronomie ou Tambouille? Les tours de main de l'enseignement aux adultes". Immigration et Emploi Canada, Formation des adultes, vol. 11, 1978.
- Dumais-Beaudoin, Pauline, Claire Lamontagne-Germain et Claire Lavigne-Pley. "La ménopause". L'infirmière canadienne, vol. 23, no 10, novembre 1981, pp. 26-31.
- Fortier-Havelta, Colette. "La fréquence de l'activité d'enseignement en laboratoire clinique est importante". L'infirmière canadienne, vol. 25, no 1, janv. 1983, pp. 21-24.

- Fortin, Jean-Paul. "Un défi à relever". Carrefour des Affaires sociales, vol. 5, no 3, été 1983, pp. 16-18.
- Ganem, Dr Marc et Marie-Claude Ganem. "L'homme et l'hystérectomie". Cahier de sexologie clinique, no 53, 1983.
- Goyette, Diane et M.E Taggart. "Une éducation axée sur la santé et la communauté". L'infirmière canadienne, vol. 15, no 4, avril 1973, pp. 34-39.
- Green, Lawrence W. "Politiques nouvelles d'éducation pour la santé". Santé du Monde, avril-mai 1983, p. 13.
- Grenier, Raymond. "L'enseignement aux bénéficiaires: un rôle à assumer". L'infirmière canadienne, vol. 22, no 2, fév. 1980, pp. 22-25.
- Grenier, Raymond. "L'enseignement aux bénéficiaires: un pas à faire". Nursing Québec, vol. 5, no 2, janvier-février 195, pp. 26-29.
- Grenier, Raymond. "L'enseignement préopératoire: rôle de tout professionnel infirmier". L'infirmière canadienne, vol. 25, no 2, février 1983, pp. 20-25.
- Grenier, Raymond et Louise Levesque. Développement d'une mesure de rétablissement postopératoire. Subvention de Santé et Bien-Être Social Canada, Projet 6605-1438-43.
- Griffiths, W. "Health Education, definition, problem and philosophy". Health Educ. Monograph, 31: 1970-72, p. 7.
- Groupes Services-Formation. "Profil de la population en matière de santé et rôle de l'infirmière". L'infirmière canadienne, vol. 25, no 8, mai 1983, pp. 28-30.
- Hélie, France. "La santé et la culture des Québécois". L'infirmière canadienne, vol. 22, no 8, sept. 1980, pp. 31-34.
- Hill, Adèle J. "La prévention: les différentes étapes". Nursing Québec, vol. 3, no 3, Mars-avril 1983, p. 13.
- Jean, Bernadette. "La ménopause, une approche holiste". L'infirmière canadienne, février 1985.
- Keye, R.William, MD. "Posthysterectomy sexual changes". Human Sexuality, vol. 18, no 5, may 1984.
- Kuscha, Dolores. "The health education of patients assessing their needs". Sup. Nurser, avril 1974, pp. 26-35.
- Lambert, Cécile. "Splendeurs et misères de la formation infirmière". Nursing Québec, vol. 1, no 41, mai-juin 1981, pp. 27-32.
- Linderman, Carol A. et Betty Van Aerman. "Nursing Intervention with the presurgical Patient the effects of Structured and unstructured pre operative teaching". Nursing Research, 20, july-august 1971, pp. 319-332, tiré de l'Infirmière canadienne, vol. 25, no 2, fév. 1983, p. 21.

- Mahler, Halfdan. "La santé pour tous est l'affaire de tous". Le magazine de l'organisation mondiale de la santé, avril-mai 1983, pp. 2-4.
- Masson, Renée. "Rassurer sans mentir". L'infirmière canadienne, vol. 14, no 3, mars 1972, pp. 29-30.
- Mitchell, Donna L.M. et Valérie J. Adam. "L'hôpital: endroit idéal pour l'application des programmes de promotion de la santé". Education sanitaire, vol. 21, no 1, été 1983, p. 6 à 10 et 23.
- Park, Sherry. "Teach-in préopératoire". L'infirmière canadienne, vol. 15, no 1, janvier 1973, pp. 38-39.
- Paul, Denise. Un modèle de formation à la relation d'aide, celui de Kogan, appliquée à la profession infirmière. L'infirmière canadienne, vol. 21, no 6, juin 1979, pp. 26-29.
- Phaneuf, Margot. "La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière". Nursing Québec, vol. 2, no 2, janvier-février 1982, pp. 14-17, 1ère partie.
- Phaneuf, Margot. "La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière". Nursing Québec, vol. 2, no 3, mars-avril 1982, pp. 8-12, 2ème partie.
- Phaneuf, Margot. "La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière". Nursing Québec, vol. 2, no 5, juillet-août 1982, 3ème partie.
- Ricard, Nicole. "L'hystérectomie, est-ce encore la grande opération?" Nursing Québec, vol. 5, no 1, novembre-décembre 1984, p. 18.
- Rosa, Louise. Le livre de la ménopause. Economica, 1979, pp. 100-106.
- Service Formation, Groupe. Perspectives de changement en matière de formation et de structure des milieux de travail. L'infirmière canadienne, juin 1983, vol. 25, no 6, pp. 29-30.
- Service Formation, Groupe. Profil de la population en matière de santé et rôle de l'infirmière. L'infirmière canadienne, mai 1983, vol. 25, no 5, pp. 28-30.
- Trudel, Alain, "L'infirmière au cœur de la relation d'aide: rôle et fonctions". L'infirmière canadienne, vol. 24, no 10, nov. 1982, pp. 37-40.
- Verdy, M., L. Boyer, A. Boyer, et B. Lambert. "Obésité hystérectomie et troubles émotifs". L'Union Médicale du Canada, vol. 108, no 7, juillet 1979, pp. 819-821.
- Winslow E. "The role of nurse in patient education". Nurs. Clinics of North America, vol. 11, no 2, juin 1976, p. 213.
- Woodruff, Asahel D., The use of concept in teaching and learning. The J. of Teacher Education, vol. 15, no 1, 1964, pp. 81-97.

MÉMOIRES

Kirouac, Suzanne. Expérimentation d'un programme d'enseignement préopératoire pour les clients de chirurgie électorive. Mémoire Université de Montréal, 1974, pp. 87-92.

O.I.I.Q. Le nursing en santé communautaire. Mémoire présenté au ministère des Affaires sociales. Montréal, 1974, pp. 16-19.

BROCHURES

Chatel, Andrée, MPs, et Pierre Fugère, M.D. Mieux comprendre l'hystérectomie. Brochure d'information. Service de psychologie et département d'obstétrique-gynécologie. Hôpital St-Luc de Montréal, 1985.

Conseil du Statut de la Femme. "La ménopause. Parlons-en, Parlons-en mieux". Publié par le gouvernement du Québec, 1981.

Conseil du Statut de la Femme. "Essai sur la santé des femmes". 1981, pp. 102-106.

Département d'Obstétrique et de Gynécologie. Hystérectomie. Hôpital de Chicoutimi, brochure publiée en mars 1984.

Ministère des Affaires Sociales. La ménopause. Dépliant publié par le gouvernement du Québec, mars 1983.

Mouvement Hélène de Champlain. Information sur la ménopause (Programme Odyssée) Guide de l'animatrice et des personnes ressources, Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, 1981.

Mouvement Hélène de Champlain. La grande opération. Direction de la Promotion de la santé. Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, 1981.

ANNEXE 1

TABLEAUX

TABLEAU I
RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES
DES SUJETS DES DEUX GROUPE (N=18)

	Groupe expérimental N=9	Groupe contrôle N=9	total	%
<u>Age</u>				
25 - 39 ans	6	4	10	55,5
40 - 54 ans	3	5	8	44,5
TOTAL	9	9	18	100
<u>Nombre d'enfants</u>				
0	0	1	1	5,5
1	0	1	1	5,5
2	7	3	10	55,5
3 et plus	2	4	6	33,3
TOTAL	9	9	18	100
<u>Degré de scolarité</u>				
Primaire	1	1	2	11,1
Secondaire	8	7	15	83,3
Collégial	0	0	0	0,0
Université	0	1	1	5,5
TOTAL	9	9	18	100
<u>Cigarette</u>				
oui	5	5	10	55,5
non	4	4	8	44,5
TOTAL	9	9	18	100
<u>Nombre d'hospitalisations antérieures</u>				
0	1	0	1	5,5
1	3	1	4	22,2
2	1	3	4	22,2
3 et plus	4	5	9	50,0
TOTAL	9	9	18	100

TABLEAU II: SUGGESTIONS DES BESOINS DE LA CLIENTELE EN MATIERE DE PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT EXPRIMEES PAR LES INFIRMIERS(ES)-CHEFS

PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT SUGGERES	FREQUENCE DES BESOINS		
	Urgent*	Secondaire**	Total
Pré et postopératoire	3	1	4
Accident cérébro-vasculaire	3	0	3
Diabète	2	1	3
Infarctus	2	0	2
Asthme	2	0	2
Alimentation	2	0	2
Examens (gynécologiques et autres)	2	0	2
Auto-examen des seins et dépistage du col	1	1	2
Cancer et pronostic fatal	0	2	2
Hypertension	1	0	1
Abus de drogues	1	0	1
Chimiothérapie (traitement de)	1	0	1
Emphysème	0	1	1
Soins aux stomisés	0	1	1
Intoxication médicamenteuse	0	1	1
Hygiène corporelle	0	1	1

N.B.: Les besoins sont classés par ordre de priorité à partir de ceux qui furent exprimés le plus souvent.

* Urgent: signifie un besoin en programme d'enseignement qui devrait être comblé à court terme.

** Secondaire: signifie un besoin en programme d'enseignement qui devrait être comblé à moyen terme.

TABLEAU III: INVENTAIRE DES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT EXISTANTS AU CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE

UNITE DE SOINS	VOCATION DE L'UNITE	PROGRAMME D'ENSEIG.STRUC-TURE ET APPLI-QUE SYSTEMATIO.	PROGRAMME + D'ENSEIGNEMENT STRUCTURE ET APPLI-QUE SPORADIQUEMENT	ORIGINE DU PROGRAMME	CLIENTELE VISEE	MODALITE DE L'ENSEIGNEMENT	EDUCATEUR
Ange-Gardien	Pédiatrie	-	Enseignement pour diabétique	C.H. Chicoutimi	Enfant	Individuel	Infirmière
St-Joseph	Médecine-hommes	-	Enseignement pour diabétique	C.H. Chicoutimi	Adulte	Individuel	Infirmière
Ste-Anne	Médecine-femmes	-	Enseignement pour diabétique	C.H. Chicoutimi	Adulte	Individuel	Infirmière
Ste-Marie	Chirurgie générale	-	-	-	-	-	-
Sacré-Coeur	Chirurgie Orthopédie Gynécologie	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs	Médecine interne	-	Enseignement post-infarctus	Hôp. D.S.C. Enfant-Jésus	Adulte	Individuel	Infirmière
Ste-Marguerite	Post-partum Gynécologie	Enseignement post-natal	-	C.H. Jonquière D.S.I.	Adulte*	Individuel microgroupe	Personnel ++ infirmier
Enfant-Jésus	Pouponnière	Enseignement post-natal	-	C.H. Jonquière D.S.I.	Adulte*	Groupe	Personnel ++ infirmier
Obstétrique	Salle d'accouc.	Enseignement post-natal	-	-	Adulte*	-	Infirmière
Bloc opératoire	Chirurgie	-	-	-	-	-	-
Serv. ambulatoires **	Urgence - ORL Clinique externe Observation + 1 jr	-	-	-	-	-	-
Toxicologie ***	Désintoxication Réadaptation	-	-	-	-	-	-
Pavillon Arvida 1er plancher	Soins prolongés	-	-	-	-	-	-
2e plancher	Soins prolongés	-	Programme pour hémiplegique	O.I.I.Q.	Adulte	Individuel	Infirmière

* parents (mère et père)

** dépliant explicatifs sur les opérations mineures

*** programme de réadaptation: l'infirmière fait partie de l'équipe

+ document de référence

++ personnel infirmier comprend infirmière autorisée, auxiliaire, garde-bébé et puéricultrice

TABLEAU IV

RÉSULTATS DE L'EXPERIENCE D'ENSEIGNEMENT
AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE HYSTÉRECTOMISÉE

Effort (variable indépendante)	Efficacité (variables dépendantes)	Efficience (conséquences)	RÉSULTATS*	
			G.E. (X ²)	G.C. (X ⁴)
ENSEIGNEMENT A LA CLIENTÈLE HYSTÉ- RECTOMISÉE EN PRÉ ET POSTOPÉRATOIRE	ACQUISITION DES CONNAISSANCES →	(+) *	+	.
	CONTROLE DE L'ANXIÉTÉ →	(-)	-	+
	CONTROLE DE LA DOULEUR →	-	1e jr - 2e jr - 4e jr -	1e jr + 2e jr + 3e jr +
	CONSOMMATION DES ANALGÉSQUES →	-	1/M - Per os +	1/M + per os -
	RÉTABLISSEMENT POSTOPÉRATOIRE →	+	1e jr + 2e jr + 4e jr -	1e jr - 2e jr - 3e jr +

Légende

+ augmente
- diminue
. statu quo

* La taille des groupes n'étant pas importante, nous n'indiquons que les tendances en plus ou moins comme résultat pour chaque variable à l'étude. Il convient éventuellement d'y voir les conséquences escomptées de la démarche de l'intervention

TABLEAU V

RESULTATS DU PRE ET POST TEST
SUR LES CONNAISSANCES POUR LES 2 GROUPES N=18

no dossier	G.E. /20 points N=9				no dossier	G.C. /20 points N=9			
	pré-test	%	post-test	%		pré-test	%	post-test	%
1	16	80	20	100	10	16	80	15	75
2	15	75	17	85	11	14	70	14	70
3	18	90	20	100	12	15	75	17	85
4	16	80	19	95	13	18	90	18	90
5	18	90	19	95	14	15	75	15	75
6	19	95	18	90	15	13	65	12	60
7	15	75	19	95	16	19	95	18	90
8	12	60	17	85	17	12	60	12	60
9	12	60	15	75	18	13	65	14	70
	m=15,66	78,3	m=18,22	91,1		m=15	75	m=15	75

TABLEAU VI
 RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'ANXIETE
 DE SITUATION LA VEILLE DE L'OPERATION N=18

no dossiers	G.E. /51 points N=9		no dossiers	G.C. /51 points N=9	
	pré	post		pré	post
1	29	23	10	27	25
2	23	17	11	15	27
3	26	22	12	26	25
4	35	25	13	44	44
5	22	21	14	33	34
6	25	22	15	17	17
7	33	28	16	23	18
8	26	19	17	21	19
9	24	26	18	26	26
	m=27,00	m=22,55		m=25,77	m=26,11

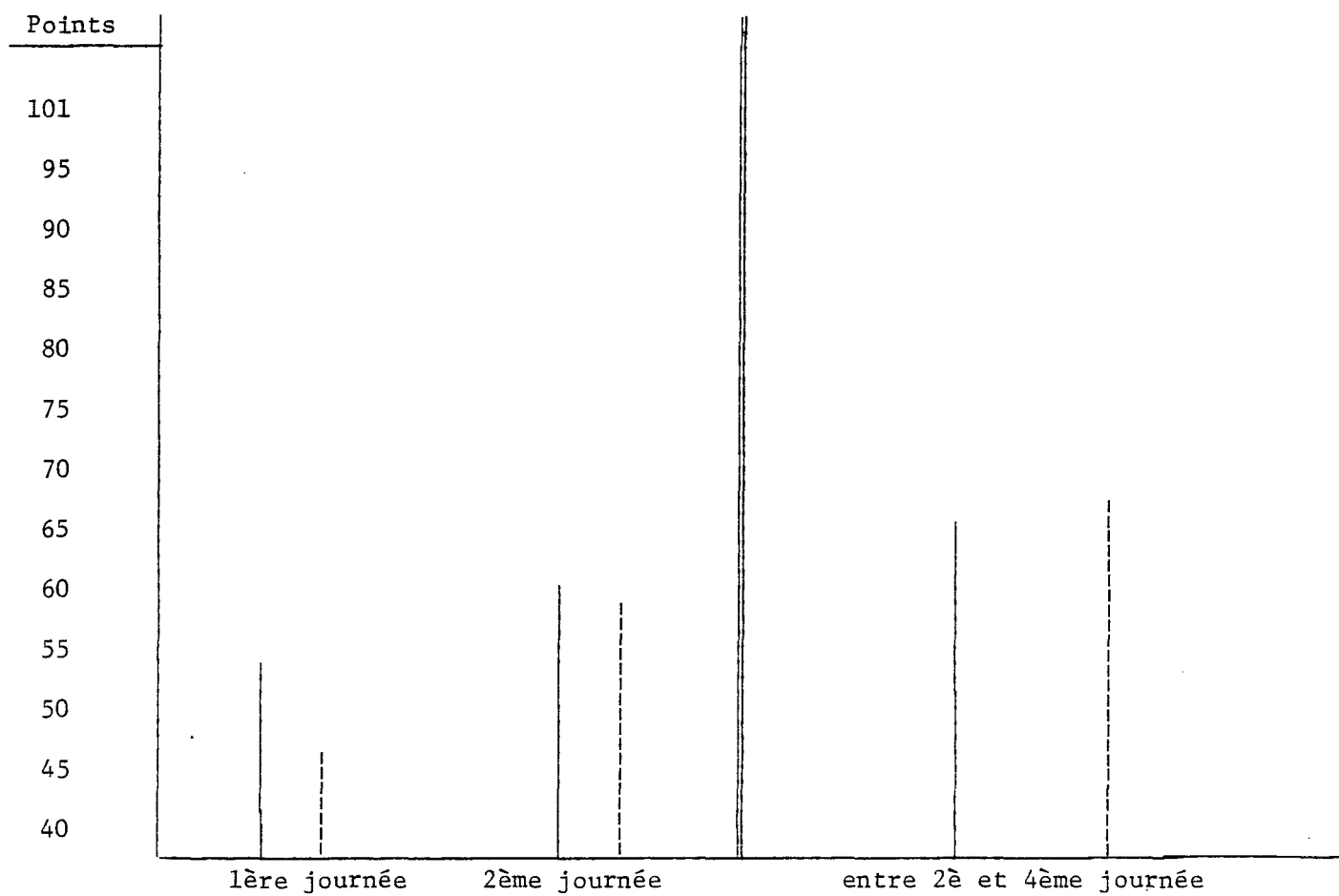
TABLEAU VII

POURCENTAGE DES PEURS ET INQUIETUDES
EXPRIMEES PAR LES CLIENTES DES DEUX GROUPES

Peur:	N	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	18											
D'être endormie (anesthésie)	12											
De l'inconnu	11											
De la mort	10											
D'être séparée de sa famille	10											
Des résultats de l'opération	10											
De souffrir	9											
De la douleur	9											
Du changement d'image corporelle	7											
De perdre le contrôle de moi-même	7											
De parler à haute voix sous l'anesthésie	6											
D'être mutilée	3											
De devenir invalide	2											
Inquiétudes au sujet:												
De sa famille	12											
De son emploi	4											
De ses finances	4											
Divers												
Curiosité face à l'opération	14											
Besoin de parler de ses peurs	9											

TABLEAUX VIII

ILLUSTRATION GRAPHIQUE DU RETABLISSEMENT POSTOPERATOIRE
LES 1^{er} ET 2^e JOUR ET LES 2^e ET 4^e JOUR POUR LES SUJETS DES DEUX GROUPES



Légende: Groupe expérimental —————
Groupe contrôle - - - - -

TABLEAU IX

EVALUATION DE L'HABILETE PHYSIQUE FONCTIONNELLE
LES 1er ET 2e JOURS POSTOPERATOIRES POUR
LES SUJETS DES DEUX GROUPES N = 18

Période	G.E. N = 9/ 29 points	G.C. N = 9 /29 points
1e jour	14,55	10
2e jour	19	18,22

TABLEAU X

FREQUENCE ET POURCENTAGE DES REPONSES PAR
 RAPPORT A CERTAINES ACTIVITES EXECUTEES SEULES OU AVEC AIDE
 LE PREMIER JOUR APRES L'OPERATION POUR LES 2 GROUPES
 (N=18)

Activités	<u>G.E.</u>				<u>G.C.</u>			
	N=9				N=9			
	A.A.	%	S	%	A.A.	%	S	%
1	0	0	9	100	4	44,4	5	55,5
2	6	66,6	3	33,3	9	100	0	0
3	6	66,6	3	33,3	7	77,7	2	22,2
4	3	33,3	6	66,6	7	77,7	2	22,2

Activités accomplies:

1. Se tourner dans le lit
2. Se lever et sortir du lit
3. Marcher quelques pas
4. S'asseoir dans le fauteuil ou sur la toilette

A.A.: avec aide

S.: seule

TABLEAU XI

INDICE D'EVALUATION DE LA DOULEUR ENTRE LE PREMIER,
LE DEUXIEME ET LE QUATRIEME JOURS POST-OPERATOIRES
POUR CHACUN DES DEUX GROUPES N=18

Périodes	Groupe expérimental (G.E.) N=9 /210 points	Groupe contrôle (G.C.) N=9 /210 points
1 ^{er} jour	142,55	161,11
2 ^e "	138	156,66
4 ^e "	110,44	127,75

TABLEAU XII

CARACTERISTIQUES DU SYNDROME DE DOULEUR*
POUR CHACUN DES DEUX GROUPES LE PREMIER JOUR POST-OPERATOIRE

Groupe expérimental N=9		Groupe de contrôle N=9	
Dimension sensorielle	élancement	élancement	
	44,44 %	44,44 %	
	lancinante	lancinante	
	44,44 %	66,66 %	
	crampe	crampe	
	55,55 %	66,66 %	
	tiraillement	tiraillement	
	44,44 %	44,44 %	
	localisée	localisée	
Dimension affective	55,55 %	77,77 %	
	chaleur	perçante	
	55,55 %	44,44 %	
	fatigante	fatigante	
	44,44 %	44,44 %	
Evaluation	pénible	pénible	
	44,44 %	88,88 %	
	déprimante	épuisante	
	44,44 %	55,55 %	
	suffocante	écoeurante	
Divers	66,66 %	55,55 %	
	-----	-----	
	étirement	pénétrante	
	44,44 %	44,44 %	
	énervante		
	55,55 %		

* On ne retrouve dans cette liste que les mots utilisés par au moins un tiers des clientes opérées; sous chaque expression on donne le pourcentage des sujets qui l'ont employée.

TABLEAU XIII

DOSAGE DES ANALGESIQUES I.M. AU COURS DES
VINGT-QUATRE (24) HEURES POST-OPERATOIRES N=18

Groupe expérimental N=9		Groupe de contrôle N=9	
No. dossier	Dosage mg	No. dossier	Dosage mg
1	375	11	300
2	300	12	450
3	200	13	800
4	125	14	375
5	375	15	450
6	250	16	200
7	350	17	600
8	400	18	400
9	400	19	400
m=308,33		m=441,66	

TABLEAU XIV

DOSAGE DES ANALGESIQUES I.M. AU COURS DES
SOIXANTE-DOUZE (72) HEURES POST-OPERATOIRES N=18

Groupe expérimental N=9		Groupe de contrôle N=9	
No. dossier	Dosage mg	No. dossier	Dosage mg
1	525	11	400
2	450	12	600
3	300	13	1200
4	50	14	525
5	450	15	600
6	300	16	200
7	400	17	700
8	600	18	500
9	500	19	500
m=397,22		m=580,55	

TABLEAU XV

NOMBRE D'ANALGESIQUES PER OS ENTRE QUARANTE-HUIT (48)
ET SOIXANTE-DOUZE (72) HEURES POST-OPERATOIRES N=18

Groupe expérimental N=9		Groupe de contrôle N=9	
No. dossier	Nb d'analg.	No. dossier	Nb d'analg.
1	2	11	4
2	2	12	4
3	3	13	1
4	3	14	1
5	2	15	5
6	5	16	4
7	5	17	2
8	3	18	2
9	3	19	2
m=3,11		m=2,77	

TABLEAU XVI

NOMBRE D'ANALGESIQUES PER OS AU COURS DES
SOIXANTE-DOUZE (72) HEURES POST-OPERATOIRES N=18

Groupe expérimental N=9		Groupe de contrôle N=9	
No. dossier	Nb d'analg.	No. dossier	Nb d'analg.
1	5	11	4
2	3	12	8
3	3	13	4
4	5	14	2
5	2	15	9
6	9	16	5
7	9	17	5
8	4	18	3
9	6	19	3
m=5,11		m=4,77	

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

AU MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

POUR L'OBTENTION

DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

par

LYNE DESGAGNÉ

B. Sc. Santé (Nursing)

ÉVALUATION DES EFFETS D'UN ENSEIGNEMENT
AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE HYSTÉRECTOMISÉE

AVRIL 1987

LISTE DES ANNEXES

	Page
ANNEXE 2: PROGRAMME ET OUTILS D'ENSEIGNEMENT	1
2.1 Inventaire des programmes d'enseignement dispensés par le personnel infirmier à la clientèle du Centre hospitalier Jonquière.....	2
2.2 Objectif général et objectifs spécifiques terminaux du programme d'enseignement à la clientèle hystérectomisée.....	5
2.3 Cheminement séquentiel et hiérarchie d'apprentissage.....	7
2.4 Programme d'enseignement à la clientèle hystérectomisée.....	22
2.5 Séquences d'enseignement.....	106
2.6 Brochure: Préparation à l'hystérectomie.....	140
2.7 Déroulement de la semaine opératoire.....	153
2.8 Feuille: La Ménopause.....	155
2.9 Feuille: Votre convalescence après une hystérectomie.....	160
2.10 Diaporama: Information sur l'hystérectomie.....	171
2.11 Vidéo: Les exercices respiratoires et musculaires après une chirurgie.....	176
 ANNEXE 3: DOCUMENTS DE FONCTIONNEMENT ET D'ÉVALUATION	 188
3.1 Dossier de la cliente.....	189
3.2 Questionnaire à l'intention des femmes qui viennent à l'hôpital pour une hystérectomie.....	191
3.3 Test d'évaluation sur les connaissances.....	208
3.4 Test d'évaluation du degré d'anxiété.....	210
3.5 Questionnaire sur le rétablissement postopératoire.....	212
3.6 Questionnaire sur l'évaluation de la douleur.....	217
3.7 Données relatives aux analgésiques.....	219
3.8 Evaluation de l'enseignement.....	221

ANNEXE 2

PROGRAMME ET OUTILS D'ENSEIGNEMENT

ANNEXE 2.1

INVENTAIRE DES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT DISPENSÉS PAR LE PERSONNEL INFIRMIER À LA CLIENTÈLE DU CENTRE HOSPITALIER JONQUIÈRE

ANNEXE 2.1

INVENTAIRE DES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT DISPENSES PAR LE PERSONNEL
INFIRMIER A LA CLIENTELE DU CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE

Nom de l'unité de soins _____ Nombre de lits _____ Type de clientèle _____
Vocation de l'unité _____ Moyenne taux d'occ. _____ Responsable unité _____

Programme d'enseignement	Date de conception	Date de révision	Source		Enseignement dispensé durant hosp.	post
			interne	externe		

Clientèle visée	Matériel utilisé	Modalité individuelle et/ou en groupe		Durée	Educateur	Mode d'évaluation	Quand
	Diaporama _____ Affiche _____ Cassette _____ Dépliant _____ Brochure _____ Communiqué _____ Film _____ Tableau _____ Projecteur _____ Volume _____ Autres (spécifier) _____ _____ _____ _____						
Besoins urgents identifiés par l'infirmier(e)-chef en matière d'enseignement Justifications:				Besoins secondaires identifiés par l'infirmier(e)-chef en matière d'enseignement Justifications:			

ANNEXE 2.2

OBJECTIF GÉNÉRAL ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES TERMINAUX DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE HYSTÉRECTOMISÉE

ANNEXE 2.2

OBJECTIF GENERAL ET OBJECTIFS SPECIFIQUES TERMINAUX DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT A LA CLIENTELE HYSTERECTOMISEE

1. OBJECTIF GENERAL

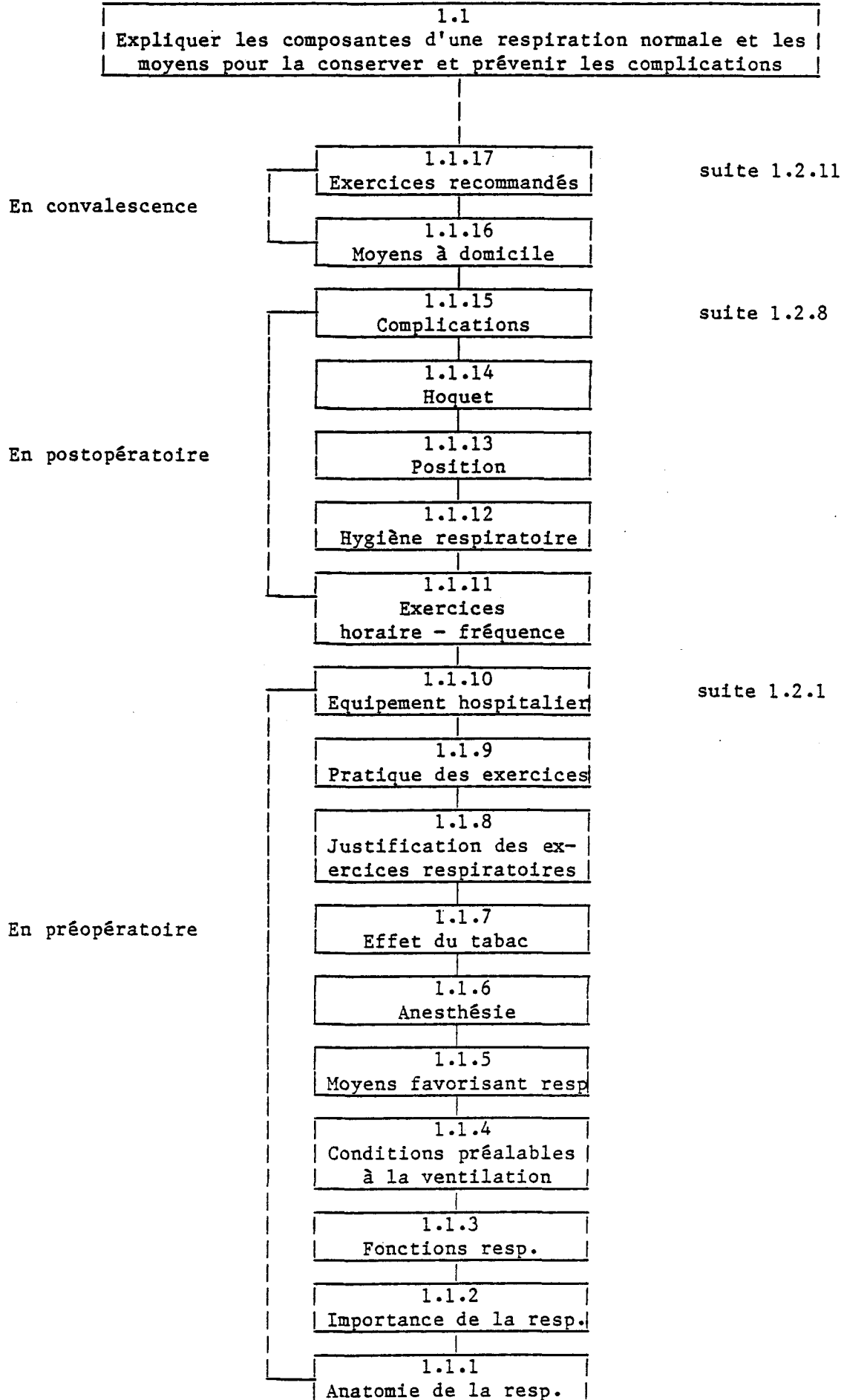
Augmenter les connaissances de la cliente hospitalisée sur ses besoins bio-psycho-sociaux à satisfaire avant et après une hystérectomie

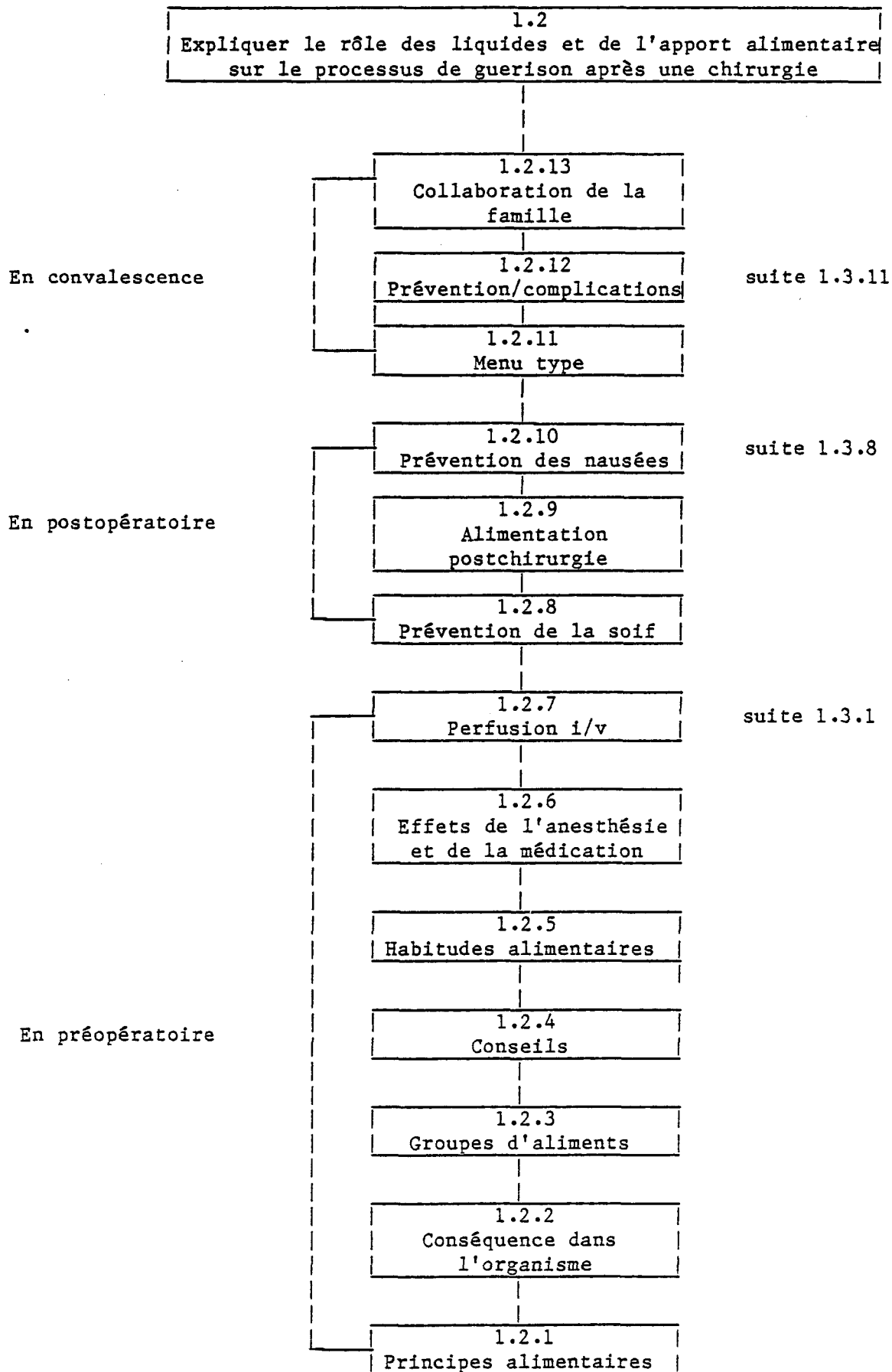
OBJECTIFS SPECIFIQUES TERMINAUX

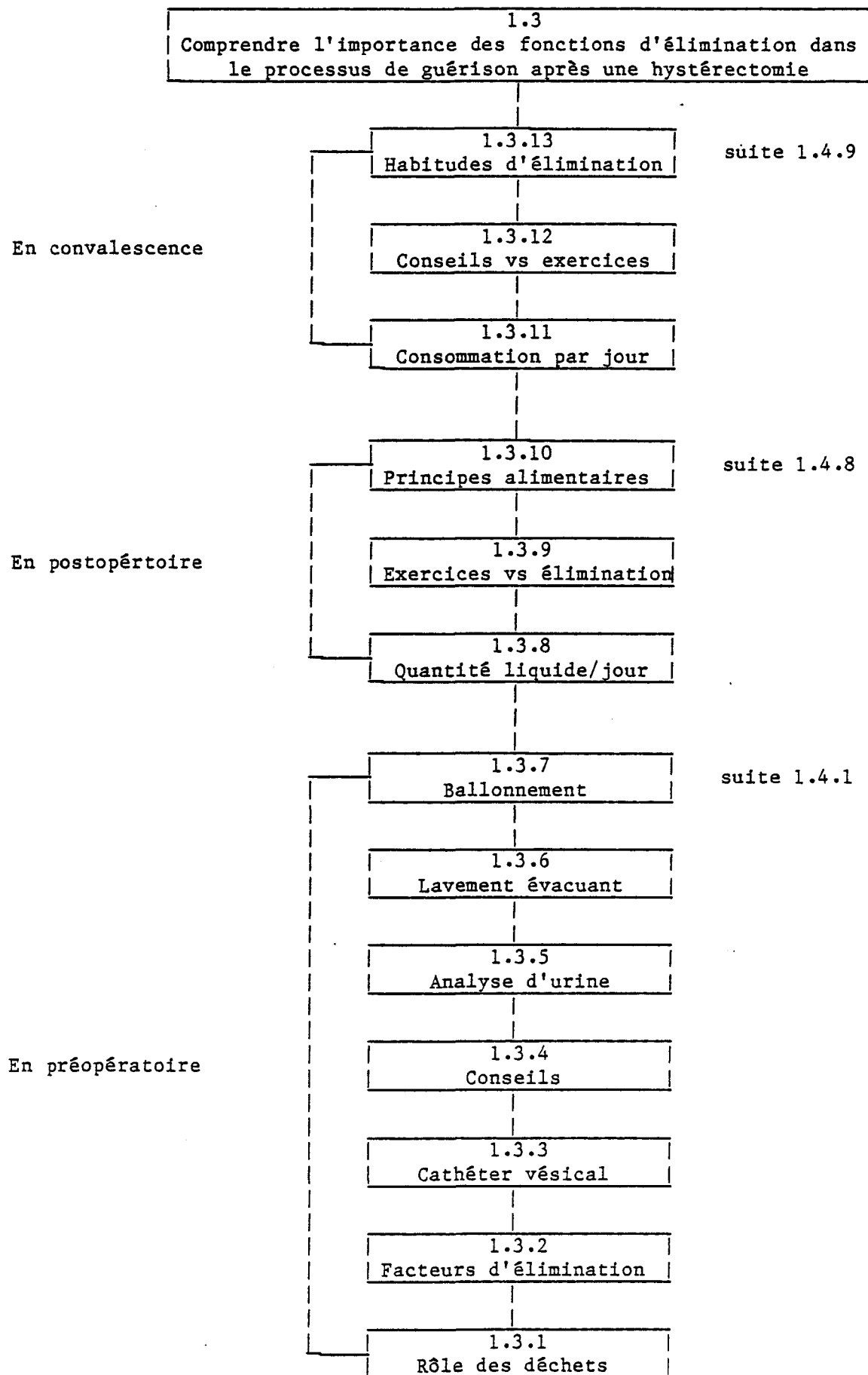
1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	1.12	1.13	1.14
Décrire les composantes d'une respiration normale et les moyens pour la conserver ou prévenir les complications	Expliquer le rôle des liquides et de l'apport alimentaire sur le processus de guérison après une chirurgie	Comprendre l'importance des fonctions d'élimination dans le processus de guérison après une hystérectomie	Connaître les effets de la mobilisation et de la bonne posture dans le processus de rétablissement	Reconnaître les manifestations du repos et du sommeil sur la santé et sur la maladie	Comprendre l'importance d'un habillage adapté à sa situation clinique et à sa convalescence	Reconnaître les manifestations bio-physiologiques sur le maintien d'une température corporelle convenable suite à une intervention chirurgicale	Décrire les principes d'hygiène et de propreté sur le maintien de la santé et sur le processus de guérison	Connaître suffisamment d'information sur la sécurité en milieu clinique lors d'une chirurgie et sur les mesures à respecter à domicile	Utiliser la communication pour profiter au maximum de son séjour en milieu hospitalier et de sa convalescence	Connaître l'impact des ressources spirituelles sur la maladie et la guérison	Adapter les activités quotidiennes à sa condition clinique et de convalescence	Pratiquer des activités de loisir et de divertissement pendant son séjour hospitalier et pendant sa convalescence	Profiter de son séjour à l'hôpital pour apprendre tout ce qui concerne l'hystérectomie

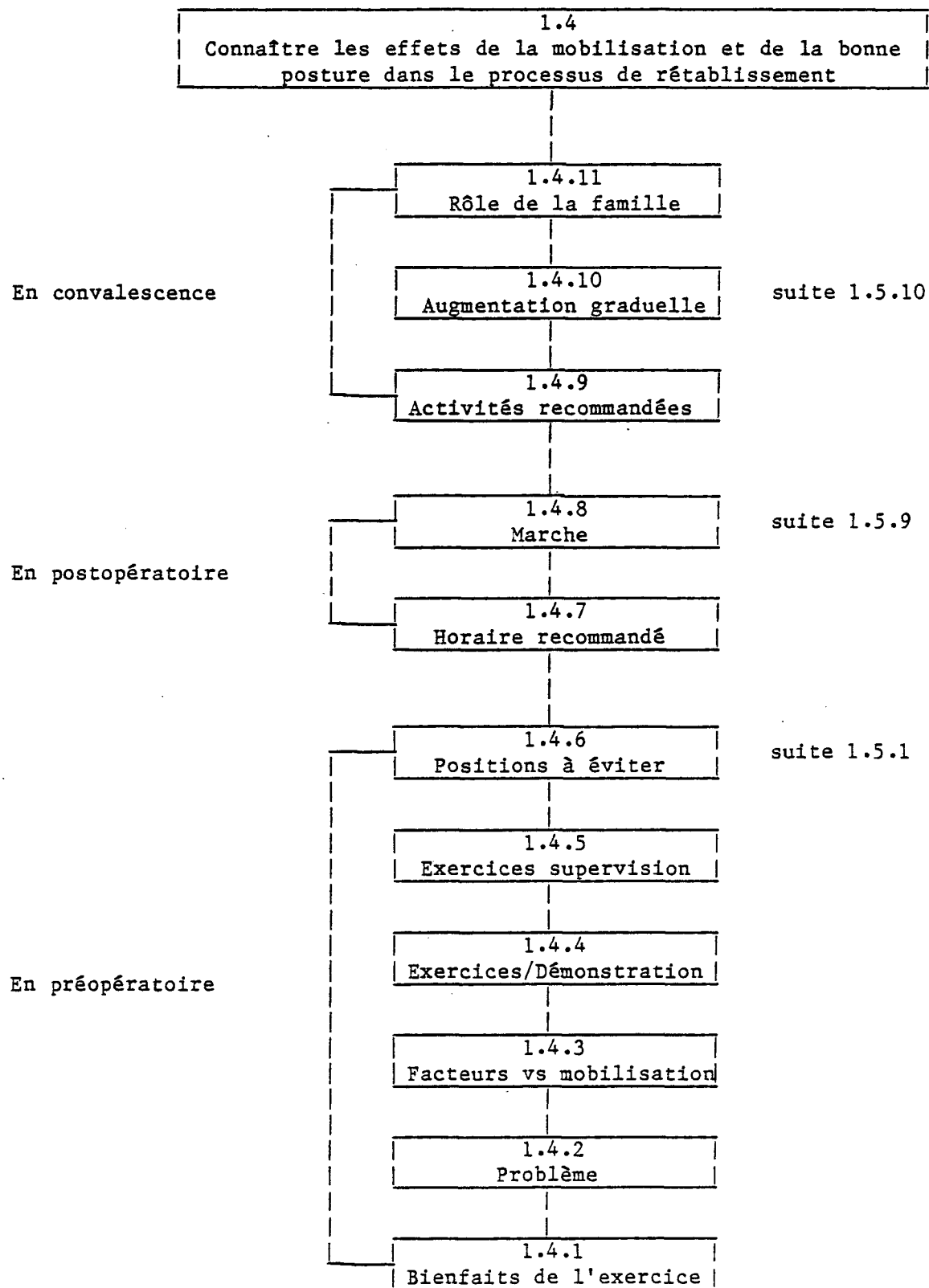
ANNEXE 2.3

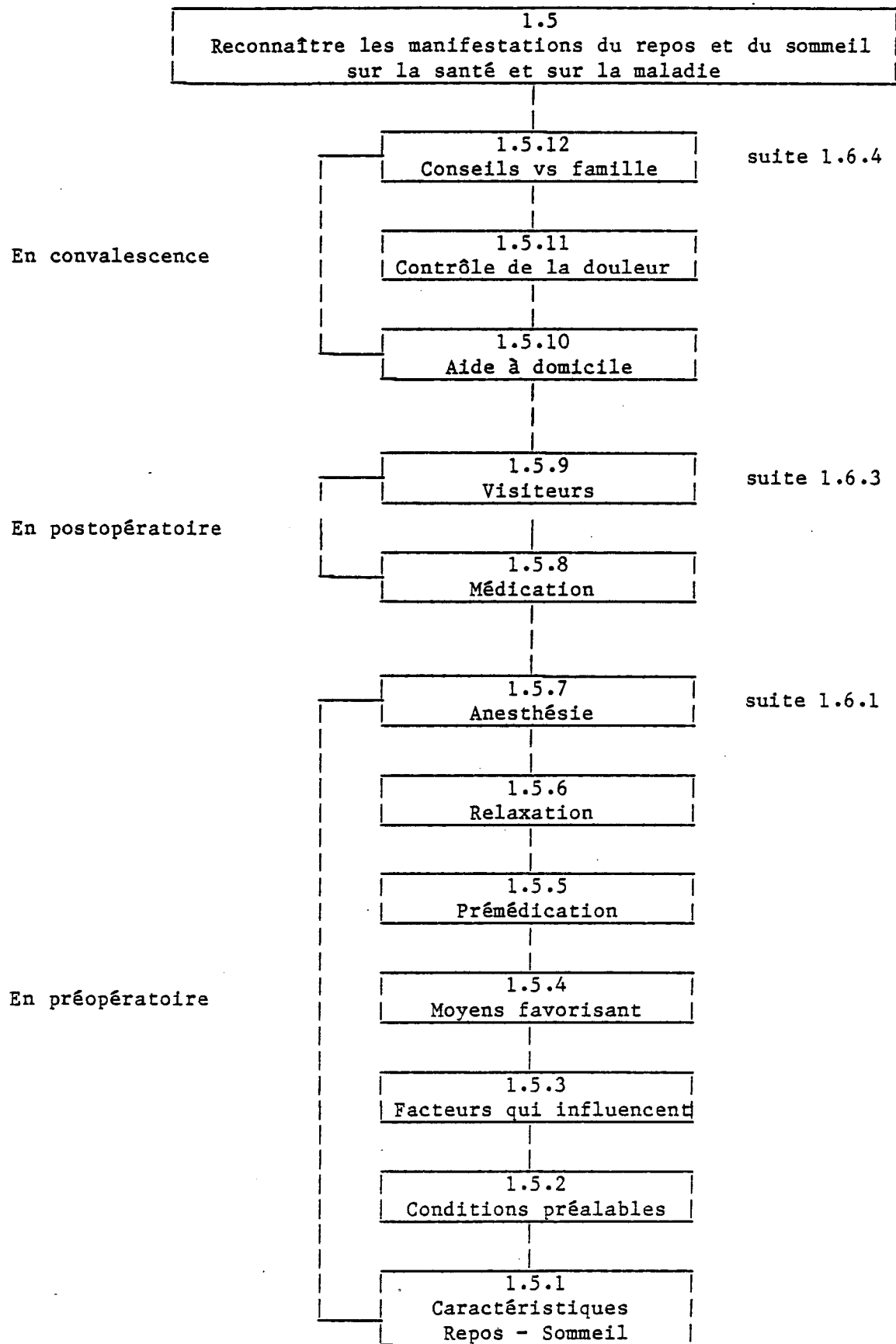
CHEMINEMENT SÉQUENTIEL ET HIÉRARCHIE D'APPRENTISSAGE

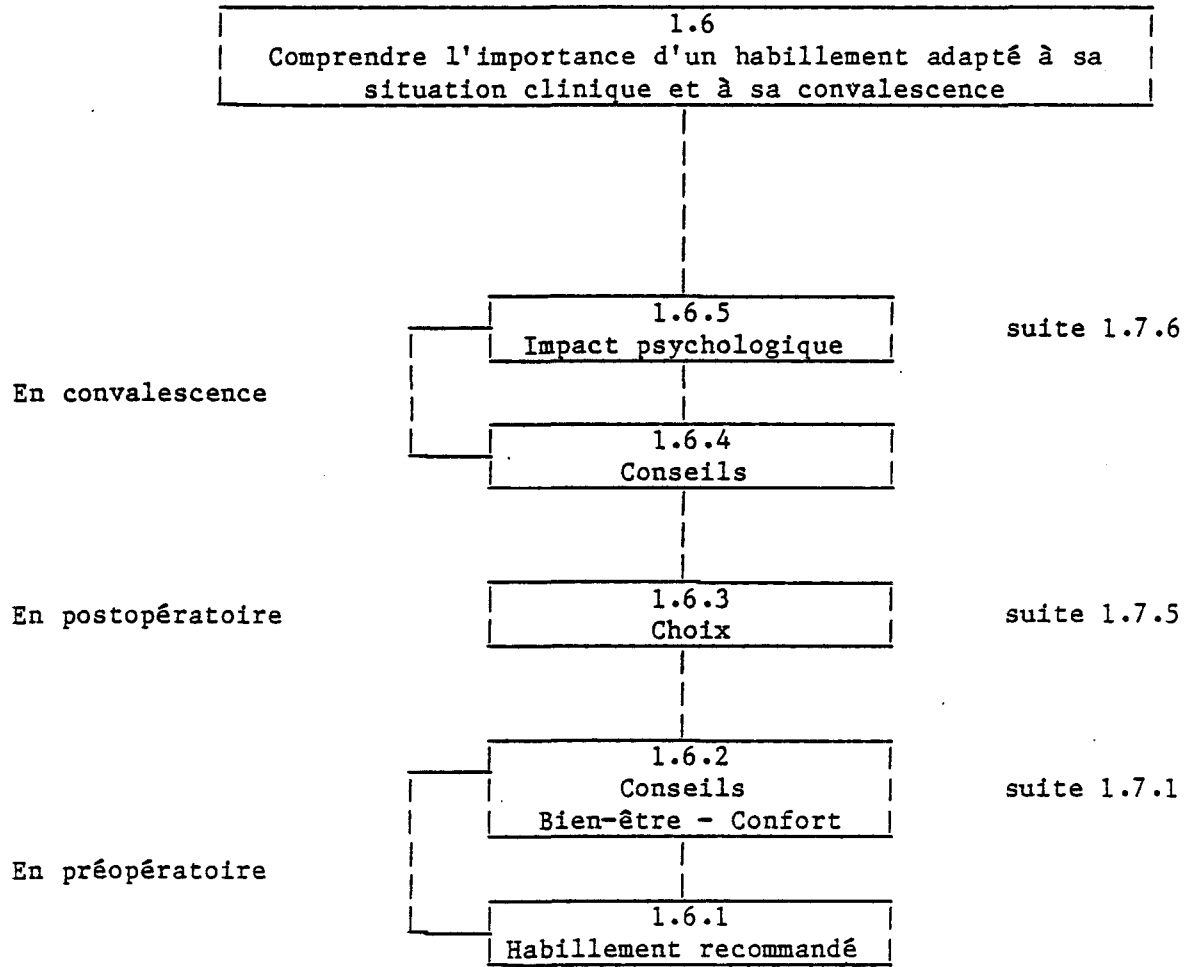


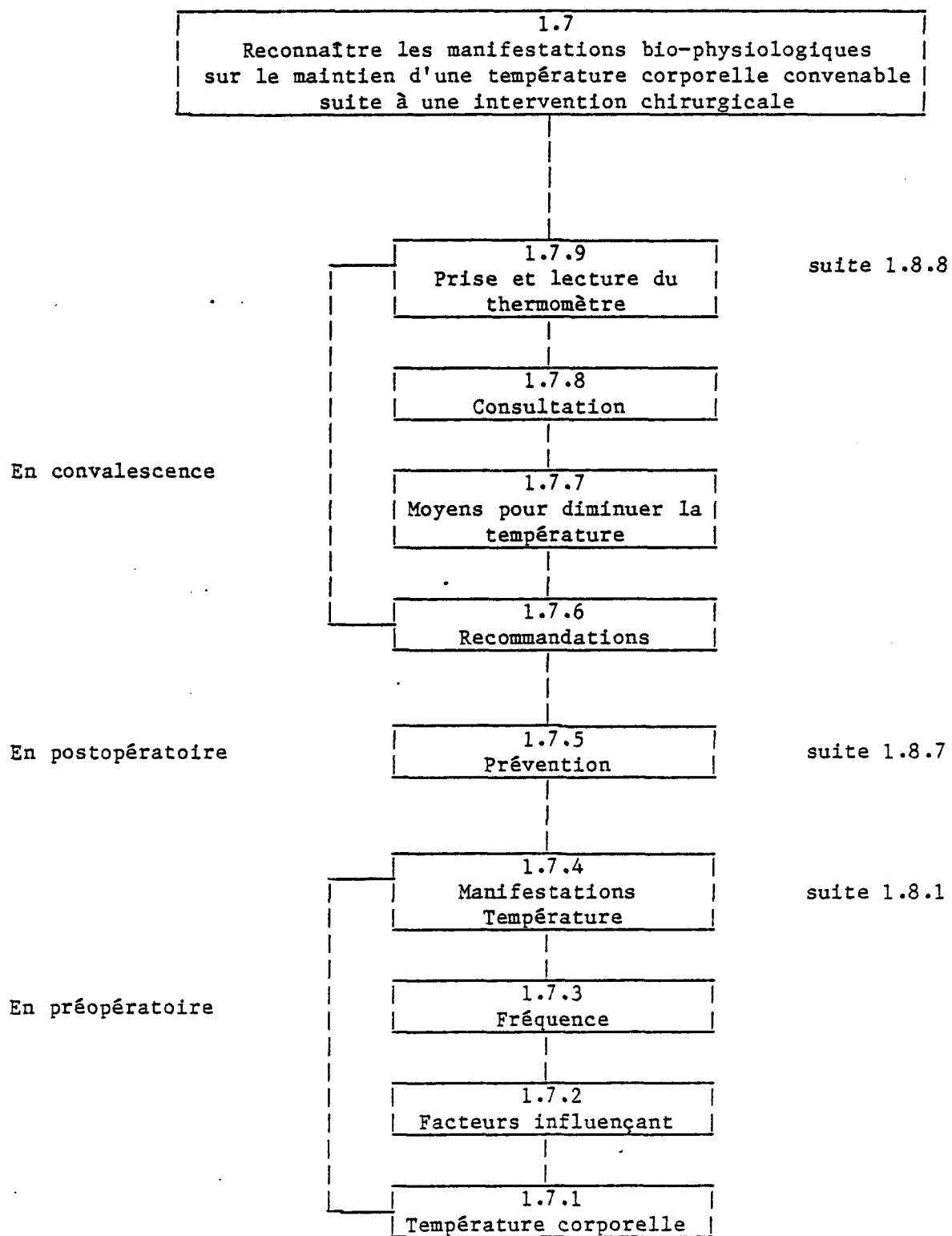


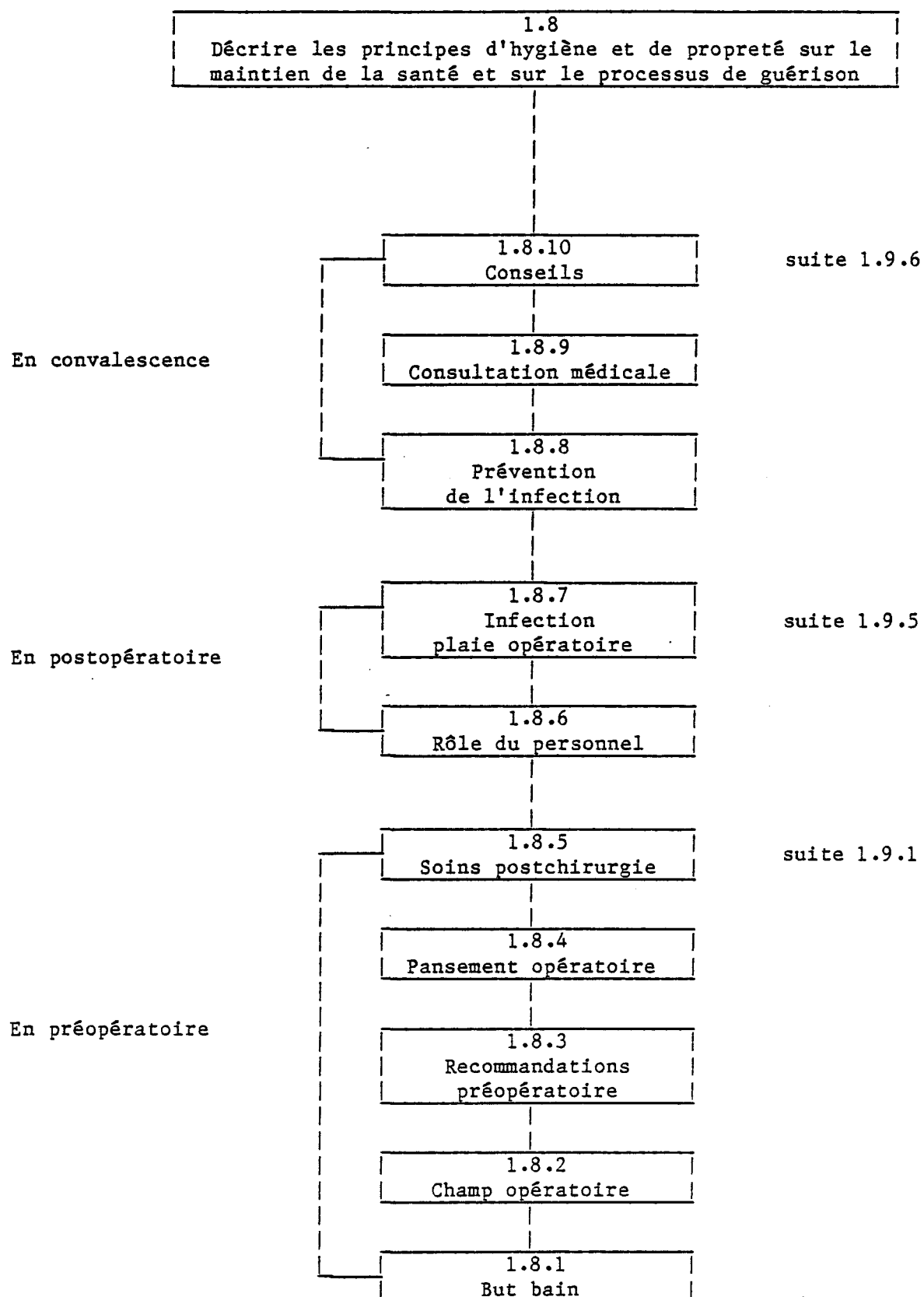


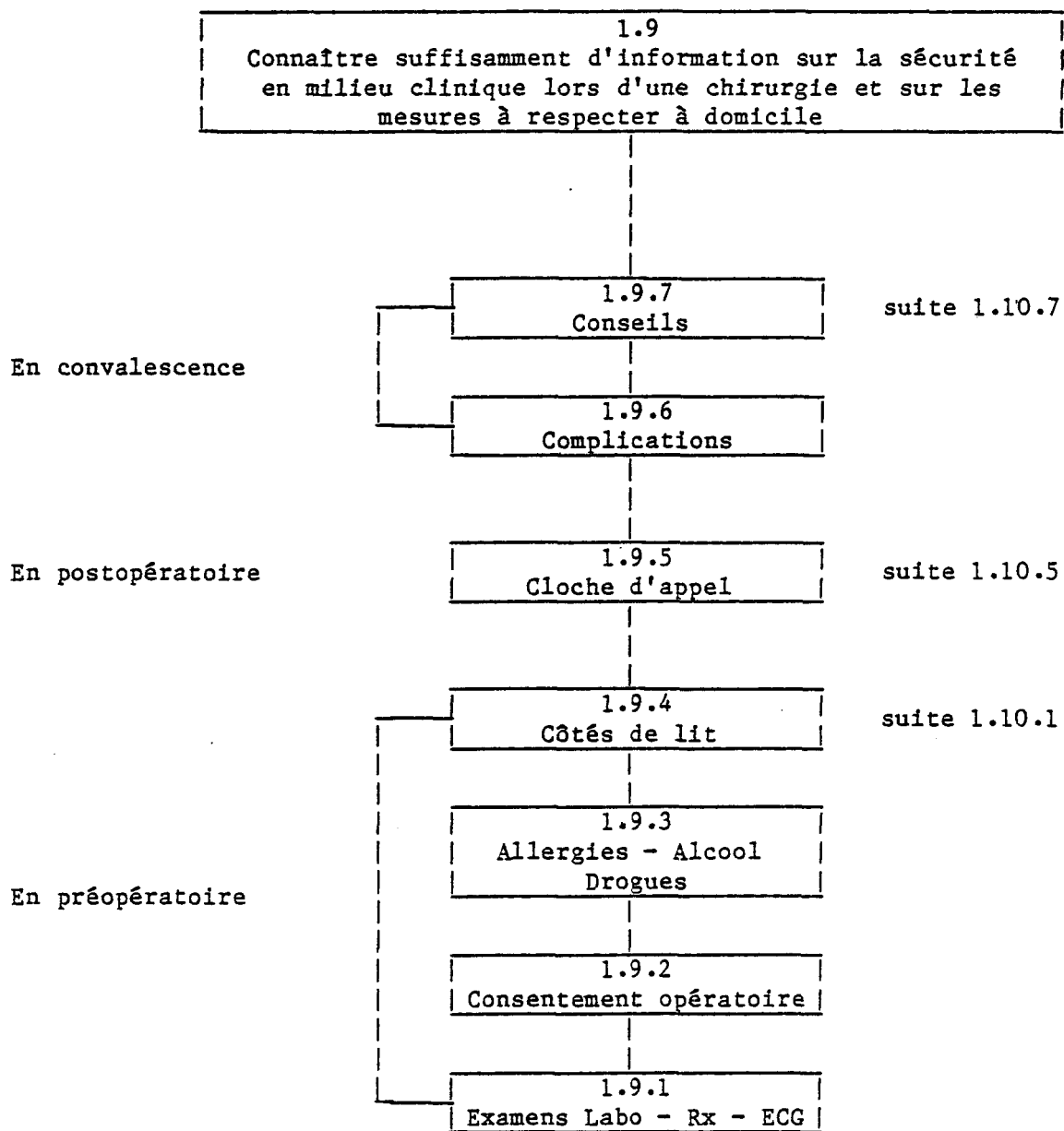


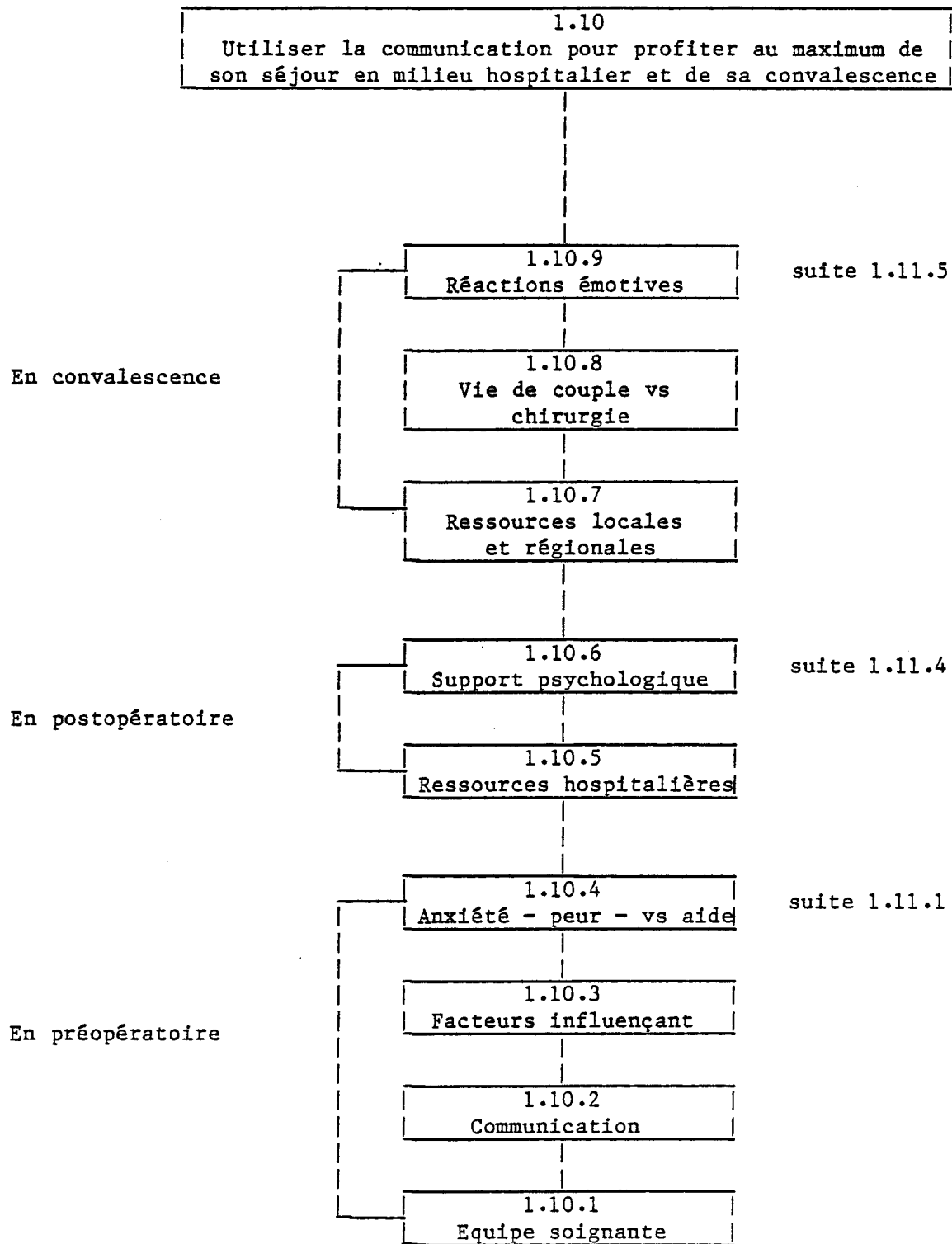


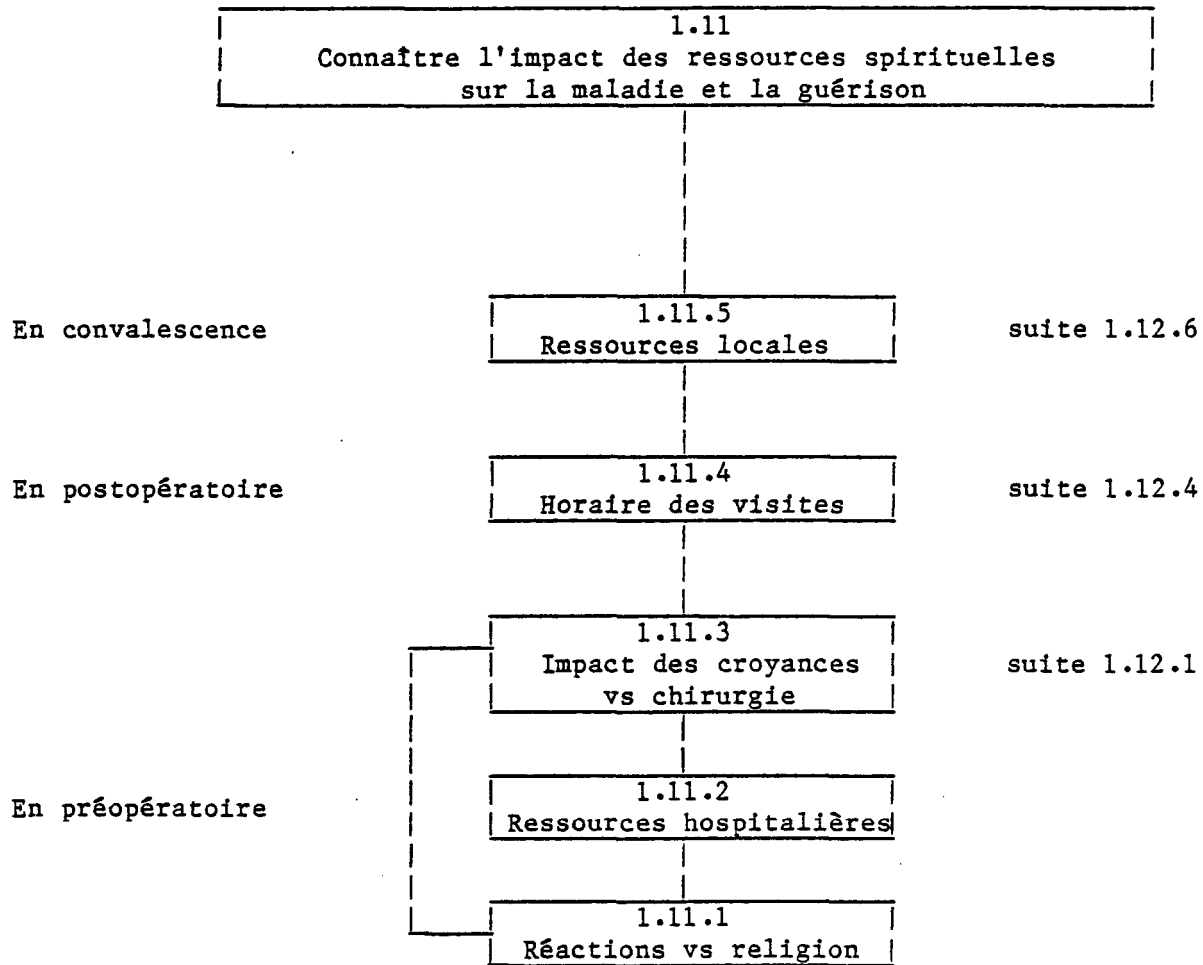


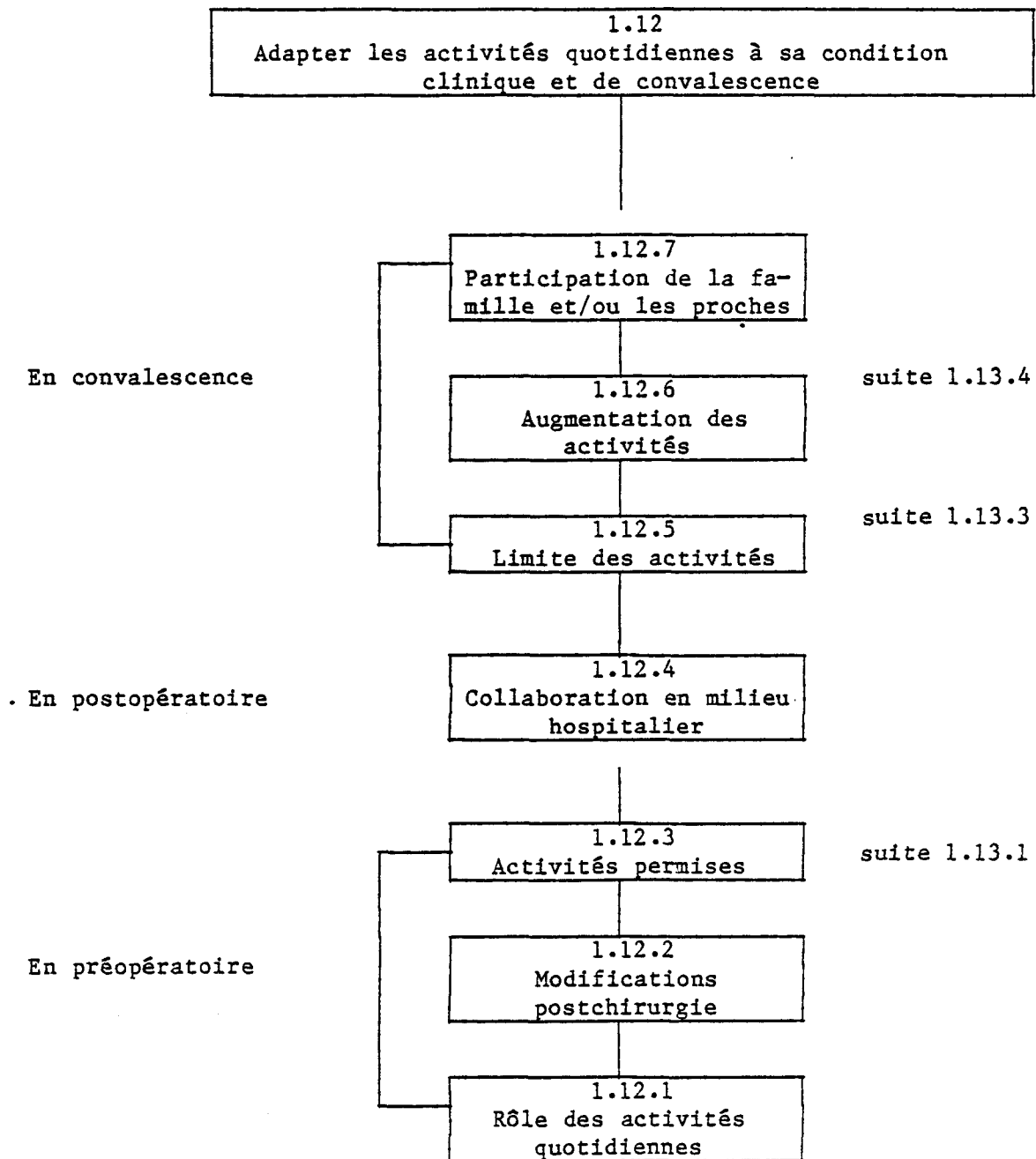


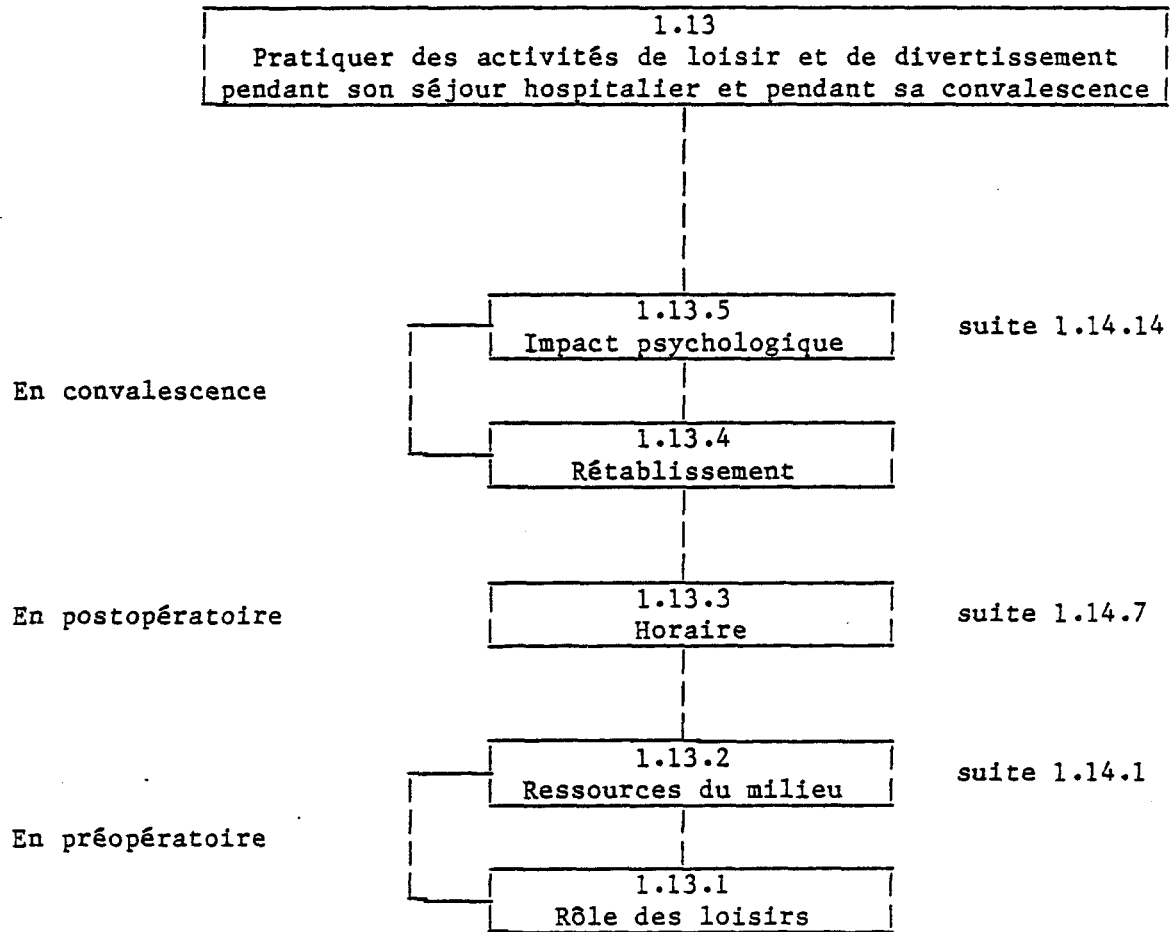


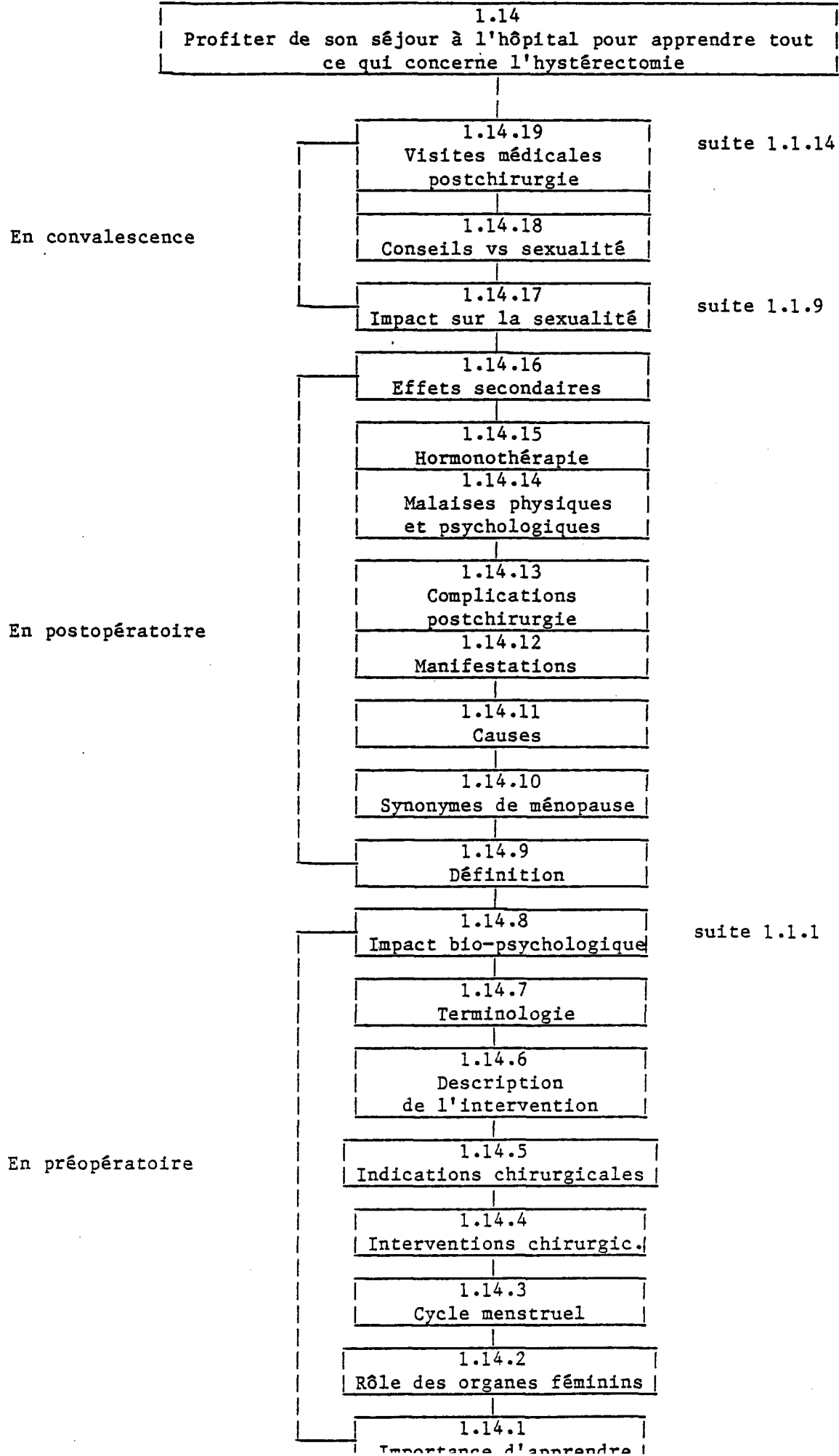












ANNEXE 2.4

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE HYSTÉRECTOMISÉE

BESOIN DE RESPIRER

1.1 Objectif terminal

Expliquer les composantes d'une respiration normale et les moyens pour la conserver et prévenir les complications.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.1.1 NOMMER LES PRINCIPAUX ORGANES DE LA RESPIRATION

A l'aide d'un schéma, situer les différents organes de la respiration:

Voies aériennes <u>supérieures:</u>	nez bouche pharynx larynx
<u>inférieures:</u>	trachée bronches bronchioles poumons (2) (alvéoles)
<u>accessoires:</u>	diaphragmes cage thoracique musculature thoracique plèvre

1.1.2 DECRIRE L'IMPORTANCE DE LA RESPIRATION:

La respiration permet de fournir à l'organisme tout l'oxygène dont il a besoin pour nourrir les organes.

1.1.3 EXPLIQUER BRIEVEMENT LE FONCTIONNEMENT RESPIRATOIRE:

La respiration se règle en 2 temps: l'inspiration et
l'expiration

Le phénomène de la respiration se produit grâce à une variation de pression dans les voies respiratoires. Lorsque l'air est inspiré par la bouche et/ou le nez, le diaphragme se contracte et s'abaisse, les muscles intercostaux se contractent permettant ainsi l'élargissement de la cage thoracique ce qui aspire l'air dans les poumons jusqu'aux alvéoles où a lieu l'échange de l'oxygène et du gaz carbonique. Lorsque le diaphragme et les muscles intercostaux se relâchent, l'air est automatiquement rejeté à l'extérieur, c'est l'expiration.

1.1.4 NOMMER DEUX (2) CONDITIONS ESSENTIELLES A LA VENTILATION

- Qualité de l'air: bonne concentration en O₂
- Voies respiratoires dégagées: les voies respiratoires doivent laisser libre passage à l'air. L'éternuement et la toux évacuent les poussières et sécrétions accumulées.
- Capacité de distension: la capacité de distension de la cage thoracique et l'élasticité du tissu pulmonaire permettent une respiration maximale
- Le rythme respiratoire: hyper ou hypoventilation

1.1.5 NOMMER DEUX (2) MOYENS FAVORISANT LE MAINTIEN DE LA RESPIRATION NORMALE

Position et mouvement:

- adopter les positions assurant une meilleure expansion thoracique: semi-fowler ou fowler. Référer objectif 1.1.13
- changement fréquent de position (le seul fait de bouger assure une bonne ventilation).

- une incitation à se mouvoir (marcher corridor) ref. obj. 1.4.6

Toux et respiration profonde:

- éliminer les sécrétions par des respirations profondes et par la toux. ref. ex: respiration objectif 1.1.9

Bonne hydratation:

- une bonne hydratation est nécessaire au maintien de l'humidité des muqueuses des membranes respiratoires

De saines habitudes de santé et un environnement sain:

- il est fortement conseiller de cesser de fumer
- les visites trop nombreuses dans un espace restreint diminue la qualité de l'O₂ de l'air
- les émotions (anxiété, peur, joies, etc) font varier la qualité et le rythme respiratoire; ex. en état de stress, la respiration devient en général rapide et superficielle

1.1.6 DÉCRIRE LES EFFETS DE L'ANESTHÉSIE SUR LA RESPIRATION

L'anesthésie irrite la muqueuse des voies respiratoires ce qui a pour effet une augmentation des sécrétions de la muqueuse. Les gaz de l'anesthésie et les médicaments diminuent l'amplitude respiratoire. Il devient donc important de stimuler la respiration en postopératoire pour éliminer les sécrétions qui s'accumulent.

1.1.7 DÉCRIRE LES EFFETS DE LA CIGARETTE SUR LA RESPIRATION

La fumée de cigarette paralyse les cils de vos bronches ce qui empêche les sécrétions d'être éliminées. Il serait souhaitable que vous cessiez de fumer tout au moins diminuer avant l'intervention. Ne pas fumer à partir de minuit la veille de l'opération, le matin de l'opération et au moins douze (12) heures après l'intervention.

1.1.8 NOMMER DEUX (2) RAISONS DE PRATIQUER DES EXERCICES EN POSTOPÉRA-TOIRE

1. Promouvoir la ventilation pulmonaire et l'oxygénation après l'anesthésie
2. Éliminer les gaz anesthésiques
3. Éliminer les sécrétions qui peuvent causer des complications respiratoires
4. Prévenir les nausées
5. Favoriser détente et repos

1.1.9 EXECUTER TROIS (3) FOIS LES EXERCICES RESPIRATOIRES QUI DOIVENT ÊTRE PRATIQUES EN POSTOPERATOIRE:

Technique 1. Respiration profonde

- a) Installez-vous en position assise ou semi-assise, ceci permet une expansion pulmonaire maximale
- b) Posez les mains entrecroisées sur votre plaie opératoire
- c) Inspirez lentement et profondément par le nez. (comptez jusqu'à 5)
- d) Retenez votre inspiration pendant 5 secondes
- e) Expirez lentement et entièrement l'air de vos poumons par la bouche
- f) Reposez-vous

Fréquence:

Avant l'opération: au moins 3 fois par jour pendant 5 minutes

Après l'opération: au retour de la salle: aux périodes d'éveil, au besoin selon l'embarras respiratoire

premier jour et plus: à toutes les heures pendant 3 à 4 minutes

Technique 2. La toux et expectoration

- a) Placez-vous en position assise, les genoux peuvent être fléchis afin de diminuer la tension des muscles de votre ventre. Penchez-vous un peu en avant

- b) Entrecroisez les doigts et placez les mains sur votre plaie afin de réduire la douleur et de ne pas forcer la plaie.

N.B.: Vous pouvez prendre un oreiller pour appuyer sur votre plaie ou un drap tendu

- c) Prenez deux grandes respirations. Ensuite, inspirez profondément (stimule le réflexe de la toux) et au moment d'expirer, faites l'effort de tousser (1 ou 2 fois). Ceci facilite l'élimination des sécrétions des poumons

- d) Ces efforts sont courts mais profonds. Crachez les sécrétions épaisses des bronches

- e) Si le premier essai de toux n'a pas réussi, vous devez vous reposer quelques instants et recommencer par la suite.

- f) Cet exercice peut débiter seulement le soir de l'opération. Si vous êtes éveillé(e), c'est l'infirmière qui vous le fait penser aux tournées ou lors de la prise des calmants.

Fréquence

Avant l'opération: le plus souvent possible. Au moins 3 fois par jour pendant 5 minutes.

N.B. Vous pouvez faire les exercices au coucher, au lever ou en lisant.

Après l'opération: au retour de la salle, aux périodes d'éveil, au besoin selon l'embarras respiratoire.

Premier jour: 1 fois aux deux (2) heures

2ième jour et plus: 1 fois aux heures

Technique 3. Inspirex

Description de l'appareil

Cet appareil est formé d'une plaque sur laquelle on retrouve un bouchon pour ajuster la quantité d'air. Plus on augmente le chiffre, plus c'est difficile. Cette plaque est surmontée d'un tube auquel se rattache un tube buccal.

A l'intérieur du tube cylindrique se trouve une bille qui se soulève lorsque vous inspirez. Ce procédé vous permet de visualiser et de calibrer vos débits d'inspiration.

Technique de l'inspiration (inspirex)

Maintenir l'appareil en position verticale durant l'exercice. Vous pouvez l'installer sur la table de chevet.

- a) Prenez le tube buccal dans vos mains
- b) Commencez par une expiration forcée sans le tube buccal
- c) Ensuite, portez le tube buccal dans la bouche de façon à ce qu'il n'y ait pas de fuite d'air
- d) Inspirez dans l'appareil de manière à monter la bille à sa hauteur maximum. Maintenir cette inspiration pendant au moins 2 secondes (compter 1-2)
- e) Enlevez la pièce buccale de votre bouche et faites une expiration forcée
- f) Reposez-vous

N.B.: Augmentez graduellement l'ouverture avec le bouchon situé à la base de l'appareil. Plus l'ouverture est grande plus l'inspiration doit être grande.

Fréquence

Après l'opération: le soir de l'opération: selon l'embarras respiratoire
premier jour et plus: 5 minutes aux heures

CONNAITRE ET MANIPULER LE MATÉRIEL ET L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER UTILISÉ POUR FACILITER LA RESPIRATION

Il peut arriver pour des raisons diverses (fumeur, problèmes respiratoires déjà existants avant la chirurgie, obésité, personne âgée, l'affaiblissement, etc..) que certains moyens mécaniques soient nécessaires pour faciliter la respiration.

En voici la liste:

- Humidificateur
- Inspirex
- O₂
 . masque
 . cathéter (lunette)
- Inhalothérapie (expliquer seulement)

Pour chacun de ces appareils expliquer très brièvement le fonctionnement et faire manipuler par la cliente.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.1.11 EXÉCUTER LES EXERCICES RESPIRATOIRES PRATIQUÉS EN PRÉOPÉRATOIRE

TABLEAU INDIQUANT LA FRÉQUENCE QUOTIDIENNE DES EXERCICES

EXERCICES	FREQUENCE PAR JOUR
1. Respirations profondes	Au retour de la salle: aux périodes d'éveil, au besoin. Premier jour et plus: 3 à 4 minutes aux heures
2. Toux et expectoration	Au retour de la salle: aux périodes d'éveil au besoin. Premier jour: 1 fois aux 2 heures Deuxième jour et plus: 1 fois aux heures
3. Inspirex	Le soir de l'opération selon l'embarras Premier jour et plus: 5 minutes aux heures

1.1.12 RESPECTER LES PRINCIPES D'HYGIENE RESPIRATOIRE

Visites:

Prévenir votre famille et vos amis de venir vous visiter que deux à la fois car un trop grand nombre de personnes dans la chambre diminue la qualité d'O₂ en plus de fatiguer l'opéré.

Tabac:

Les visiteurs doivent s'abstenir de fumer. Si vous fumez, il serait souhaitable que vous cessiez de fumer, tout au moins diminuer pour une période d'environ douze (12) heures après la chirurgie.

Environnement

- Chambre bien aérée
- Température moyenne 20° et 22°

Relaxation (détente):

- respirer profondément
- exercices respiratoires ref. objectif 1.1.9
- repos et sommeil

1.1.13 PRENDRE LES POSITIONS FAVORISANT UNE RESPIRATION EFFICACE

Position Fowler:

Position où la tête du lit est soulevée à un angle d'au moins 45°. Dans cette position, les genoux de la cliente peuvent être fléchis ou non.

Position semi-fowler:

Dans cette position, l'élévation de la tête du lit est habituellement de 30°

1.1.15 NOMMER UNE FACON SIMPLE DE CONTROLER LE HOQUET

Le hoquet est déterminé par des spasmes intermittents du diaphragme. La cause de ce spasme du diaphragme peut être une irritation du nerf phrénique. Cette irritation peut être due à un estomac flatulent (gonflement par des gaz), ou une distension abdominale.

Les moyens simples pour contrôler un hoquet sont:

- retenir sa respiration pendant qu'on avale de l'eau froide à grand trait
- inspirer et expirer dans un sac en papier (augmente l'inhalation de dioxyde de carbone)

NOMMER UNE (1) COMPLICATION PULMONAIRE POUVANT SURVENIR EN POSTOPÉ- RATOIRE ET LE OU LES MOYENS DE LA PRÉVENIR

Des complications pulmonaires sont susceptibles de se produire à la suite d'une chirurgie telles: bronchite, pneumonie, pleurésie, ect.

Ces complications se manifestent principalement par l'hyperthermie, des sécrétions abondantes et des difficultés respiratoires.

La prévention de ces complications est simple:

- 1- Faire des exercices respiratoires pour favoriser au maximum l'élimination des sécrétions. ref. objectif 1.1.9
- 2- Se mouvoir tôt après la chirurgie. ref. objectif 1.4.4

A l'intention du personnel

Complications pulmonaires postopératoire:

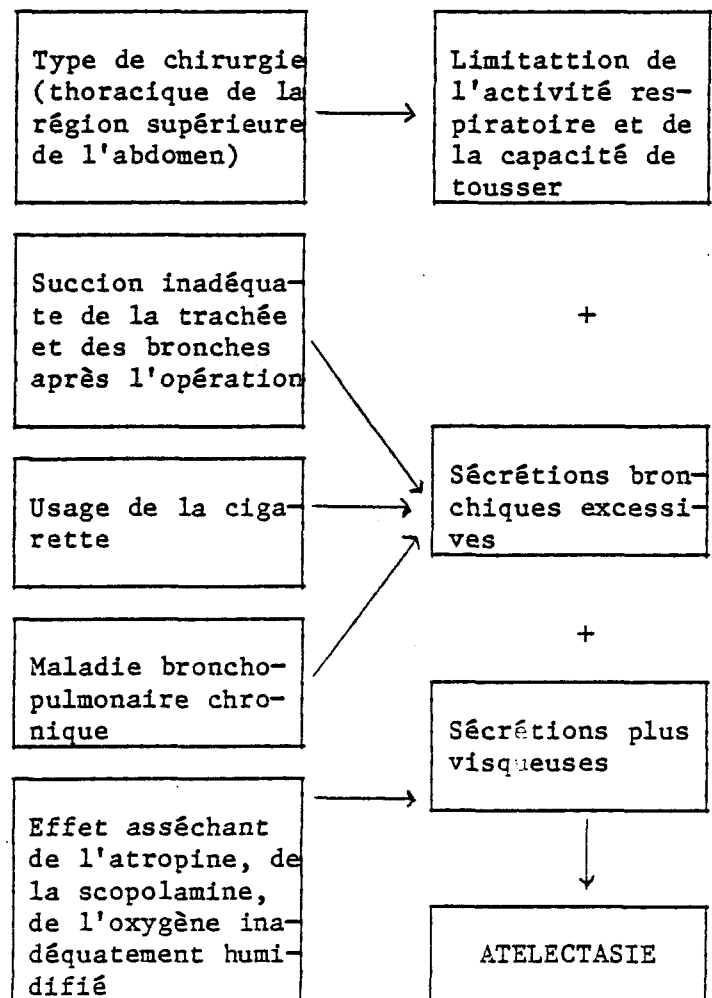
L'atélectasie:

Quand un amas de mucus obstrue l'une des bronches, il se produit un collapsus* du tissu pulmonaire situé au-delà de l'obstruction et il en résulte une atélectasie massive.

Ce diagramme fait ressortir les principaux facteurs qui prédisposent à l'atélectasie postopératoire.

*** Collapsus pulmonaire:**

Ischémie et pâleur du poumon dont le parenchyme est affaîssé. Affaîssement du poumon.



La bronchite

Cette complication pulmonaire peut survenir à n'importe quel moment à la suite d'une opération, ordinairement au cours des cinq ou six premiers jours. Les symptômes varient selon la maladie. La simple bronchite se manifeste par de la toux avec expectoration abondante de mucopus, mais sans beaucoup d'élévation de température ni d'accélération du pouls.

La bronchopneumonie

Parmi les complications pulmonaires plus fréquentes, la bronchopneumonie tient peut-être le second rang. En plus d'une toux, avec expectoration abondante, on remarque une élévation considérable de la température, une accélération du pouls et de la respiration.

La pneumonie lombaire

La pneumonie lombaire est une complication postopératoire moins fréquente. Elle débute ordinairement par un frisson, suivi d'une température élevée, d'un pouls et d'une respiration rapides. La toux peut être légère ou absente, mais la gêne respiratoire, les joues congestionnées et l'apparence malade évidente du patient constituent un ensemble de signes cliniques qui sont bien caractéristiques.

La congestion pulmonaire hypostatique

La congestion pulmonaire hypostatique est un état qui survient chez les patients âgés ou trop faibles. Elle est due à un coeur et à des vaisseaux affaiblis, ce qui amène une stagnation du sang à la base des deux poumons. Elle se produit plus souvent chez les personnes âgées qui n'ont pas suffisamment de défense. Souvent les symptômes

n'en sont pas prononcée pendant un certain temps; ils se limitent peut-être à une légère élévation de température, à une accélération minime du pouls et de la respiration et à un peu de toux.

La pleurésie

La pleurésie survient assez fréquemment à la suite des opérations. Son principal symptôme est constitué par une douleur aiguë, que le patient éprouve à la poitrine du côté affecté; cette douleur est particulièrement pénible quand il veut prendre une respiration profonde, le pouls s'accélère et les mouvements respiratoires sont plus rapides et plus superficiels qu'à l'ordinaire.

1.1.16 EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

NOMMER DEUX (2) MOYENS A RESPECTER A DOMICILE POUR AMÉLIORER SA RESPIRATION

- Exercices respiratoires: tels que pratiqués à l'hôpital
- Aération: aérer les pièces - marcher à l'extérieur
- Tabac: cesser, se limiter au minimum
- Visiteurs: critères de quantité à déterminer avec la cliente

17. PRATIQUER LES EXERCICES RESPIRATOIRES RECOMMANDÉS

Pratiquer les exercices que vous avez appris en préopératoire, au besoin:

- Respiration profonde
- Toux et expectoration
- Inspirex (ref. objectif 1.1.9)

BOIRE ET MANGER

1.2 Objectif terminal

Expliquer le rôle des liquides et de l'apport alimentaire sur le processus de guérison après une chirurgie.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.2.1 DIRE DANS SES MOTS POURQUOI ON A BESOIN DE BOIRE ET DE MANGER

L'eau et la nourriture sont deux éléments vitaux. Il faut absolument se nourrir et boire si l'on veut survivre. L'organisme a besoin d'éléments nutritifs pour assurer sa croissance, le fonctionnement normal des organes et le bon entretien de ses tissus.

1.2.2 IDENTIFIER UNE CONSÉQUENCE DES LIQUIDES ET DES SOLIDES SUR L'ORGANISME

Les éléments nutritifs essentiels contenus dans la nourriture sont:

Glucides: se retrouvent dans les sucres et les amidons naturels. Ils sont utilisés comme source d'énergie et sont nécessaires à l'utilisation des lipides

Protides: les principales sources sont: viandes, poissons, volailles, légumineuses et lait
Les protéines sont nécessaires à la croissance et à la réparation des tissus; elles favorisent la formation d'anticorps pour lutter contre l'infection

Lipides: se retrouvent principalement dans le beurre, la margarine et les huiles.

Les lipides fournissent de l'énergie à l'organisme; ils favorisent l'absorption des vitamines solubles dans les graisses.

Vitamines: ce sont des composés organiques aidant à la régulation des processus corporels; elles se divisent en deux groupes principaux:

- liposolubles (solubles dans les graisses)
- hydrosolubles (solubles dans l'eau)

les vitamines sont contenus dans tous les aliments spécialement les fruits et les légumes.

Chaque vitamine a une fonction propre, les vitamines hydrosolubles (A.D.E.K.) doivent être consommées quotidiennement car elles ne s'emmagent pas dans l'organisme.

Sels minéraux: ce sont des composés organiques contenus principalement dans les légumes, le lait, les oeufs et les abats.

Les sels minéraux ont un rôle dans plusieurs processus corporels et principalement sur l'équilibre de l'eau. Les principaux sont: le calcium, le phosphore, le potassium, l'iode, le fer...

1.2.3 NOMMER LES QUATRE (4) GROUPES D'ALIMENTS TEL QUE RECOMMANDÉS AUX CANADIENS

Le guide alimentaire canadien propose une division des aliments en quatre (4) grands groupes selon leur apport nutritif principal:

Pain et céréales: sucres, amidon, fibres

Lait et produits laitiers: calcium, vitamine D, protéines

Fruits et légumes: vitamines, sels minéraux et fibres

Viande et substituts: protéines (le fer dans les abats)

1.2.4 RÉPÉTER LES CONSEILS RECOMMANDÉS LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Dans le but d'éviter les vomissements pendant l'opération et au réveil il est recommandé:

La veille: de prendre un souper léger

A partir de minuit: demeurer à jeun (aucun aliment et aucun breuvage même l'eau) jusqu'à l'intervention

Le matin: demeurer à jeun; c'est-à-dire pas de déjeuner et aucun liquide, même l'eau.

1.2.5 EXPLIQUER BRIEVEMENT L'INFLUENCE DES ÉMOTIONS SUR SES HABITUDES ALIMENTAIRES

Les émotions peuvent influencer nos habitudes alimentaires. (En situation de stress certaines personnes mangent davantage, d'autres moins).

Plusieurs facteurs peuvent influencer votre appétit à l'hôpital:

- la maladie
- la douleur
- les odeurs du milieu hospitalier
- des raisons psychologiques comme l'anxiété: face à la chirurgie, à la famille, le travail, etc...
- des aliments non familiers ou dont on aime pas le goût.

Il est important de se rappeler que bien s'alimenter est nécessaire et indispensable à un bon rétablissement.

En étant conscient qu'il est normal qu'il y ait une modification de votre appétit lors de votre hospitalisation et même à votre retour à votre domicile, il vous sera plus facile de comprendre que vous devez faire un effort pour donner à votre corps tous les éléments nutritifs nécessaires à sa guérison.

1.2.6 EXPLIQUER L'EFFET DE L'ANESTHÉSIE ET DES MÉDICAMENTS SUR LA SOIF

La prémédication et certains gaz anesthésiques ont pour effet de diminuer les sécrétions des voies respiratoires et particulièrement la salive. Vous aurez donc la bouche et la gorge sèches ce qui occasionne l'apparition de la soif.

Cette soif sera particulièrement intense dans les heures qui suivent la prémédication et dans les heures qui suivent l'opération.

Une perte de liquide de l'organisme (perte de sang, vomissement, transpiration abondante, etc...) peut également augmenter le déséquilibre hydrique et accentuer la soif.

Conseil: Pour prévenir la sécheresse des lèvres, nous suggérons de badigeonner vos lèvres d'un corps gras ou appliquer une serviette humide avant la chirurgie.

1.2.7 CITER UNE RAISON DE L'HYDRATATION INTRAVEINEUSE PENDANT ET APRES L'OPÉRATION

Pour rétablir les pertes liquidiennes causées par la médication, l'anesthésie et les autres pertes de liquides de l'organisme, le médecin installera des solutés intraveineux pendant la chirurgie et dans les 12 à 24 heures qui suivent et même plus.

1.2.8 EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

UTILISER UN (1) MOYEN RECOMMANDÉ POUR DIMINUER LA SOIF DANS LES HEURES QUI SUIVENT L'ANESTHÉSIE

Dans les premières 24 heures:

- Badigeonner vos lèvres avec un bâton glycériné
- Humidifier les lèvres avec une débarbouillette mouillée
- Prendre de petites gorgées d'eau ou de thé chaud lorsque les nausées et les vomissements postopératoires ont cessés.

N.B.: La glace concassée semble augmenter la soif, laisse la bouche asséchée et cause beaucoup de gaz et de ballonnement.

1.2.9 NOMMER DEUX (2) ALIMENTS SUGGÉRÉS ET DEUX (2) ALIMENTS A ÉVITER APRES UNE CHIRURGIE

Le premier jour: diète liquide: thé, café, bouillon

Le deuxième jour: diète légère: gélatine, rôties beurrées, lait, soupe, éviter les épices, les gras et les mets irritants. Service de demie portion

Le troisième jour: diète au goût: revenir progressivement à votre alimentation habituelle selon votre tolérance

1.2.10 CITER DEUX (2) MOYENS DE LUTTER CONTRE LES NAUSÉES

- Prendre de grandes respirations par le nez, la bouche fermée (ref. objectif 1.1.9)
- Meilleure installation (ex.: remplacer les oreillers)
- Vous tournez sur le côté (changement de position) ref. objectif 1.4.4
- Avertir l'infirmier(e) si cela persiste. Il y a des médicaments anti-nauséux.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.2.11 ÉTABLIR UN MENU A PARTIR DES RECOMMANDATIONS DU GUIDE ALIMENTAIRE CANADIEN ET DES CONSEILS APRES UNE CHIRURGIE

Au début de votre convalescence, vous pouvez constater des changements dans votre appétit. C'est normal dans les quatre (4) premières semaines suivant l'opération.

Pour une alimentation saine et équilibrée, vous pouvez suivre le guide alimentaire canadien. Le G.A.C. recommande de consommer chaque jour des aliments de chacun des quatre (4) groupes d'aliments:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| - Lait et produits laitiers | 2 portions par jour |
| - Viandes et substituts | 2 portions par jour |
| - Pain et céréales | 3 à 5 portions par jour |
| - Fruits et légumes | 4 à 5 portions par jour |

Pour vous faciliter la tâche, nous vous suggérons de conserver les menus qui vous sont présentés à l'hôpital. Au dos du menu vous trouverez une copie du G.A.C. et quelques conseils pour vous aider à préparer des menus bien équilibrés.

Dans votre situation de convalescence, il est indispensable que vous consommiez:

<u>Des protéines:</u>	sous forme de viande, poisson, volaille, légumineuses. Les protéines sont nécessaires à la réparation des tissus
<u>Des aliments riches en fer:</u>	sous forme de foie, épinards, fraises, etc. pour permettre à l'organisme de combler les pertes sanguines lors de la chirurgie (ref. feuille consommation de fer)
<u>Des aliments riches en vitamines C:</u>	tels les agrumes (orange, citron, pamplemousse) tomates, etc. La vitamine C favorise la cicatrisation des tissus.
<u>De l'eau:</u>	en bonne quantité (6 à 8 verres par jour) en plus de favoriser l'élimination intestinale et rénale, boire de l'eau contribue au maintien de l'équilibre des liquides de l'organisme.

1.2.12 RÉSUMER LES MESURES ALIMENTAIRES A RESPECTER POUR ÉVITER:

LA CONSTIPATION - LE BALLONNEMENT - LA SURCONSOMMATION D'ALIMENTS

1. La constipation

- . consommer de l'eau en abondance 6 à 8 verres/jour
- . une alimentation riche en fibre.

Définition

La fibre alimentaire est la partie de l'organisme végétal qui résiste à la digestion dans le tube digestif de l'homme. Elle est constituée par le son, l'enveloppe extérieure du grain de céréale.

Propriétés pour la santé

- Elle donne aux aliments une texture qui oblige à les mastiquer
- Elle n'est pas digestible par les enzymes digestifs, donc elle arrive intacte dans le côlon ou gros intestin

- Sur son parcours, la fibre absorbe de l'eau, se gonfle et accroît le volume des selles (molles); ce volume stimule les parois de l'intestin et active le péristaltisme. Elle participe à la régulation du mouvement intestinal, et ainsi prévient la constipation.

Description des aliments riches en fibres

- Fruits et légumes, de préférence crus et avec la pelure
- Fruits séchés: raisins, pruneaux, dattes, figes
- Légumineuses: pois, fèves, lentilles, gourganes, haricots, soja, noix et amandes
- Pain de blé entier: biscuits et muffins à grains entiers
- Céréales de grains entiers:
 - . Kellogg's: Mini Wheat Peps Ban Flakes
Ban Buds All-Bran Raisin Bran
 - . Nabisco: Shredded Whea
Shreddies
 - . Quaker: Croque Nature
Gruau rapide ou minute
Gruau prêt à servir
 - . Robin Hood: Gruau rapide ou minute
Gruau prêt à servir

2. Le ballonnement: ref. module "Eliminer" objectif 1.3.7

Eviter de consommer tout aliment qui pourrait augmenter le ballonnement:

Fruits fermentescibles

Ananas	Melon de miel
Avocat	Pomme crue
Cantaloup	Prune
Melon d'eau	Pruneau

Légumes fermentescibles et gazogènes

Brocoli	Chou-fleur
Chou	Chou-rave
Chou chinois	Concombre
Choucroute	Echalote
Chou de Bruxelles	Fève rouge
Chou de Siam (rutabaga)	Fève sèche
Haricot de Lima	Piment vert
Lentille	Piment rouge
Maïs (blé d'Inde)	Poireau
Navet	Pois sec
Oignon	Radis

Les aliments fermentescibles causent la flatulence. Les légumineuses sont reconnues comme étant les plus fermentescibles. La tolérance varie selon l'individu. Les états d'anxiété et de stress et le manque d'exercice accroissent les malaises dus à la flatulence. (Les aliments fermentescibles sont à éviter chez le sujet ayant un problème respiratoire, des problèmes gastro-intestinaux, ou qui est immobilisé et après une chirurgie.

N.B.: Les mets épicés sont également à éviter.

3. La surconsommation

Le guide alimentaire canadien recommande de diminuer les sucres concentrés et les gras de l'alimentation, augmenter l'apport en fruits et légumes et en céréales à grain entier.

Eviter les aliments camelotes (calories vides) qui n'ont aucune valeur nutritive.

Quelques conseils:

Sucres concentrés:

desserts sucrés (tartes, gâteaux, pâtisseries de toutes sortes, jus sucré, bonbons, chocolat.

Aliments camelotes:

croustille (chips, pretzel), chocolat liquieux gazeux, maïs soufflé, caramel, bonbons.

1.2.13 DONNER UN (1) MOYEN POUR IMPLIQUER SA FAMILLE DANS L'ÉLABORATION D'UN MENU

L'alimentation occupe une grande place dans la vie familiale. En plus de constituer un élément essentiel à la vie, la nourriture a également une valeur émotive. Chaque personne a ses goûts, ses préférences et les aliments servent souvent de récompense ex.: un gâteau d'anniversaire.

Tout en tenant compte des valeurs émotives de l'alimentation, vous devez tenir compte de sa valeur nutritive.

Un moyen simple permettra à chacun des membres de votre famille de composer des menus bien équilibrés.

- Servez-vous du guide alimentaire canadien
- Chaque repas doit contenir un aliment de chacun des quatre (4) grands groupes:
 - . lait et produits laitiers
 - . pain et céréales
 - . viande et substituts
 - . fruits et légumes

Utilisez votre imagination et de votre fantaisie. Permettez à votre conjoint et vos enfants de participer à la préparation des menus. C'est simple et cela peut devenir amusant.

ELIMINER

1. Objectif terminal

Comprendre l'importance des fonctions d'élimination dans le processus de guérison après une hystérectomie

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.3.2 COMMENTER LE RÔLE DE L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS DE L'ORGANISME

Tous les processus ou réactions chimiques qui se produisent dans l'organisme humain produisent des déchets (produits toxiques ou produits qui ne peuvent être utilisés par l'organisme).

Ces déchets (d'urée, toxines, hormones, sang, etc) doivent être rejetés à l'extérieur

Les deux principaux produits d'élimination sont: les fécès (selles) et l'urine

C'est donc dire que maintenir une bonne élimination intestinale et rénale favorisera le rétablissement.

1.3.2 NOMMER DEUX (2) FACTEURS QUI INFLUENCENT L'ÉLIMINATION

Evacuation intestinale

- . âge: enfants, personnes âgées
- . alimentation: quantité suffisante de résidus
- . liquide: apport suffisant
- . exercices: les muscles abdominaux et pelviens jouent un rôle dans la défécation. L'exercice stimule le péristaltisme
- . stress: constipation, diarrhée
- . horaire régulier d'élimination
- . repas réguliers
- . médication: provoque diarrhée (antibiotique) ou constipation (calmant)

Elimination vésicale

- . quantité de liquide ingéré: l'urine est composée de 96% d'eau
- . la diète: le café augmente le volume urinaire
- . répondre au premier signal de besoin d'uriner
- . le stress augment la fréquence urinaire
- . l'activité augmente la fréquence
- . état pathologique: la fièvre diminue la production d'urine
- . les médicaments: diurétiques augmentent l'élimination, les analgésiques peuvent provoquer une rétention urinaire

1.3.1 DIRE POURQUOI ON INSTALLE UN CATHÉTER VÉSICAL A DEMEURE LORS D'UNE HYSTERECTOMIE

Le cathéter vésical (sonde) est un tube en matière flexible qui est introduit dans la vessie par les voies naturelles et maintenu en place par un ballonnet d'eau stérile.

La veille de l'opération (habituellement le matin avant le départ pour la salle) on vous installera un cathéter vésical (sonde) dans le but de garder votre vessie libre d'urine pour faciliter le travail du chirurgien et prévenir les traumatismes (blessure) de la vessie.

Les indispositions créées par la sonde sont:

- . la sensation de brûlure
- . la sensation du besoin d'uriner

Selon la prescription médicale, habituellement le lendemain de l'opération en après-midi, on vous enlèvera votre sonde vésicale. Après vous avoir enlevé votre sonde vésicale, vous pouvez avoir un peu de difficulté à uriner naturellement les premières fois et cela est normal.

1.3.4 CITER DEUX (2) CONSEILS FAVORISANT L'ÉLIMINATION URINAIRE

Les conseils pouvant aider à l'élimination urinaire sont:

- . faire couler le robinet d'eau froide: le son de l'eau qui coule peut avoir un certain effet de relaxation sur le phincter de la vessie (muscle annulaire servant à fermer la vessie)

- . prendre la position assise: sur le bassin de lit
lever à la toilette
- . s'assurer de l'intimité
- . appliquer de la chaleur sur le périnée: débarbouillette humide
placée au bas de la région abdominale
- . verser de l'eau tiède sur les organes génitaux
- . ne pas attendre, répondre au premier signal
- . prendre suffisamment de temps et rester calme

1.3.5 DONNER LE BUT DE L'ANALYSE D'URINE EN PRÉOPÉRATOIRE

- L'examen d'urine préopératoire a pour but d'évaluer sommairement l'état de l'élimination urinaire: ex: infection, protéines, etc, ref: besoin éviter les dangers 1.9.1
- Vérifier s'il y a grossesse

1.3.6 DÉCRIRE CE QU'EST UN LAVEMENT ET SES INDICATIONS LORS D'UNE CHIRURGIE

Un lavement est l'injection de liquides dans le rectum et dans le sigmoïde dans le but d'évacuer les selles et les gaz contenus dans l'intestin.

Il est important de vider l'intestin de son contenu la veille d'une hystérectomie en raison du type de chirurgie pour:

- . éviter l'incontinence sous l'influence de l'anesthésie
- . permettre un plus grand espace de travail au chirurgien durant l'opération

1.3.7 DÉCRIRE LE BALLONNEMENT

Le ballonnement est un gonflement de l'abdomen par des gaz contenus dans l'intestin.

Le ballonnement est normal après une chirurgie abdominale. L'anesthésie et la médication calmante ralentissent les mouvements intestinaux, c'est pourquoi il y a accumulation de gaz.

Pour soulager le ballonnement, vous pouvez:

1. éviter les aliments qui produisent des gaz
réf: boire et manger, obj. 1.2.12
2. faire de l'exercice (lever précoce, marche)
réf: se mouvoir, obj. 1.4.6
3. si les douleurs abdominales persistent:
 - . l'infirmière pourra vous installer un tube rectal
 - . le médecin prescrit:
 - 1er jour: 2 comprimés de Dulaolax (laxatif)
 - 2e jour: lait de magnésie et Cascara en matinée
lavement Fleet en p.m.
(si non effectif)
 - 3e jour: lavement évacuant

N.B.: Aussitôt que les intestins ont fonctionné, on cessera la médication.

EN POSTOPERATOIRE, la cliente sera capable de:

1.3.8 DIRE LA QUANTITÉ DE LIQUIDES RECOMMANDÉS PAR JOUR

Il est recommandé de boire 6 à 8 verres d'eau par jour.

L'eau stimule le fonctionnement rénal et favorise l'élimination intestinale

1.3.9 PRATIQUER LES EXERCICES RECOMMANDÉS POUR DIMINUER LE BALLONNEMENT

Réf: se mouvoir, obj. 1.4.6

Exercices: lever précoce postopératoire, marche

1.3.10 S'ALIMENTER PROGRESSIVEMENT EN RESPECTANT LES PRINCIPES D'UNE BONNE ALIMENTATION AXÉE SUR L'ÉLIMINATION

Diète riche en résidus

Les liquides en abondance réf: boire et manger, obj. 1.2.12

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.3.11 CONSOMMER QUOTIDIENNEMENT DES ALIMENTS RICHES EN FIBRE

Réf: boire et manger, obj. 1.2.12

1.3.12 PRATIQUER QUOTIDIENNEMENT LA MARCHÉ OU AUTRES EXERCICES RECOMMANDÉS

Réf: se mouvoir, obj. 1.4.6

1.3.13 OBSERVER UN HORAIRE RÉGULIER D'ÉLIMINATION

Etablir un horaire régulier pour l'évacuation intestinale et prendre le temps nécessaire sont deux facteurs importants. L'établissement d'un horaire régulier et d'utilisation d'un réflexe de défécation déclenché à ce moment-là, favorisent une défécation régulière et complète.

Pour favoriser la détente, il est conseillé d'apporter de la lecture.

SE MOUVOIR ET SE MAINTENIR DANS UNE POSITION CONVENABLE

1.4 Objectif terminal:

Connaître les effets de la mobilisation et de la bonne posture dans les processus de rétablissement.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.4.1 EXPLIQUER BRIEVEMENT LES BIENFAITS DE L'EXERCICE ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ AU NIVEAU DES DIFFÉRENTS SYSTEMES

L'exercice physique apporte de nombreux bienfaits et de plus, prévient certains problèmes de santé surtout chez les clients malades qui doivent éviter à tout prix les complications.

Système locomoteur;

Tout comme l'usage d'un organe favorise son fonctionnement normal, l'exercice maintient la force et le tonus musculaire incluant le muscle cardiaque.

Système cardiovasculaire:

L'exercice améliore la circulation du sang, particulièrement le retour veineux. Il active l'élimination des déchets musculaires ainsi que l'apport d'oxygène et d'éléments nutritifs aux tissus.

Métabolisme:

Le taux du métabolisme augmente, stimulant l'appétit et assurant une meilleure expansion pulmonaire afin de répondre à l'effort que fait l'organisme pour inhaler l'oxygène supplémentaire dont il a besoin.

Système digestif:

L'appétit s'améliore et le tonus gastro-intestinal augmente.

Bienfaits psycho-neurologiques:

L'exercice procure une sensation de détente et d'équilibre.

Système urinaire:

L'exercice améliore la fonction urinaire en augmentant la circulation sanguine rénale dans les deux sens; les déchets corporels sont donc excrétés plus efficacement.

1.4.2 CITER UN PROBLEME FREQUENT DU AU MANQUE D'EXERCICE

Contexte général

L'ankylose: ou la diminution de la mobilité articulaire

Les contracture: c'est-à-dire un raccourcissement permanent (contraction) d'un muscle. Les contractures peuvent s'attaquer aux genoux, aux hanches, aux coudes, aux poignets et aux chevilles. Dans ces cas les fléchisseurs finissent par se contracter de façon permanente amenant une flexion permanente de l'articulation.

Le tonus: légère tension musculaire continue (hypertonie - hypotonie)

L'atrophie: concerne une diminution du volume d'un muscle. Les personnes alitées développent une atrophie musculaire, faute d'utiliser leurs muscles.

Contexte opératoireEffets psychologiques et sociaux:

- la motivation à apprendre diminue
- la motivation à résoudre ses problèmes diminue
- diminution de l'appétit
- entraîne des réactions émotives tels l'apathie, le désintéressement et l'agression ou encore des réactions émotives exagérées, inopportunes et souvent anormales (ex.: une colère parce qu'il n'a pas de sucre dans son cabaret)

- diminue la quantité et la qualité des perceptions sensorielles, ce qui entraîne une modification de la réalité (ex.: dit ne pas avoir vu son infirmière de l'avant-midi alors qu'elle est venue il y a dix minutes.

Effets physiques

Problèmes locomoteurs:

- diminution de la minéralisation osseuse (ostéoporose)
- contracture et atrophie musculaire
- raideurs et douleurs articulaires
- rupture dans l'intégrité de la peau (escarre de décubitus)

Problèmes urinaires:

Le système urinaire fonctionne mieux lorsqu'une personne est debout.

- Problèmes possibles:
- . les lithiases (pierres)
 - . distension vésicale
 - . incontinence
 - . infection

Problèmes métaboliques:

- atrophie des tissus et escarre de décubitus
- déséquilibre des électrolytes et des liquides

Problèmes gastro-intestinaux:

- diminution de l'appétit
- difficulté à digérer
- constipation

Problèmes respiratoires:

- diminution de l'amplitude respiratoire
- accumulation des sécrétions dans les voies respiratoires
- oxygénation insuffisante

Problèmes cardiovasculaires:

- provoque l'hypotension orthostatique (incapacité pour le système nerveux de stabiliser le volume sanguin) ce qui occasionne une basse pression en position debout

- augmente le travail cardiaque; le coeur travaille plus fort en position couchée
- favorise la formation de thrombus (stase veineuse due à l'immobilité) ajoute à cela certains facteurs externes comme point de pression par un oreiller sous les mollets.

1.4.3 NOMMER DEUX (2) FACTEURS QUI INFLUENCENT LA MOBILITÉ

Facteurs pouvant modifier la mobilité:

- l'âge et le stade de développement de l'individu
- un processus pathologique, un traumatisme, une chirurgie (limitation de mouvement, douleur)
- restriction volontaire; besoin de s'isoler.

1.4.4 NOMMER LES MESURES NÉCESSAIRES AU MAINTIEN DE LA MOBILITÉ DES ARTICULATIONS

L'exercice demeure le moyen par excellence pour le maintien de la mobilité. Il y a plusieurs sortes d'exercices et leur choix se fait en fonction de l'état de santé de l'individu, de sa force ainsi que l'objectif à atteindre.

Les principaux exercices à pratiquer pour prévenir les complications sont:

Technique 1 Changement de position

Position initiale sur le dos:

Lorsque vous tournez sur le côté gauche:

- a) pliez le genou droit
- b) saisissez le côté du lit gauche avec la main droite
- c) appuyez fortement la plante du pied droit sur le lit et pousser de façon à rouler doucement sur le côté gauche
- d) soulevez et reculez votre siège vers le milieu du lit

N.B.: Si votre bras est immobilisé par un soluté, essayez de pousser le siège vers la droite avant de compléter le mouvement décrit précédemment

Pour revenir sur le dos

- a) pliez le genou gauche
- b) appuyez solidement la main gauche sur le bord du lit ou sur le côté du lit gauche
- c) poussez à l'aide de la main gauche de façon à retourner doucement sur le dos
- d) ramenez votre siège au centre du lit

Lorsque vous tournez sur le côté droit (position initiale sur le dos)

- a) pliez le genou gauche
- b) saisissez le côté du lit droit avec la main gauche
- c) poussez le pied gauche de façon à rouler sur le côté droit
- d) soulevez et reculez votre siège vers le milieu du lit

Vous ressentirez moins de douleur si vous changez de position vous-même. Si vous avez besoin d'aide, le personnel peut vous aider.

Fréquence

Les trois (3) positions décrites précédemment doivent être alternées le plus souvent possible au moins une fois aux deux (2) heures jusqu'à ce que vous vous leviez à volonté.

Technique 11 Exercices musculairesPieds

- a) couché sur le dos, vous poussez les orteils le plus loin possible vers le pied du lit. Repos.
- b) pointez les orteils vers le menton. Repos.
- c) faire cet exercice lentement au moins cinq (5) fois aux deux (2) heures en maintenant une bonne contraction musculaire dans les jambes.

Chevilles:

- a) une jambe à la fois, légèrement élevée, décrivez des demi-cercles à l'aide de vos chevilles: de droite à gauche, puis de gauche à droite.
- b) répétez environ cinq (5) fois aux deux (2) heures.

Jambes:

- 1 a) pliez le genou droit de façon à supporter la jambe par la plante du pied
- b) descendez la jambe droite traînant le pied du lit. Repos
- c) faites le même exercice mais cette fois-ci avec la jambe gauche. Répétez environ cinq (5) fois aux deux (2) heures
- 2 a) poussez avec votre jambe ou écrasez un rouleau fait d'une serviette avec votre creux du genou, sur le matelas maintenez 5 secondes, relâchez
- b) alternez une jambe, puis l'autre
- c) faites 10 fois chaque jambe aux 2 heures

Bras et épaules:

- 1 a) placez vos deux bras le long du corps
- b) remontez les deux bras de sorte que les mains lorgnent le corps jusqu'à ce qu'elles atteignent le dessous des bras
- c) remontez ensuite les bras au-dessus de la tête le plus haut possible
- d) redescendez les bras de manière à ce que vos mains soient éloignées le plus possible de votre corps. Répétez cinq (5) fois aux deux (2) heures
- 2 a) décrivez des cercles à l'aide de votre bras droit. Alternez et répétez au moins cinq (5) fois lors de chaque lever
 - vous pouvez pratiquer ces exercices le plus souvent possible avant l'opération, au moins trois (3) fois par jour
 - après l'opération, vous commencez lorsque vous n'aurez plus de soulé.

Les exercices musculaires peuvent être pratiqués avant l'intervention chirurgicale, environ 2 à 3 fois par jour.

Après l'opération, les exercices commencent dès le soir ou le lendemain et seront poursuivis jusqu'à ce que la marche soit devenue régulière.

Technique 111 Le premier lever

- a) demandez à l'infirmier(e) d'élever légèrement la tête de votre lit
- b) lorsque vous êtes couché(e) sur le dos, pliez vos genoux, rapprochez-vous du bord du lit en vous aidant de vos bras et de vos talons
- c) tournez-vous sur le côté
- d) glissez doucement les jambes pendantes hors du lit
- e) asseyez-vous sur le bord du lit, en poussant contre le matelas avec le coude et la main droite ou gauche et de l'autre main soutenez votre plaie opératoire
- f) vous pouvez vous sentir étourdi; demeurez assis quelques minutes, jusqu'à ce que vos étourdissements disparaissent.
Prenez des respirations profondes et bougez les orteils et les chevilles
- g) adoptez la position debout en vous tenant le plus droit possible et regardez devant vous

Pour le retour au lit

- a) la tête du lit doit être légèrement élevée
- b) asseyez-vous confortablement sur le bord du lit
- c) placez vos talons sur le côté du lit et poussez votre siège au centre du lit
- d) couchez-vous sur le côté en fléchissant les genoux et en ramenant les jambes dans le lit
- e) tournez-vous progressivement sur le dos ou adoptez une autre position qui vous apparaît confortable

Technique 1V Marche

A partir du premier jour postopératoire, vous êtes capable de vous lever et de marcher souvent. Augmenter la distance parcourue à chaque lever. Il est bon de déterminer un objectif, par exemple: chaque lever doit vous permettre de marcher dix (10) pas de plus.

La station debout et la position assise prolongées ne sont pas à conseiller.

1.4.5 ACCOMPLIR UNE (1) FOIS SOUS SUPERVISION LES EXERCICES RECOMMANDÉS

Référent: Description des techniques à l'objectif 1.4.4

1.4.6 CITER DEUX (2) POSITIONS QUI ENTRAVENT LA CIRCULATION SANGUINE

- position assise avec un oreiller sous les genoux
- position assise sur le bord du lit, les jambes pendantes pour les repas
- position les jambes croisées

Ces positions entravent ou diminuent la circulation du sang au creux poplité.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.4.7 ACCOMPLIR LES EXERCICES RECOMMANDÉS SELON L'HORAIRE FIXÉ

Référent objectif 1.4.4

Vous pouvez demander l'aide de l'infirmier(e) pour les premiers levés, cependant aussitôt que cela vous sera possible, vous devez vous lever et faire vos exercices seul. Vous gagnerez en autonomie et respecterez mieux votre rythme. Au besoin, le personnel infirmier vous supportera dans vos efforts.

1.4.8 PRATIQUER LA MARCHE PROGRESSIVEMENT ET QUOTIDIENNEMENT

Effets physiques et psychologiques du mouvement.

Ref: objectifs 1.4.1 et 1.4.2 (l'absence de mouvement amène)

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.4.9 NOMMER CINQ (5) ACTIVITÉS RECOMMANDÉES POUR LES QUATRE (4) PREMIERES SEMAINES DE CONVALESCENCE

Pour les quatre (4) premières semaines:

Pour prévenir douleur, tension au niveau de votre plaie et permettre votre rétablissement progressif, nous vous suggérons de:

- Eviter de forcer ou de soulever des objets quel que soit leur poids (ne pas soulever les enfants)
- Limiter la station debout prolongée (qui occasionne une congestion au bas du ventre et peut causer des douleurs et de légers saignements)
- Préparer les repas en position assise
- Eviter de monter trop d'escaliers (utiliser les marches avec modération)
- Il est normal que les trois premiers mois vous ayez un "gros ventre". Attendre de rendre visite à votre chirurgien avant de commencer des exercices physiques en vue de "baisser" votre ventre
- Prendre des marches à l'extérieur est très recommandé
- Faire une brève promenade en automobile
- Faire des exercices de détente.

1.4.10 NOMMER CINQ (5) ACTIVITÉS QUE VOUS POUVEZ PRATIQUER APRES LES QUATRE (4) PREMIERES SEMAINES

Après les quatre (4) premières semaines:

- Augmenter graduellement vos activités
- Conduire votre automobile
- La baignade dans les piscines ou les cours d'eau naturels est permise après un (1) mois. Attendre cependant deux (2) mois avant de nager
- La bicyclette, après trois (3) mois

- le tennis, après trois (3) mois
- Le golf, après deux (2) mois), si vous ne portez pas les bâtons
- Le ski de fond, après deux (2) mois (sans escalader cependant)
- Le ski alpin, après trois (3) mois
- Eviter le travail pendant les 40 premiers jours après l'opération

N.B.: Vous devez prendre quatre semaines de convalescence; entendons-nous; de VRAIE CONVALESCENCE, et quatre autre semaines, pendant lesquelles vous reprendrez progressivement vos activités habituelles.

Il ne faut rien faire durant les quatres premières semaines, ne rien faire d'autre que de se reposer et marcher au grand air.

1.4.11 DÉCRIRE UN MOYEN D'INCITER LA PARTICIPATION DE VOS PROCHES (FAMILLES, AMIS)

Devant la limitation de vos activités, vous devez commencer à réfléchir sur la possibilité de faire participer vos proches à votre rétablissement:

- partage des tâches à la maison
- support psychologique (vous serez plus émotive, vous aurez besoin de support, d'encouragement)

Pour mieux vivre votre convalescence il est prioritaire que vous preniez conscience dès maintenant que vous avez besoin d'aide.

DORMIR ET SE REPOSER

1.5 Objectif terminal

Reconnaître les manifestations du repos et du sommeil sur la santé et sur la maladie

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.5.1 DÉCRIRE BRIÈVEMENT LES CARACTÉRISTIQUES DU REPOS ET DU SOMMEIL

Le repos et le sommeil sont essentiels à la santé. Chaque individu a besoin d'une certaine quantité de repos et de sommeil pour atteindre son plein rendement et pour permettre à son organisme de récupérer. Les personnes malades doivent déployer une grande quantité d'énergie pour maintenir leurs activités quotidiennes; elles ont donc besoin de plus de sommeil et de repos.

1.5.2 NOMMER QUATRE (4) CONDITIONS PRÉALABLES AU REPOS

- lorsque toutes vos affaires sont en ordre
- lorsque vous vous sentez accepté
- lorsque vous comprenez ce qui se passe autour de vous
- lorsque vous ne ressentez ni irritation, ni inconfort
- lorsque vous vous sentez utile
- lorsque vous savez que vous pouvez recevoir de l'aide au moment où vous en avez besoin

1.5.3 CITER DEUX (2) FACTEURS QUI INFLUENCENT LE REPOS ET LE SOMMEIL

- Age: le sommeil occupe 50% du temps du nourrisson et 23% de celui de l'adulte
- Fatigue: la fatigue perturbe le cycle du sommeil

- Maladie: les personnes malades ont besoin de plus de sommeil et leur cycle normal d'éveil et de sommeil est souvent perturbé
- Anxiété: peut empêcher de trouver le sommeil
- Médication: certains médicaments ont pour effet secondaire de perturber le sommeil
- Alcool - drogue perturbent également le sommeil dépendant de la
- Thé - Café: quantité et des moments d'ingestion

1.5.4 NOMMER DEUX (2) MOYENS FAVORISANT LE SOMMEIL

- favoriser un environnement calme avant l'heure du coucher
- maintenir votre routine habituelle avant le sommeil: lecture, musique douce, etc...
- éliminer les bruits superflus, si possible: télévision, radio
- placer la cloche d'appel à votre portée
- vous couvrir selon vos habitudes
- adopter votre position préférée si possible

1.5.5 DÉCRIRE DANS SES MOTS LE BUT: DE L'HYPNOTIQUE LA VEILLE DE LA CHIRURGIE - DE LA PRÉMÉDICATION - DES CALMANTS

Hypnotique la veille de l'opération:

On vous conseille de prendre le médicament pour dormir (dalmane), prescrit par l'anesthésiste, qui vous sera offert en soirée. Vous passerez une meilleure nuit et serez plus calme pour votre opération

La prémédication:

Environ trente (30) minutes avant votre départ pour la salle d'opération, l'infirmier(e) responsable de vos soins, vous donnera une injection I/M (dans le muscle de la fesse) appelée prémédication.

Cette prémédication a pour but de:

1. vous détendre sans toutefois vous endormir
2. diminuer les sécrétions des voies respiratoires (particulièrement la salive) ref. objectif 1.1.6 et 1.2.6

Les calmants:

Lors de votre réveil, vous ressentirez de la douleur au niveau de votre plaie opératoire. Habituellement cette douleur apparaît sous forme de sensation de brûlures (chaleur) et de tiraillements (picotements).

Il est normal d'avoir des douleurs après la chirurgie et la douleur la plus sévère se produit durant les premières 24 heures. La douleur diminue progressivement chaque jour. La prescription médicale prévoit toujours des médicaments pour soulager la douleur. L'intervalle des médicaments sous forme d'injection est de 4 ou 6 heures au besoin.

Durant le premier jour postopératoire, si vous avez trop de douleur, on peut vous donner un calmant par injection intra-musculaire. Bien qu'ayant pour but de soulager les douleurs, les injections analgésiques peuvent produire des effets secondaires, comme par exemple: des nausées, de la somnolence et une dépression respiratoire. Lorsque vos douleurs sont tolérables, n'hésitez pas à espacer les injections analgésiques. Par ailleurs, ne luttiez pas trop longtemps contre la douleur. Vous pouvez discuter ce point avec votre infirmière. Les calmants en comprimé (ex: Tylénol) commencent le premier ou deuxième jour après l'opération.

Il est fort probable que vous ressentiez de la douleur au niveau du dos, la chirurgie elle-même est responsable en partie de cette douleur en plus de la position dorsale maintenue durant l'opération.

1.5.6 EXÉCUTER UNE (1) FOIS SOUS SUPERVISION UNE TECHNIQUE DE RELAXATION FAVORISANT LE REPOS, LE SOMMEIL ET LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Technique 1 Relaxation par le contrôle de la respiration

Le meilleur exercice de détente est la respiration profonde. Celle-ci réduit l'intensité de la douleur après l'opération, amène une relaxation des muscles, favorise le sommeil et facilite la respiration.

Technique de relaxation

Voici la technique que vous pouvez pratiquer aussi bien à l'hôpital qu'à la maison.

1. Couchez-vous sur le dos, les yeux fermés
2. Inspirez profondément par le nez (comptez jusqu'à 5)
3. Gardez cette inspiration durant 2 secondes
4. Expirez lentement par la bouche durant 2 secondes
5. Détendez-vous
6. Répétez 4 à 5 fois, 1 à 2 fois/jour et au besoin

Technique 11 Musique subliminale

Il existe de la musique enregistrée sur cassette avec message subliminal favorisant la détente. Il suffit de se coucher dans une position confortable et de se laisser pénétrer par la musique. Si vous croyez en ce genre de relaxation, elle favorisera sûrement votre détente.

Si vous désirez pratiquer cette technique de détente, demandez à votre infirmier(e) de vous apporter le matériel nécessaire.

1.5.7 EXPRIMER CE QU'ELLE RESSENT FACE A L'ANESTHÉSIE

L'anesthésie générale qui est nécessaire pour pratiquer une hystérectomie, vous préoccupe sûrement. Il est compréhensible que vous soyez anxieuse. Il est important d'exprimer vos peurs face à votre anesthésie (peur de l'inconnu, de parler sous l'effet de l'anesthésie ou peur de ne plus s'éveiller).

Visite de l'anesthésiste

Votre anesthésiste vous rendra visite la veille (après-midi) de l'opération. Pendant cette rencontre, l'anesthésiste:

- répond à vos questions
- vérifie l'état de vos poumons avec un stéthoscope

- s'informe si vous avez eu une grippe ou autres problèmes respiratoires dans les derniers jours
- vous demande si vous fumez, si vous avez des allergies et si vous prenez des médicaments
- il vous dit l'heure approximative de votre intervention.

N.B.: Rappelez-vous que l'anesthésiste est un médecin spécialiste qui connaît bien son travail et que de nos jours les complications graves dues à l'anesthésie sont très rares

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.5.8 DEMANDER LA MÉDICATION PRESCRITE, AU BESOIN

Référer à objectif 1.5.5 (les calmants)

1.5.9 EXPLIQUER A SES VISITEURS L'IMPORTANCE DU REPOS SUR SA RÉHABILITATION

Après votre chirurgie, vous aurez besoin de repos. La douleur, l'anesthésie et la médication engendrent de la fatigue et de la faiblesse.

Profitez au maximum de vos périodes de repos. Prévenez vos parents et amis de venir vous visiter au maximum deux (2) à la fois et mieux encore, attendez d'être moins souffrante.

N.B: Votre conjoint ou une (1) personne qui vous est chère peut venir vous tenir compagnie et vous encouragez dans les heures qui suivent votre retour de la salle d'opération.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.5.10 NOMMER DEUX (2) MOYENS FAVORISANT LE REPOS ET LE SOMMEIL A UTILISER A DOMICILE

- Relaxation ref. objectif 1.5.6
- Environnement:
 - . faire le calme; diminuer les bruits
diminuer la lumière
 - . prendre une position confortable
 - . prendre une douche ou un bain tiède
 - . prendre un lait chaud, etc.. (habitudes)
 - . vous assurer de la collaboration de vos proches pour vous remplacer dans vos tâches habituelles (rangement, etc...)
 - . ou engager une personne pour s'occuper de la maison, des enfants (si nécessaire)

1.5.11 CONTROLER LA DOULEUR EN PRENANT LA MÉDICATION TELLE QUE PRÉSCRITE

Au départ votre médecin vous prescrira des calmants à votre domicile. Nous vous recommandons de respecter l'ordonnance selon vos besoins. Si vous remarquez que cette médication ne vous soulage pas, contactez votre médecin.

Cependant si vos douleurs diminuent, vous devez espacer la médication (ex.: prescrit aux 4 heures, vous pouvez la prendre au besoin, tel aux 6 heures ou 8 heures ou lorsque souffrante en respectant le 4 heures).

1.5.12 EXPLIQUER A SA FAMILLE L'IMPORTANCE DU REPOS ET DU SOMMEIL SUR SA RÉHABILITATION

Maintenant que vous connaissez l'importance du repos et du sommeil, il faut que votre famille le comprenne également.

Dans les quatre (4) premières semaines de votre retour à domicile, vous devez être au repos complet.

Ref. objectif 1.4.10

S'HABILLER ET SE DESHABILLER

1.6 Objectif terminal:

Comprendre l'importance d'un habillement adapté à sa situation clinique et à sa convalescence.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.6.1 DÉCRIRE L'HABILLEMENT RECOMMANDÉ LE MATIN DE L'OPÉRATION

Le matin de l'opération, vous devez porter une jaquette de l'hôpital, un chapeau et des bas d'opérés. L'infirmière vous fournit ces vêtements lors de l'installation de la sonde.

1.6.2 CITER UNE (1) RAISON DU PORT DE VÊTEMENTS AMPLES ET CONFORTABLES LORS D'UNE CHIRURGIE ABDOMINALE

Dès le lendemain de votre chirurgie, vous pourrez si vous le désirez, porter vos vêtements personnels. Nous vous conseillons de les choisir amples et confortables pour plus de bien-être et de confort.

Des vêtements trop serrés irritent et compriment votre plaie ce qui provoque de la douleur.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.6.3 CHOISIR DES VÊTEMENTS QUI ASSURENT LE CONFORT ET ÉVITENT LA DOULEUR AU NIVEAU DE LA PLAIE

Référez; objectif 1.6.2

Nous vous conseillons de porter des vêtements sans élastique à la taille, ceinture ou ajusté: jaquette, vêtement d'intérieur, etc..

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.6.4 PORTER DES VETEMENTS ADAPTÉS A SA CONDITION

Ref. 1.6.2. et 1.6.3

De retour à votre domicile votre plaie demeurera sensible. Les mêmes conseils devront s'appliquer.

1.6.5 DONNER UNE RAISON DE REPRENDRE SES HABITUDES VESTIMENTAIRES RAPIDEMENT

Reprendre rapidement vos habitudes vestimentaires aura sur vous un effet psychologique important:

- . augmente l'estime de soi
- . vous vous sentirez plus belle
- . vous aurez l'air moins d'une malade.

MAINTENIR SA TEMPÉRATURE

1.7 Objectif terminal

Reconnaître les manifestations bio-physiologiques sur le maintien d'une température corporelle convenable suite à une intervention chirurgicale.

EN PREOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.7.1 DIRE DANS SES MOTS EN QUOI CONSISTE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

La température du corps est le résultat des transformations chimiques qui se produisent dans l'organisme. La température du corps dépend d'un équilibre entre la quantité de chaleur produite par l'organisme et la quantité de chaleur utilisée.

1.7.2 NOMMER TROIS (3) FACTEURS QUI INFLUENCENT LA TEMPÉRATURE

Age:

La température corporelle est influencée jusqu'à un certain point par l'âge d'une personne. Plus on vieillit, plus la température tend à s'abaisser. C'est pourquoi on remarque que la majorité des personnes âgées ont tendance à avoir toujours froid.

Moment de la journée:

Les êtres humains ont des variations de signes vitaux qui se produisent à l'intérieur d'un rythme cyclique de 24 heures. La température corporelle a tendance à être plus basse le matin et à être plus élevée entre 20 h 00 et 23 h 00.

Sexe:

Le sexe d'une personne peut faire varier la température. Chez la femme, l'augmentation du taux de progestérone à l'ovulation, provoque une hausse de température de 0.3°C à 0.5°C. Les femmes sont généralement mieux protégées que les hommes, car les oestrogènes facilitent l'accumulation de tissus adipeux.

Emotions:

Le fait de vivre des émotions fortes et des situations stressantes peut modifier la température. Les émotions fortes peuvent provoquer une augmentation de la température et les états d'apathie émotives peuvent abaisser la production de chaleur.

Exercice:

L'activité musculaire peut élever considérablement la température corporelle si elle est mal dosée.

Milieu ambiant:

Le milieu ambiant peut aussi modifier la température corporelle. Par exemple, par une journée de grande canicule, une cliente hospitalisée peut subir une hausse de température.

1.7.3 EXPLIQUER POURQUOI ET A QUELLE FRÉQUENCE ON PREND LA TEMPÉRATURE

L'enregistrement de la température du corps fait partie de tout examen clinique. Elle permet de reconnaître les variations de degrés en cours de maladie et ainsi permettre d'intervenir rapidement si la température est élevée.

L'état du client et la prescription médicale déterminent la fréquence de la prise de la température. La température fait partie des signes vitaux et elle est vérifiée à l'admission et par la suite deux fois par jour soit à 8 h 00 et à 14 h 00 ou plus souvent si nécessaire.

Lors d'une intervention chirurgicale, la température est prise en même temps que les autres signes vitaux avant votre départ pour la salle.

Une surveillance étroite se fera pendant les premiers 24 heures et sera espacée selon votre condition pour revenir à un rythme de deux fois par jour pendant votre séjour.

1.7.4 DÉCRIRE LES SIGNES CLINIQUES DE LA FIEVRE

Vous pouvez reconnaître une modification de votre température corporelle lorsque vous avez des frissons, une accélération de la respiration, une sécheresse de la langue et une diminution de la quantité d'urine.

L'évolution de la fièvre peut être évaluée en observant le graphique de température du client. Il y a trois stades distincts durant la fièvre:

- a) l'ascension (la température commence à monter); elle peut être soudaine et violente ou encore lente et graduelle
- b) le plateau ou maximum; c'est la période où la température demeure à un niveau élevé et constant.
- c) la défervescence ou période où la température retourne à la normale; elle peut redescendre lentement pendant plusieurs jours ou de façon abrupte; dans ce cas, on parle de crise ou chute brutale.

La température normale étant à 37°C., on parle d'hyperthermie lorsque le thermomètre indique un degré supérieur à la normale soit, 38° et plus.

EN POSTOPÉATOIRE, la cliente sera capable de:

1.7.5 SIGNALER AU PERSONNEL SOIGNANT TOUTE MANIFESTATION D'HYPERTHERMIE

A la salle d'opération et de réveil, il est possible que vous ayez des

frissons. Ceci est normal car votre corps vient de subir un traumatisme et il réagit. C'est pourquoi vous devez le signaler à l'infirmière qui verra à vous installer une ou plusieurs couvertures chaudes pour vous couvrir.

Dès que vous sentez une modification dans votre corps qui perturbe votre bien-être tels des frissons, sécheresse de la langue, accélération de la respiration, etc... vous devez le signaler à l'infirmier(e) responsable de vos soins.

La promptitude de l'intervention vous permettra de prévenir les complications, telles une pneumonie, une infection au niveau de la plaie ou autres problèmes de santé.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.7.6 CITER TOUTE LES RECOMMANDATIONS POUR PRÉVENIR UNE ÉLEVATION DE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

Pour vous aider à maintenir votre température corporelle dans les limites de la normale nous vous recommandons de:

- 1) de boire de 1,000 à 1,500 ml de liquide par jour
- 2) de pratiquer quotidiennement les exercices recommandés
- 3) de respecter les principes du guide alimentaire canadien
- 4) de respecter les soins d'hygiène recommandés au niveau de votre plaie
- 5) de maintenir la température de votre environnement à un niveau de température saine soit entre 20°C et 22°C
- 6) de porter des vêtements corporels adaptés à votre condition clinique et à la température de l'environnement.

1.7.7 NOMMER DEUX (2) MOYENS POUR ABAISSER LA TEMPÉRATURE

Lorsque vous faites de la fièvre, nous vous recommandons de:

- 1) garder le lit
- 2) boire beaucoup de liquide
- 3) maintenir la température ambiante dans les limites normales
- 4) d'éviter les émotions fortes et les situations stressantes
- 5) limiter les activités physiques
- 6) de ne pas trop vous couvrir pour permettre l'évaporation de la transpiration (évaporation du liquide extracellulaire)
- 7) de vous faire frictionner à l'alcool sans la faire pénétrer aux 3 à 4 heures régulièrement jusqu'à ce que la température soit dans les limites de la normale.
- 8) si la température persiste, consulter votre médecin.

N.B.: En fin de fièvre, les principaux symptômes sont:

- diaphorèse accrue et rougissement de la peau
- signes possibles de déshydratation

1.7.8 DIRE A QUEL DEGRÉ ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES IL EST INDIQUÉ DE CONSULTER UN MÉDECIN

Dès que vous remarquez un changement dans votre condition qui s'exprime par des frissons ou de fortes contractures musculaires, une sécheresse de la langue, une température supérieure à 38°C, une pâleur de la peau, une sensation de froid et une accélération de la respiration, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou le service d'urgence de l'hôpital.

1.7.9 PRENDRE SA TEMPÉRATURE BUCCALE ET LIRE LE RÉSULTAT

Pour prendre votre température buccale vous avez besoin d'un thermomètre à réservoir cylindrique avec colonne de mercure.

Vous devez attendre dix à quinze minutes avant de procéder si vous avez mangé, bu ou fumé.

Vérifier si le thermomètre est en bon état et si la colonne de mercure n'indique pas plus de 35°C, si non l'abaisser.

Placer le thermomètre sous votre langue et garder la bouche fermée sans serrer les dents.

Attendre deux minutes, retirer le thermomètre et l'essuyer de haut en bas.

Faire la lecture en plaçant le thermomètre au niveau de vos yeux. Faites tourner le thermomètre jusqu'à ce que vous puissiez voir clairement la colonne de mercure.

Rappelez-vous que chaque ligne plus longue représente un degré complet. Les lignes plus courtes représentent des dixièmes de degré.

Si le mercure s'arrête à une des petites lignes, voyez quelle ligne se situe immédiatement en-dessous. Cela vous indique le degré comme, par exemple, 37°C. Si le niveau de mercure est situé à deux petites lignes plus haut que 37°C, la température est de 37,2°C.

ETRE PROPRE ET PROTÉGER SES TÉGUMENTS

1.8 Objectif terminal

Décrire l'importance des principes d'hygiène et de propreté sur le maintien de la santé et sur le processus de guérison.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.8.1 CITER LE BUT D'UN BAIN D'HYGIENE OU D'UNE DOUCHE AVANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

La veille de l'intervention chirurgicale nous vous invitons à prendre un bain complet pour vous détendre, stimuler la circulation sanguine, pour faire disparaître l'accumulation de sébum et de bactéries et ainsi diminuer le risque de contamination de la plaie.

1.8.2 DIRE DANS SES MOTS EN QUOI CONSISTE UN CHAMP D'OPÉRATION

Pour protéger votre plaie contre les micro-organismes pathogènes et prévenir que les poils pénètrent dans l'abdomen, l'infirmier(e) responsable de vos soins va préparer le champ opératoire peu de temps après votre admission.

Le champ opératoire exige de raser l'abdomen, le pubis et de badigeonner toute la région immédiate de la chirurgie avec un produit désinfectant. Le rasage est obligatoire parce que les micro-organismes tendent à s'attacher aux poils et peuvent être sources d'infection à la région opératoire.

1.8.3 RÉSUMER LES RECOMMANDATIONS LA VEILLE DE L'OPÉRATION CONCERNANT LES PROTHESES, LE VERNIS A ONGLES, LE MAQUILLAGE ET LES BIJOUX

Prothèses et objets métalliques:

Avant l'opération, on vous demande d'enlever:

- dentiers (complets ou partiels)

afin de: - éviter l'obstruction respiratoire durant l'opération

- éviter les dommages ou la perte des prothèses
l'infirmier(e) vous donnera un contenant identifié à votre nom pour y déposer vos prothèses dentaires
 - verres de contact
 - lunettes
 - prothèse auditive et autres
 - vos bijoux (chafne, bague, etc)
 - épingles à cheveux
 - sous-vêtements
 - tampon
 - serviette sanitaire
- N.B.: - Si vous avez les cheveux longs, il est préférable de les attacher
- Vous pouvez conserver votre serviette sanitaire si vous avez des pertes sanguines abondantes

Vernis à ongles et maquillage

Pour permettre au chirurgien de vérifier votre circulation sanguine durant l'opération à partir de la coloration des ongles et du visage, vous devez enlever votre vernis à ongles aux mains et aux pieds pour le matin de l'opération ainsi que votre maquillage.

1.8.4 DÉCRIRE LE MATÉRIEL NÉCESSAIRE AU PANSEMENT QUI RECOUVRE LA PLAIE OPÉRATOIRE

Pour protéger votre plaie contre l'infection, votre chirurgien peut placer un pansement qui se compose d'un telfa qui est une gaze recouverte d'un matériel qui l'empêche de coller à la plaie.

D'autres chirurgiens placent une gaze (8 x 4) de coton avec une compresse abdominale qui sera fixée à la peau à l'aide d'un diachylon anti-allergique. Quel que soit le pansement utilisé, notez que le résultat reste le même.

1.8.5 DÉCRIRE LES SOINS D'HYGIENE ET DE PROPRETÉ A RESPECTER APRES UNE CHIRURGIE

Pour protéger votre plaie contre l'infection et favoriser votre bien-être nous vous recommandons un bain quotidien.

Le lendemain de l'opération, vous aurez un bain au lit avec aide.

La deuxième journée nous vous conseillons un bain au lavabo avec aide et par la suite vous complétez votre toilette seule sauf si vous avez besoin.

EN POSTOPÉRATOIRE. la cliente sera capable de:

1.8.6 COLLABORER AUX SOINS D'HYGIENE LES JOURS SUIVANT LA CHIRURGIE

Pour vous aider à récupérer plus rapidement nous vous conseillons de participer à vos soins en faisant ce que vos forces vous permettent.

1.8.7 NOMMER UNE MANIFESTATION D'INFECTION AU NIVEAU DE LA PLAIE OPERATOIRE

Quand une plaie est contaminée, le processus inflammatoire commence ordinairement à se manifester au bout de trente-six à quarante-huit heures. Le pouls s'accélère, la température monte et la plaie devient en peu sensible, enflée, chaude et rouge.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.8.8 NOMMER UN MOYEN POUR PROTÉGER SA PLAIE CONTRE L'INFECTION

Pour protéger votre plaie opératoire contre l'infection nous vous conseillons:

1. de respecter quotidiennement les mesures d'hygiène et de propreté
2. de garder votre pansement propre et de signaler tout écoulement abondant et/ou odorant
3. d'éviter toute compression au niveau de la plaie en portant des vêtements propres, amples et confortables
4. de boire et de manger tel que recommandé
5. de pratiquer les exercices recommandés
6. de reprendre progressivement vos activités normales

1.8.9 DE DÉCRIRE DANS SES MOTS LES RAISONS DE CONSULTER UN MÉDECIN EN RAPPORT AVEC SA PLAIE

Vous devez consulter votre médecin lorsque vous ressentez une douleur vive, une sensibilité aigüe, que vous remarquez un écoulement jaune verdâtre, une rougeur, de la chaleur et une enflure importante au niveau de la plaie ou que votre température est élevée.

Plaie vaginale:

Durant les premières semaines, vous pouvez vous attendre à avoir quelques pertes vaginales avec un peu de sang de la couleur jaune à blanche. Cependant, si vous avez des pertes rouges aussi abondantes qu'une menstruation de plus que quelques heures ou si les pertes ont une couleur jaune verdâtre et dégagent une odeur désagréable, consultez votre médecin.

1.8.10 RÉPÉTER LES CONSEILS FACE AUX SOINS D'HYGIENE A RESPECTER A DOMICILE

Nous vous conseillons les soins d'hygiène au lavabo au cours de la première semaine qui suit l'opération. Vous pouvez également prendre une douche en protégeant temporairement votre pansement et votre plaie avec un plastique (saran wrap, etc).

La deuxième semaine, si votre plaie est en bonne condition de guérison, nous vous recommandons la douche en évitant de frotter au niveau de la plaie jusqu'à que celle-ci soit complètement fermée.

Vous pouvez prendre un bain dès la troisième semaine. Vous lavez votre plaie avec de l'eau et du savon et vous asséchez sans frotter. N.B.: Que votre cicatrice ne requiert aucun soin particulier si ce n'est que l'hygiène normale.

ÉVITER LES DANGERS

1.9 Objectif terminal

Connaître suffisamment d'information sur la sécurité en milieu clinique lors d'une intervention chirurgicale et sur les mesures à respecter en convalescence.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.9.1 DÉCRIRE DANS SES MOTS LES EXAMENS DE ROUTINE LORS D'UNE CHIRURGIE

Toute personne hospitalisée doit subir des examens dits de routine, ce sont habituellement: une prise de sang, une analyse d'urine et une cytologie vaginale. Si vous avez 40 ans et plus, vous devrez passer une radiographie pulmonaire et un électrocardiogramme. Votre infirmière prendra votre température, votre pression artérielle, votre pouls et votre poids, puis elle passera à la préparation de la région à opérer.

Ces examens permettent d'évaluer votre état de santé avant de subir l'opération afin d'ajuster si nécessaire la médication ou l'intervention.

Le deuxième jour après l'opération, à la demande du médecin seulement, vous aurez une autre prise de sang dans le but de connaître votre taux d'hémoglobine qui indique votre condition sanguine post-chirurgie.

A l'intention du personnel:

Pour diverses raisons, pertes sanguines, douleur abdominale, etc, la cytologie peut être remise mais elle devrait se faire dans l'année qui suit la chirurgie.

1.9.2 DIRE LE BUT DU CONSENTEMENT OPÉRATOIRE

Après vous avoir expliqué la nature de la chirurgie à exécuter, nous vous demandons de signer un permis démontrant que vous consentez à l'intervention. Pour assurer la validité du permis, l'infirmier(e) responsable de vos soins va signer comme témoin.

1.9.3 EXPLIQUER POURQUOI INFORMER LE PERSONNEL MÉDICAL DES ALLERGIES, DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES OU AUTRES.

- Les allergies: Pour éviter les réactions allergiques et nous permettre de prévenir les complications, nous vous conseillons de signaler toutes allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres.
- Alcool et drogues: Si vous consommez régulièrement de l'alcool ou des drogues, nous vous conseillons d'en parler à votre infirmière ou à votre médecin pour éviter les effets de sevrage brusque et ainsi prévenir les complications.
- Médicament: Si vous prenez régulièrement de la médication, signalez-le, c'est important.

1.9.4 CITER UNE INDICATION DES CÔTÉS DE LIT APRES LA CHIRURGIE

Lorsque vous êtes sous l'effet de médication ou pas complètement réveillé ou encore trop faible, vous avez besoin d'être protégé du danger. C'est pourquoi en période postopératoire surtout, nous installons des côtés de lit pour les premiers 24 à 48 heures.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.9.5 UTILISER LA CLOCHE D'APPEL POUR SE LEVER LES PREMIERS JOURS

Votre résistance étant diminuée après une chirurgie et aussi parce que vous êtes sous l'effet de médicament, nous vous conseillons de demander l'aide du personnel soignant en utilisant la cloche d'appel pour prévenir les complications dues à une chute.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.9.6 NOMMER DEUX MOYENS POUR ÉVITER LES COMPLICATIONS A DOMICILE

Pour prévenir les complications à domicile, vous devez:

- respecter quatre (4) semaines de vraie convalescence
- ne rien faire d'autre que de vous reposer et de marcher au grand air

- manger en respectant les principes du G.A.C. ref. 1.2.11
- boire tel que recommandé ref. 1.2.12
- utiliser les escaliers avec modération les quatre (4) premières semaines
- augmenter graduellement vos activités ref. 1.4.10 et 1.4.11

1.9.7 RÉPÉTER LES CONSEILS POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS A DOMICILE

Nous vous conseillons de respecter la prise de la médication telle que prescrite:

Calmants: à prendre selon vos besoins et diminuer progressivement
ref. objectif 1.5.11

Il est possible que d'autres médicaments vous soient prescrits (comprimés de fer, onguent vaginal ou autres), nous vous conseillons de suivre votre prescription. Si vous désirez cesser, parlez-en à votre médecin avant.

COMMUNIQUER AVEC SES SEMBLABLES

1.10 Objectif terminal

Utiliser la communication pour profiter au maximum de son séjour en milieu hospitalier et de sa convalescence.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.10.1 DIRE DANS SES MOTS QUELLES SONT LES RESSOURCES CAPABLES DE LA GUIDER DANS SA NOUVELLE SITUATION

L'équipe soignante:

Les infirmiers(es) sont disponibles pour répondre à vos questions ou discuter de vos préoccupations. L'équipe soignante est là pour vous aider à comprendre ce qui se passe autour de vous et vous supporter pour vous permettre de vous rétablir dans les meilleures conditions possibles.

La famille:

Votre famille et/ou vos amis peuvent être des aides précieuses. Selon leur disponibilité, ils pourront vous écouter et vous réconforter.

Visite médicale:

La visite médicale se fait tous les jours. Il se peut qu'occasionnellement un autre médecin fasse la visite. Soyez sans inquiétude, il connaît votre état et votre médecin sera informé de votre progrès.

Nous vous encourageons à poser vos questions à votre médecin ou à celui qui vous visite.

Visite de l'anesthésiste:

Référer à objectif 1.5.7

1.10.2 DÉCRIRE COMMENT ELLE PEUT COMMUNIQUER SES BESOINS

Chaque personne a sa façon propre de communiquer. Il existe deux modes principaux d'expression:

1. Expression verbale: exprimer par la parole ses idées et ses émotions
2. Expression non verbale: exprimer ce que l'on ressent par des gestes, des attitudes corporelles, des mimiques.

En santé ou malade, chacun a une multitude de choses à communiquer. Il est donc important d'exprimer ce que vous ressentez, ce que vous vivez. Le personnel ne peut deviner toutes vos attentes, vous devez les exprimer.

1.10.3 CITER LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA COMMUNICATION

Votre mode de communication habituel peut être perturbé par les facteurs suivants:

- milieu inconnu (centre hospitalier)
- séparation de la famille et des amis
- anxiété face à votre chirurgie et à ses conséquences (douleur, résultat de la chirurgie)
- interruption du travail
- problèmes financiers

1.10.4 EXPRIMER SES SENTIMENTS ET SES ÉMOTIONS FACE À LA MALADIE

Exprimez ce que vous ressentez face à votre hospitalisation, votre maladie et votre chirurgie ne peut être que bénéfique.

L'expression de ce que vous ressentez libère vos tensions et souvent vous aide à faire face à votre maladie.

Référer objectif 1.10.2

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.10.5 FAIRE APPEL AUX RESSOURCES DU MILIEU HOSPITALIER

Le personnel soignant est disponible et qualifié pour vous aider à vous exprimer. N'hésitez pas à faire appel à eux.

Référencer objectifs 1.10.1 1.10.4

1.10.6 EXPRIMER SES BESOINS A SA FAMILLE, SES AMIS, SES PARENTS

Il est important de dire à vos proches ce que vous attendez d'eux.

- parents - amis partage des tâches ou autres...

- enfants quel que soit leur âge les enfants sont capables de comprendre ce qui vous arrive. Expliquez leur en termes simples votre chirurgie et demandez leur de collaborer par des tâches à la mesure de leur capacité et vous serez surprise du résultat.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.10.7 UTILISER LES RESSOURCES LOCALES ET/OU RÉGIONALES

Demander l'index des ressources locales et régionales pouvant vous être utile au niveau:

- ressources médicales
- établissement de santé
- ressources communautaires et sociales
- services divers

1.10.8 ÉCHANGER AVEC SON CONJOINT OU PARTENAIRE SUR LA SIGNIFICATION DE CETTE CHIRURGIE DANS LEUR VIE DE COUPLE

Vous avez peut-être des préoccupations ou appréhensions face à votre rôle de femme, de mère et d'épouse. Votre hystérectomie vous amènera

peut-être à vous poser des questions. Vous vivrez peut-être ce que l'on appelle une crise d'identité, c'est-à-dire redéfinir votre rôle. Tout cela est normal.

Vous vivrez une période d'incertitude et de questionnement. Rappelez-vous que cela est passager et que votre conjoint ou partenaire vivra également une période d'ajustement.

Vous pouvez échanger, vous écouter mutuellement, cela demeure encore le meilleur support.

Si cela persiste ou devient trop intense, référez à votre index des ressources. Vous y trouverez le service pouvant vous aider dans ce genre de difficulté.

1.10.9 VERBALISER AVEC SA FAMILLE, SES AMIS OU SES PROCHES SUR SON VÉCU SUITE A LA CHIRURGIE

La perte d'une partie du corps modifie l'image qu'une personne a d'elle-même, même si cette perte n'est pas évidente aux autres. Ces pertes affectent l'individu à divers degrés selon l'intégrité de son image corporelle. Tout changement perçu comme négatif peut être considéré comme une perte.

L'hystérectomie peut toucher la perception que vous avez de votre sexualité, de votre rôle de mère et de ce que vous croyez être la féminité.

Ce que vous vivez face à votre chirurgie vous est unique. Parlez-en avec votre famille, vos amis et/ou vos proches, cela vous aidera à mieux traverser cette période.

Parlez de votre chirurgie, ce que vous trouvez pénible, ce que vous appréciez...

PRATIQUER SA RELIGION OU AGIR SELON SES CROYANCES

1.11 Objectif terminal

Reconnaître l'impact des ressources spirituelles sur la maladie et la guérison.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.11.1 EXPLIQUER DANS SES MOTS POURQUOI L'ALTÉRATION DE LA SANTÉ PEUT ENTRAÎNER UNE AUGMENTATION DU BESOIN DE PRATIQUER SA RELIGION

Une personne pense davantage à la spiritualité lorsque sa vie est menacée. Même celles qui prétendent ne pas avoir de croyances religieuses trouvent, au cours d'une période de maladie, aide et consolation dans la spiritualité.

Les croyances religieuses aident souvent à vivre les périodes de stress. Les gens se tournent vers la religion pour trouver un sens à leur maladie, pour y voir une occasion d'éprouver leur foi et de punir leur péché.

Quelquefois les croyances religieuses peuvent affecter le cours de la maladie, son acceptation et sa thérapie.

1.11.2 NOMMER DEUX (2) RESSOURCES DISPONIBLES EN MILIEU HOSPITALIER POUVANT L'AIDER A SATISFAIRE SON BESOIN DE PRATIQUE RELIGIEUSE

Il existe à l'hôpital des services spirituels:

- l'infirmier(e) peut vous renseigner et vous aider à utiliser les services existants
- agent de pastorale (un prêtre catholique peut vous visiter à votre chambre)
- chapelle: vous pouvez vous y rendre seul ou demander de l'aide au besoin

- un agent de pastorale visite régulièrement les unités de soins pour distribuer la communion
 - il existe également de la documentation religieuse que vous pouvez obtenir par: le personnel, l'agent de pastorale, les bénévoles.
- Si vous n'êtes pas de confessionnalité catholique, vous pouvez recevoir la visite de votre pasteur.

1.11.3 EXPRIMER L'IMPACT DE SA DÉCISION (HYSTÉRECTOMIE) EN RAPPORT AVEC SES CROYANCES RELIGIEUSES

Toute la signification sexuelle, sociale et religieuse que l'on attribue à l'utérus n'est pas sans influencer la façon dont les femmes perçoivent et vivent l'hystérectomie.

Votre hystérectomie soulève-t-elle des questions d'ordre morale et religieuse. Discutez-en avec un ministre de votre culte.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.11.4 UTILISER SELON SES BESOINS LES RESSOURCES DU MILIEU HOSPITALIER

Référer feuillet d'information sur les ressources religieuses

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

NOMMER LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES ACCESSIBLES DANS SA PAROISSE

Contacté le presbytère de votre paroisse, vous pouvez recevoir des informations sur les services qu'ils peuvent vous procurer: messe - communion - visite à votre domicile ou autres.

S'OCCUPER DE FAÇON À SE SENTIR UTILE

1.12 Objectif terminal

Adapter les activités quotidiennes à sa condition clinique et de convalescence.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.12.1 DIRE DANS SES MOTS LE RÔLE DES ACTIVITÉS DANS LA VIE QUOTIDIENNE

À toutes les époques de sa vie, l'être humain a besoin de se réaliser; par les études, le travail, etc.. La plupart des activités dépendent de la capacité physiologique et du développement psycho-social de l'individu. La satisfaction de ce besoin varie chez la mère de famille, l'adolescent, l'homme politique, etc..

Un problème de santé peut enlever au sujet temporairement ou de façon permanente les moyens dont il dispose pour se sentir utile.

Ce besoin est intimement lié à ceux d'apprendre, de communiquer et se mouvoir.

1.12.2 DÉCRIRE LES MODIFICATIONS QU'ENTRAÎNENT LA CHIRURGIE SUR LES ACTIVITÉS

L'hystérectomie touche à la perception par la cliente dans ses rôles d'épouse, de mère, de femme et de son besoin de se rendre utile à l'intérieur de chacun de ces rôles.

L'importance de la limitation des activités physiques dans le processus de rétablissement amènera nécessairement une limitation d'activités qui touche au besoin de se sentir utile (travail à l'extérieur, à la maison).

On vous suggère de mettre en veilleuse ce besoin et de trouver des alternatives pour le temps de votre rétablissement.

1.12.3 NOMMER UNE ACTIVITÉ PERMISE EN MILIEU HOSPITALIER

Les activités dans le milieu hospitalier vous permettant de vous sentir utile sont plutôt limitées. Cependant la collaboration à vos soins reste l'activité par excellence pour répondre à votre besoin.

Le personnel infirmier vous demandera de pratiquer des exercices respiratoires, musculaires et autres. Vous contribuerez à votre guérison et serez utile à l'équipe de soins en participant aux activités qu'il vous suggèrent.

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.12.4 COLLABORER A CERTAINES ACTIVITÉS DE SOINS

Référent objectif 1.12.3

Les principales activités qui vous seront proposées sont:

- exercices respiratoires
- exercices musculaires
- programme d'enseignement

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.12.5 LIMITER SES ACTIVITÉS PENDANT LES QUATRE (4) PREMIÈRES SEMAINES

Référent objectif 1.4.9

Même si vos activités sont limitées, il est possible de trouver des moyens de vous sentir utile tout en respectant les restrictions proposées.

1.12.6 AUGMENTER SES ACTIVITÉS GRADUELLEMENT APRÈS LES QUATRES (4) PREMIÈRES SEMAINES

Référent objectif 1.4.10

N.B.: Attention, n'allez pas trop vite, soyez patiente, vous vous rétablirez mieux.

**1.12.7 IMPLIQUER LA FAMILLE ET/OU LES PROCHES DANS LE PARTAGE DES ACTIVITÉS
NÉCESSAIRES**

N'oubliez pas que votre famille et vos proches ont eu aussi besoin de se sentir utile. Pour vous aider dans votre rétablissement, acceptez de partager quelques activités quotidiennes.

SE RÉCRÉER

1.13 Objectif terminal

Pratiquer des activités de loisir et de divertissement pendant son séjour hospitalier et en convalescence

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.13.1 EXPLIQUER L'IMPORTANCE DE PÉRIODES DE DÉTENTE ET DE DIVERTISSEMENT

Dans la vie courante

Besoin commun à tous les êtres humains, se divertir et se récréer varie dans ses manifestations de l'enfance à l'âge adulte et d'un individu à l'autre.

Si les émotions gouvernent le choix des loisirs, ces derniers exercent à leur tour une certaine influence sur la vie émotionnelle. (ex.: une femme en colère peut se libérer de façon satisfaisante d'un sentiment désagréable en jouant une bonne partie de tennis.)

Pendant la maladie

Ce besoin n'est nullement éliminé lorsqu'une personne est malade. Au contraire, les périodes de détente et de divertissement acquièrent une importance particulière et doivent être planifiées selon la situation de chacun.

Pendant la convalescence

Retour progressif aux activités de loisirs habituels en respectant les limitations (ref. objectifs 1.4.9 - 1.4.10) et selon votre tolérance.

1.13.2 NOMMER QUATRE (4) ACTIVITÉS DE LOISIRS POSSIBLES A L'HOPITAL

- lecture (voir dames bénévoles)
- jeux de cartes

- jeux de société
- télévision - radio
- musique (demander à l'infirmier(e) le service de musicothèque)
- travaux manuels (tricot, broderie, autres...)

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.13.3 UTILISER LES RESSOURCES DE LOISIRS ET DE DÉTENTE DISPONIBLES DANS LE MILIEU

Nous vous conseillons de reprendre progressivement vos activités de loisirs. Cela aura pour effet de vous distraire et de vous détendre.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.13.4 PRATIQUER QUOTIDIENNEMENT UNE ACTIVITÉ DE LOISIR ET DE DÉTENTE

Importance du loisir ref. objectif 1.13.1

1.13.5 ADAPTER CES ACTIVITÉS HABITUELLES A SA CONDITION D'OPÉRÉE

Référent objectifs 1.13.1 - 1.13.3

Attention de ne pas dépasser vos limites

APPRENDRE

1.14 Objectif terminal

Profiter de son séjour à l'hôpital pour apprendre tout ce qui concerne son hystérectomie.

EN PRÉOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de:

1.14.1 DÉCRIRE DANS VOS MOTS L'IMPORTANCE D'APPRENDRE

Le besoin de découvrir, de satisfaire sa curiosité, d'ajouter à ses connaissances est commun à tout le monde. De plus, le moindre problème de santé, ainsi que la prévention de ces problèmes, font surgir des besoins d'apprentissages particuliers.

La connaissance de ce qui entoure votre hystérectomie est l'une des conditions essentielles au rétablissement de l'indépendance dans la satisfaction de vos besoins.

1.14.2 DIRE DANS SES MOTS LE RÔLE DES ORGANES SUIVANTS

A l'aide d'un schéma la cliente devra situer les organes suivants: ovaires, trompes de fallope, utérus, vagin, vessie, urètre, rectum, clitoris, puis décrire et expliquer le rôle de ces organes.

Ovaires:

Glande génitale femelle où se forme les ovules et qui produit des hormones (folliculine, progestérone).

Trompes de fallope:

Au nombre de deux, conduit membraneux, placées de chaque côté de l'utérus dont la lumière laisse passer les ovules rendus à maturité.

Utérus:

Organe musculaire creux situé dans le petit bassin ayant la forme et le volume d'une poire. L'utérus sert à recevoir l'ovule fécondé et est le siège du développement du fœtus pendant la grossesse. Il est également le siège de la menstruation. ref. objectif 1.14.3

Vagin:

Canal auquel aboutit le col de l'utérus et qui s'ouvre dans la vulve. Organe de la copulation (permet la pénétration durant l'acte sexuel)

Vessie:

Poche abdominale où s'accumule l'urine et communique avec l'extérieur par le canal de l'urètre

Urètre:

Canal qui conduit l'urine hors de la vessie

Rectum:

Dernière partie du gros intestin qui aboutit à l'anus. Emmagasinage des selles entre les défécations

Clitoris:

Petit organe érectile (qui se gonfle) situé en avant du méat urinaire. Est responsable en grande partie du plaisir sexuel chez la femme

1.14.3 EXPLIQUER BRIEVEMENT LE CYCLE MENSTRUEL

Le fonctionnement du cycle menstruel se présente comme suit:

Un centre nerveux du cerveau (l'hypothalamus) envoie un message chimique à l'hypophyse (qui est une glande qui produit des hormones).

Hormones:

Substance produite par des glandes, véhiculée par le sang, agissant sur des organes situées à une certaine distance.

Les hormones produites par l'hypophyse (F.S.H. et L.H.) stimulent la production d'ovule, puis l'ovaire produit aussi une hormone appelée oestrogènes qui permet la maturité de l'oeuf. Parvenu à sa maturité, l'oeuf se dirige ensuite dans l'utérus et c'est au cours de son "voyage" dans la trompe et en route vers l'utérus qu'il peut être fécondé. En même temps que la maturation de l'oeuf, la muqueuse de l'utérus s'est épaissie pour faire un nid à l'oeuf. Sous l'effet de la progestérone, cette croissance cesse. S'il n'y a pas eu fécondation, les vaisseaux sanguins de cette muqueuse se rompent. C'est la menstruation. Puis le cycle recommence.

1.14.4 NOMMER TROIS (3) TYPES DE CHIRURGIE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE PRATiquÉE

Hystérectomie:

Consiste à enlever l'utérus communément appelé matrice

Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie:

Droite ou gauche (hystérectomie + S.O.D. hystérectomie + S.O.G.): consiste à enlever l'utérus avec une trompe et un ovaire, soit le droit ou le gauche.

Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale:

Consiste à enlever l'utérus avec les deux trompes et les deux ovaires. (hystérectomie + S.O.B.)

1.14.5 DÉCRIRE BRIEVEMENT DEUX (2) INDICATIONS JUSTIFIANT L'HYSTÉRECTOMIE

Les indications pour une hystérectomie:

- saignements utérins fonctionnels
- fibromyomes utérins (ou fibrome)
- endométriose
- adhérences pelviennes
- perte de support pelvien
- lésions malignes

LES SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX non contrôlés par le traitement médical.

LES FIBROMYOMES UTÉRINS (FIBROMES) qui selon leur volume et leur localisation sont responsables de saignements utérins, de douleurs pelviennes et même d'infertilité.

N.B.: LES FIBROMES UTÉRINS SONT GÉNÉRALEMENT DES LÉSIONS BÉNIGNES QUI NE RÉCIDIVENT PAS APRES L'OPÉRATION.

L'ENDOMÉTRIOSE: L'intérieur de la cavité utérine est tapissée d'une fine membrane que l'on appelle endomètre et qui est rejetée à chaque menstruation. Des cellules semblables à celles recouvrant l'intérieur de la cavité utérine peuvent se développer dans la paroi utérine, l'ovaire, les trompes et les organes du voisinage pour produire un syndrome appelé "Endométriose".

Cet endomètre ectopique réagit de façon plus ou moins marquée à chaque cycle menstruel et, au niveau des ovaires, peut former de volumineux kystes appelés "Kystes chocolatés".

L'endométriose peut entraîner des réactions cicatricielles, des adhérences, des douleurs et souvent de l'infertilité.

LES ADHÉRENCES PELVIENNES non contrôlées par le traitement médical ou chirurgical et qui causent des douleurs pelviennes.

LA PERTE DE SUPPORT PELVIEN occasionne à des degrés plus ou moins marqués un prolapsus utérin, un cystocèle, un rectocèle. (descente de l'utérus, de la vessie et du rectum)

LES LÉSIONS MALIGNES au niveau des organes génitaux de la femme tels le cancer du col, de l'utérus, des trompes ou des ovaires.

1.14.6 EXPLIQUER DANS VOS MOTS L'HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie peut se faire selon deux approches:

Hystérectomie abdominale:

Le plus fréquemment, on procède par voie abdominale, c'est-à-dire par une incision sur l'abdomen. Cette incision est habituellement transversale à la partie inférieure de l'abdomen (coupe bikini). Parfois il peut être nécessaire de procéder par une incision médiane, c'est-à-dire entre l'ombilic et le pubis.

On procède par voie abdominale si l'utérus est très augmenté de volume par des fibromes, si une masse annexielle existe, si l'histoire antérieure révèle l'existence d'infection, de césarienne ou tout autre processus pouvant être la cause de formation d'adhérences.

Hystérectomie vaginale:

Hystérectomie pratiquée par le vagin appelée parfois "voies naturelles".

Description de la technique de l'hystérectomie abdominale

La première étape consiste à faire une incision (coupure) abdominale. Une fois l'incision faite, le chirurgien avance votre vessie qui est en avant de l'utérus. Il s'organise pour mettre les organes génitaux bien en vue. Ensuite, il attache les trompes de fallope solidement. Il coupe les trompes et les ligaments près de l'utérus. Ceux-ci restent dans l'abdomen.

Lors de la prochaine étape, il coupe le péritoine (tissus qui entoure l'utérus) tout autour de l'utérus ainsi qu'au niveau du col. Une fois l'utérus libre de ses attaches, il la retire de l'abdomen. Mais avant cette étape, il a cousu l'ouverture de votre vagin avec un fil qui fond par lui-même, trois mois après l'opération.

Lors de la dernière étape, le chirurgien referme l'incision avec des agrafes. L'intervention chirurgicale dure environ une (1) heure.

Par voie vaginale, la technique est un peu différente mais ressemble à la technique abdominale.

Drain vaginal

Certains médecins utilisent un drain vaginal (tube souple) qui est enlevé le lendemain de l'opération par le médecin lors de sa visite.

But

Apporte une sécurité supplémentaire pour le chirurgien et vous. S'il y avait saignement abdominal après l'opération, on le saurait tout de suite car le sang serait évacué par le vagin.

Drain abdominal

Le drain abdominal (tube en caoutchouc) peut être posé dans la plaie si vous saignez beaucoup durant l'opération.

But

Pour éviter l'hématome (accumulation de sang) au niveau de la plaie.

Soins

L'infirmier(e) retire le drain d'un pouce par jour pendant deux (2) jours.

Enlèvement des agrafes:

Les agrafes sont enlevées avant que vous ne quittiez l'hôpital soit vers le 5ième jour après l'opération pour la coupure bikini et le 7ième jour pour la coupure verticale. Prendre rendez-vous à la clinique externe. ref. objectif 1.14.19

1.14.7 UTILISER LES TERMES APPROPRIÉS A SA CONDITION CLINIQUE

VOCABULAIRE

ENDOMETRE:	fine membrane qui tapisse l'intérieur de l'utérus et qui est rejetée à chaque menstruation
------------	--

- ENDOMETRIOSE:** lésion bénigne caractérisée par la présence de tissus endométrial, siégeant au niveau de l'utérus et des organes pelviens (trompe, ligament large, ovaire, etc) Tout comme la muqueuse de l'utérus, les cellules répondent à la stimulation hormonale des ovaires et, au moment des menstruations, elles saignent. Ces hémorragies qui n'ont généralement pas d'issue, restent emprisonnées et irritent les tissus, provoquent la douleur et la formation de kystes (chocolatés)
- FIBROMYOMES UTÉRINS:** selon leur volume et leur localisation sont responsables de saignements utérins, de douleurs pelviennes et même d'infertilité. Lésion bénigne bien limitée qui ne récidive pas après l'opération
- HYSTÉRECTOMIE:** consiste à enlever l'utérus par voie abdominale ou vaginale
- MÉNOPAUSE:** arrêt de la fonction ovarienne se produisant vers la cinquantaine et après lequel, il n'y a plus d'ovulation, de fécondation et de menstruation
- MÉNORRAGIE:** écoulement menstruel anormalement abondant
- SUSPENSION VÉSICALE:** procédé qui consiste à "remonter la vessie" afin qu'il n'y ait plus de pertes involontaires d'urine et que la vessie ne descende plus dans le vagin.

1.14.8 DÉCRIRE L'IMPACT BIO-PHYSIOLOGIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE

Suite aux objectifs 1.14.2 et 1.14.3, vous êtes en mesure de comprendre les conséquences des différents types de chirurgies (objectif 1.14.4).

Hystérectomie simple et hystérectomie + S.O.G. ou S.O.D.:

L'utérus étant enlevé, l'endomètre (muqueuse interne de l'utérus) ne peut plus participer au phénomène de la menstruation. Il y aura arrêt définitif de la menstruation. L'utérus étant également nécessaire au développement du fœtus, la grossesse sera donc impossible.

EN RÉSUMÉ: PLUS DE MENSTRUATION, PLUS DE GROSSESSE POSSIBLE

N.B.: Si vous conservez une partie, un ou deux ovaires, ceux-ci continueront à produire des hormones même s'il n'y a plus de menstruation. Vous pourrez donc ressentir les mêmes symptômes qui accompagnent habituellement votre cycle menstruel.

Hystérectomie + S.O.B.:

L'ablation de l'utérus des trompes et des deux (2) ovaires en plus d'amener l'arrêt définitif des menstruations et la stérilité permanente, il y aura également "ménopause chirurgicale". Les ovaires enlevés, ils ne peuvent fournir à l'organisme les hormones qu'il sécrètent. (ref. objectif 1.14.9 à 1.14.16 ménopause)

EN POSTOPÉRATOIRE, la cliente sera capable de;

1.14.9 DÉFINIR MÉNOPAUSE ET MÉNOPAUSE CHIRURGICALE

Ménopause:

Arrêt de la fonction ovarienne se produisant vers la cinquantaine et après lequel il n'y a plus d'ovulation, de fécondation et de menstruation.

Ménopause chirurgicale:

L'ablation chirurgicale des ovaires provoque artificiellement la ménopause avant l'âge habituelle de son apparition.

1.14.10 NOMMER UN (1) SYNONYME DE LA MÉNOPAUSE

- retour d'âge
- climatère

1.14.11 CITER LES CAUSES DE LA MÉNOPAUSE

- période de la vie génitale où la femme cesse d'être menstruée et devient infertile. Survient habituellement entre 45 et 55 ans
- l'ablation chirurgicale des ovaires provoque une ménopause précoce (ref. objectif 1.14.8)

1.14.12 NOMMER TROIS (3) MANIFESTATIONS DE LA MÉNOPAUSE

Quelle soit naturelle ou chirurgicale la ménopause amène avec elle quelques manifestations gênantes dues au changement dans la production d'hormones.

N.B.: Tous ces symptômes gênants, mais sans gravité, ne sont pas ressentis par toutes les femmes. La plupart des femmes sont cependant susceptibles d'éprouver l'un ou l'autre de ces troubles, pas toutes de la même façon, ni avec la même intensité.

Bouffées de chaleur:

Elles se manifestent par une sensation brusque de chaleur intense qui semble remonter le long du corps pour l'envelopper jusqu'à la tête, plus particulièrement le visage et le cou. Elles ne durent qu'une minute ou deux. Constitue le signe classique de la ménopause.

Baisse de la vision:

La baisse de l'acuité visuelle serait le premier signe de dérèglement hormonal.

Fatigue:

Fatigue qui disparaît ou revient sans raison apparente. C'est une impression d'épuisement, de pesanteur et de lassitude qui va disparaître progressivement après la stabilisation des sécrétions hormonales.

Autres manifestations physiques:

Embonpoint, épaissement de la taille et des hanches, diminution du volume des organes génitaux (vagin), difficulté à rentrer son ventre, maux de tête, vertiges, etc.

Certains traits psychologiques:

Instabilité et nervosité, sentiment d'abandon et de solitude, humeur difficile, diminution de la mémoire, difficulté de concentration, crise de larmes, diminution du désir sexuel, anxiété.

N.B.: Tous ces symptômes gênants, mais sans gravité, ne sont pas ressentis par toutes les femmes. La plupart des femmes sont cependant susceptibles d'éprouver l'un ou l'autre de ces troubles, pas toutes de la même façon, ni avec la même intensité.

1.14.13 NOMMER TROIS (3) COMPLICATIONS QUE PEUT ENTRAINER LA MENOPAUSE

Hypertension artérielle:

Pouvant devenir chronique surtout chez les femmes qui ont des prédispositions à l'hypertension

Ostéoporose:

Dégradation de la qualité des os qui deviennent par exemple plus exposés à une fracture

Problèmes sexuels:

Diminution du désir, sécheresse vaginale rendant difficiles ou douloureuses les relations sexuelles

Une plus grande fragilité psychologique:

Anxiété, dépression, sentiment de dépersonnalisation.

1.14.14 CITER DEUX (2) MOYENS POUR PRÉVENIR LES MALAISES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DE LA MÉNOPAUSE

Il est à noter que toutes les femmes ne vivent pas leur ménopause de la même façon.

10 à 20% ne s'en aperçoivent pas

10% vivent cette période difficilement

70 à 80% éprouveraient des symptômes mineurs, ennuyeux, qui ne les empêchent pas de continuer leur routine quotidienne.

Il est possible d'atténuer les signes et symptômes de plusieurs manières. Que vous viviez une ménopause naturelle ou chirurgicale, vous devez vous attendre à éprouver certains troubles physiques que vous pourrez, en majorité, surmonter sans complication majeure.

Il existe actuellement plusieurs écoles de pensées face aux traitements des symptômes de la ménopause. Dépendant de la gravité de vos malaises, de votre âge et de la philosophie de votre médecin, différentes solutions pourront vous être proposées.

- 1- l'hormonothérapie substitutive (ref. feuillet)
- 2- les alternatives à l'hormonothérapie, solutions dites naturelles (ref. feuillet)

Quelles que soient les solutions qui vous seront proposées, rappelez-vous que vous avez droit à une information complète des avantages et des risques et que c'est à vous de prendre la décision finale concernant le choix du traitement.

1.14.15 EXPLIQUER BRIEVEMENT LES EFFETS DE L'HORMONOTHÉRAPIE SUR LES MALAISES DE LA MÉNOPAUSE

Ref. feuillet ménopause.

En résumé, il est bon de rappeler que l'on reconnaît une action bénéfique de l'hormonothérapie sur le phénomène des bouffées de chaleur, sur l'atrophie vaginale et possiblement sur l'ostéoporose (fragilité osseuse). Mais rien ne prouve que les hormones aient le pouvoir de soulager d'autres symptômes.

N.B.: Lorsque l'hormonothérapie est interrompue, les symptômes réapparaissent.

1.14.16 NOMMER DEUX (2) FAITS A CONNAITRE CONCERNANT L'HORMONOTHÉRAPIE

Il existe plusieurs présentations pharmaceutiques d'hormones, environ 150 sortes différentes.

ex.: Hormone simple:

Prémarine simple

Hormone avec un autre médicament:

- Prémarine + phénobarbital (sédatif)
- Prémarine + anxiolytique (tranquillisant)

Il existe des contre-indications à l'hormonothérapie:

- . tendance familiale aux tumeurs bénignes ou aux tumeurs aux organes génitaux
- . lors de prédispositions aux fibromes, polypes et à l'hyperplasie de l'endomètre
- . lors de troubles vasculaires
- . lors de problèmes rénaux

Il est important de rapporter à son médecin tout signe de maux de tête ou douleurs aux jambes.

Si vous êtes hystérectomisée, les risques de cancer du sein ne sont pas plus élevés que si vous ne prenez pas d'hormone.

EN CONVALESCENCE, la cliente sera capable de:

1.14.17 EXPLIQUER L'IMPACT DE L'HYSTÉRECTOMIE SUR LA SEXUALITÉ

Ce n'est pas votre utérus qui procure les stimulations sexuelles essentielles et contrôle votre satisfaction dans ce domaine.

Si votre vie sexuelle était auparavant satisfaisante, elle peut le demeurer entièrement. Certaines femmes constatent même une amélioration de leur sexualité après une hystérectomie parce qu'elles ne craignent plus une grossesse ou qu'elle ne ressentent plus de douleur.

D'autre part, lorsqu'une insatisfaction sexuelle existe déjà ou se manifeste par la suite, il s'agit peut-être d'un problème relié à un manque d'information, à de l'anxiété, à des sentiments dépressifs ou à d'autres facteurs entravant le désir ou la réponse sexuelle.

La crainte de la réaction du partenaire ou des problèmes de communication avec celui-ci peuvent par exemple empêcher de s'abandonner vraiment au moment d'une relation. De plus, si à la suite de l'hystérectomie, une femme entretient des images négatives de son vagin et de son corps, sa sexualité peut en souffrir.

Par conséquent, que ces problèmes existent déjà ou se développent dans l'avenir, ne les laissez pas sans réponse. Ce sont eux, non l'hystérectomie elle-même, qui pourraient être responsables d'insatisfaction et de mécontentement sexuelle.

Discutez donc ouvertement de toutes les questions qui vous préoccupent. Souvenez-vous de plus que les hommes ont aussi souvent des préjugés et des idées fausses et que, si vous avez un mari ou un partenaire, il en est peut-être lui-même victime. Si après en avoir parlé avec lui, certaines difficultés persistent, n'hésitez pas à faire appel à une aide spécialisée. Consultez votre index des ressources, vous y trouverez le service pouvant vous aider.

Après l'hystérectomie, vous ne devriez pas ressentir de douleur au moment du coït (de la pénétration). Si ceci survenait, consultez votre médecin pour en connaître la cause. Rappelez-vous que si des difficultés ou des changements apparaissent à la suite de l'hystérectomie, ils peuvent être surmontés et ne devraient pas représenter un obstacle majeur à une pleine satisfaction. Par contre, l'anxiété qui peut se développer à partir d'images négatives, d'idées erronées ou d'une mauvaise communication avec votre partenaire, nuira sûrement elle, à vos relations. Si vous vous sentez déprimée, vous risquez de perdre intérêt à la sexualité. Il importe donc de chercher les véritables causes des problèmes rencontrés s'il y a lieu, et de ne pas céder à la tentation de tout mettre sur le compte de l'hystérectomie. Le plus rapidement vous clarifierez la situation, le plus rapidement votre vie sexuelle deviendra ou redeviendra satisfaisante.

1.14.18 RÉPÉTER LES CONSEILS CONCERNANT L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Pas de relations sexuelles avec pénétration pour une période de 40 jours. Ceci n'exclut pas les échanges sexuelles sans pénétration et vous pourriez prendre avantage de ce temps pour redécouvrir et explorer bien d'autres façons satisfaisantes de faire l'amour.

A la reprise des activités sexuelles, en cas de sécheresse vaginale:

Les relations sexuelles assez régulières et fréquentes ont une heureuse influence sur le maintien du désir sexuel et de la "bonne forme" des organes génitaux, (maintient une bonne lubrification). Il est possible également d'utiliser des crèmes vaginales.

Influence sur la vie conjugale:

Référez objectif 1.14.17

Effets psychologiques et problèmes émotifs:

Pour toutes les femmes, l'hystérectomie marque une étape très importante dans sa vie. Vous pouvez vous sentir déprimée et incapable d'expliquer votre comportement. Au besoin, n'hésitez pas à en parler et à consulter à ce sujet. Référez à votre index des ressources.

1.14.19 RESPECTER LA FRÉQUENCE RECOMMANDÉE DES VISITES MÉDICALES POSTCHIRURGIE

Dès votre retour à domicile, communiquez par téléphone avec le centre de rendez-vous de l'hôpital de Jonquière. (référez à votre index des ressources):

1. Pour prendre rendez-vous avec votre médecin vers la quatrième semaine ou 40 jours. Il vérifiera votre rétablissement et discutera avec vous de la pertinence de l'hormonothérapie.
2. Pour faire enlever vos points si cela s'applique.

• ANNEXE 2.5

SÉQUENCES D'ENSEIGNEMENT

PROCEDURE D'APPLICATION DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT,
A LA CLIENTE HYSTERECTOMISEE

Matériel disponible:

1. Questionnaire à l'intention des femmes qui viennent à l'hôpital pour une "hystérectomie"
2. Brochure: "Préparation à l'hystérectomie"
3. Feuille: "Déroulement de la semaine opératoire"
4. Feuille: "La ménopause"
5. Brochure: "Votre convalescence après une hystérectomie"
6. Diaporama: "Information sur l'hystérectomie"
7. Vidéo: "Exercices respiratoires et musculaires"

L'application s'échelonne de l'admission au départ de la cliente et se divise comme suit:

La séquence I - période comprise entre l'admission et le départ de la cliente pour la salle d'opération;

- comprend tout l'enseignement qui doit être obligatoirement donné, de façon systématique avant la chirurgie;
- correspond à la première partie du questionnaire de la cliente.

La séquence II - période correspondant au deuxième et/ou au troisième jour après la chirurgie dépendant de la condition de la cliente;

- comprend tout le reste de l'enseignement sauf les conseils pour la convalescence;
- correspond à la deuxième partie du questionnaire de la cliente.

La séquence III - période correspondant au quatrième jour après la chirurgie ou la veille du départ;

- comprend le contenu concernant les conseils pour la convalescence;
- correspond à la troisième partie du questionnaire de la cliente.

N.B. Référer aux "séquences d'application" pour le détail et la répartition du contenu, à donner en enseignement.

Séquences d'application

Séquence I: de l'admission au départ pour la salle

Questionnaire: Première partie

- a) accueil: remise de la brochure "Préparation à l'hystérectomie", de la feuille "Déroulement de la semaine opératoire" et du questionnaire à la cliente

explication du programme

enseignement:

- 1.3.5 Donner le but de l'analyse d'urine en préopératoire
- 1.5.7 Expliquer la visite de l'anesthésiste
- 1.5.9 Expliquer à ses visiteurs l'importance du repos sur sa réhabilitation (section rose)
- 1.7.3 Expliquer pourquoi et à quelle fréquence on prend la température
- 1.8.1 Citer le but du bain d'hygiène ou de la douche avant une intervention chirurgicale
- 1.8.2 Dire dans ses mots en quoi consiste un champ opératoire
- 1.9.1 Décrire dans ses mots les examens de routine lors d'une chirurgie
- 1.9.2 Dire le but du consentement opératoire
- 1.9.3 Expliquer pourquoi informer le personnel médical des allergies, de la consommation d'alcool, de drogues ou autres
- 1.10.1 Dire dans ses mots quelles sont les ressources capables de la guider dans sa nouvelle situation
- 1.11.2 Nommer deux (2) ressources possibles en milieu hospitalier pouvant aider à satisfaire son besoin de pratique religieuse + (dépliant)
- 1.12.3 Nommer une activité permise en milieu hospitalier (se sentir utile)
- 1.13.2 Nommer quatre (4) activités de loisirs possibles à l'hôpital + (dépliant)

Guide
d'accueil

b) champ opératoire:enseignement:

- 1.2.4 Répéter les conseils recommandés la veille de l'opération
- 1.2.6 Expliquer l'effet de l'anesthésie et des médicaments sur la soif
- 1.2.7 Citer une raison de l'hydratation i/v pendant et après l'opération
- 1.2.8 Donner deux moyens recommandés pour diminuer la soif dans les heures qui suivent l'anesthésie(section rose)
- 1.2.9 Nommer deux (2) aliments suggérés et deux (2) à éviter après une chirurgie (section rose)
- 1.2.10 Citer deux (2) moyens de lutter contre les nausées (section rose)
- 1.3.3 Dire pourquoi on installe une catheter vésical à demeure lors d'une hysterectomie
- 1.3.6 Décrire ce qu'est un lavement et ses indications lors d'une chirurgie
- 1.3.7 Décrire le ballonnement et les moyens de le soulager
- 1.5.5 Décrire dans ses mots le but de:
 - l'hypnotique la veille de la chirurgie
 - de la prémédication
 - des calmants
- 1.5.7 Exprimer ce qu'elle ressent face à l'anesthésie
- 1.8.3 Résumer les recommandations la veille de l'opération (prothèses, etc)
- 1.10.4 Exprimer ses sentiments et ses émotions face à la maladie

c) en soirée:enseignement:

Monté
sur
vidéo

- 1.1.6 Décrire les effets de l'anesthésie sur la respiration
- 1.1.7 Décrire l'effet de la cigarette sur la respiration
- 1.1.8 Nommer deux (2) raisons de pratiquer des exercices respiratoire en postopératoire
- 1.1.9 Exécuter trois (3) fois les exercices
- 1.4.4 Nommer les mesures nécessaires au maintien de la mobilité des articulations
- 1.4.5 Accomplir une fois sous supervision les exercices recommandés
- 1.4.6 Citer deux (2) positions qui entravent la circulation

Diaporama

- 1.14.2 Dire dans ses mots le rôle des organes suivants
- 1.14.3 Expliquer brièvement le cycle menstruel
- 1.14.4 Nommer trois (3) types de chirurgie susceptible d'être pratiquée
- 1.14.5 Décrire brièvement deux (2) indications justifiant l'hystérectomie
- 1.14.6 Expliquer dans vos mots l'hystérectomie
- 1.14.8 Décrire l'impact bio-physiologique de l'hystérectomie

N.B. Après visionnement par la cliente des documents audio-visuels l'infirmier(e) responsable des soins devra vérifier la compréhension du contenu

- faire exécuter les exercices
- faire résumer dans ses mots
- répondre aux questions

d) à la mise en nuit:

- à l'aide de la séquence d'application, l'infirmier(e) responsable des soins, vérifie si la totalité du contenu préopératoire à donner de façon systématique a été enseigné
- l'infirmier(e) vérifie la compréhension et complète si nécessaire

1.5.7 Exprime ce qu'elle ressent face à l'anesthésie

1.10.4 Exprimer ses sentiments et ses émotions face à la maladie (chirurgie et autre)

e) le matin de la chirurgie (de jour ou de nuit)enseignement:

- 1.6.1 Décrire l'habillement recommandé le matin de l'opération
- 1.6.2 Citer une raison du port de vêtements ample et confortable lors d'une chirurgie
- 1.8.3 Résumer les recommandations la veille de l'opération (prothèses, vernis à ongles, maquillage et bijoux etc)
- 1.8.4 Décrire le matériel nécessaire au pansement qui recouvre la plaie
- 1.8.5 Décrire les soins d'hygiène et de propreté à respecter après une chirurgie
- 1.9.4 Citer les indications des côtés de lit après une chirurgie
- 1.9.5 Utiliser la cloche d'appel pour se lever les premiers jours

Séquence II: période correspondant au deuxième et/ou troisième jours après la chirurgie

Questionnaire: Deuxième partie

Enseignement:

Tout le reste de l'enseignement, sauf les conseils pour la convalescence

Feuille	1.14.9	Définir ménopause et ménopause chirurgicale
	1.14.10	Nommer un synonyme de la ménopause
	1.14.11	Citer les causes de la ménopause
	1.14.12	Nommer trois (3) manifestations de la ménopause
	1.14.13	Nommer trois (3) complications qui peuvent entraîner la ménopause
	1.14.14	Citer deux (2) moyens pour prévenir les malaises physiques et psychologiques de la ménopause
	1.14.15	Expliquer brièvement les effets de l'hormonothérapie sur les malaises de la ménopause
	1.14.16	Nommer deux (2) faits à connaître concernant l'hormonothérapie

Séquence III: la veille du départ

Questionnaire: Troisième partie

L'essentiel du contenu concernant les conseils en période de convalescence est réunie dans un document à laisser à la cliente

enseignement:

- 1.1.16 Nommer les moyens à respecter à domicile pour améliorer sa respiration
- 1.1.17 Pratiquer les exercices respiratoire recommandés
- 1.2.11 Etablir un menu à partir des recommandations du G.A.C. et des conseils après une chirurgie

- 1.2.12 Expliquer les moyens alimentaires pour éviter:
constipation
ballonnement
surconsommation d'aliments
- 1.2.13 Donner un moyen pour impliquer sa famille dans
l'élaboration d'un menu
- 1.3.11 Consommer quotidiennement des aliments riches en
fibres
- 1.3.12 Pratiquer quotidiennement la marche et les autres
exercices recommandés
- 1.3.13 Observer un horaire régulier d'élimination
- 1.4.9 Nommer cinq (5) activités recommandées pour les
quatre (4) premières semaines
- 1.4.10 Nommer cinq (5) activités que vous pouvez pratiquer
après les quatre (4) premières semaines
- 1.4.11 Décrire un moyen d'inciter la participation de vos
proches (famille, amis)
- 1.5.10 Nommer deux (2) moyens favorisant le repos et le som-
meil à utiliser à domicile
- 1.5.11 Contrôler la douleur en prenant la médication telle
que prescrite
- 1.5.12 Expliquer à sa famille l'importance du repos et du
sommeil sur sa réhabilitation
- 1.6.4 Porter des vêtements adaptés à votre condition
- 1.6.5 Donner une raison de reprendre vos habitudes vesti-
mentaires rapidement
- 1.7.6 Citer toutes les recommandations pour prévenir une
élévation de la température corporelle
- 1.7.7 Nommer deux (2) moyens pour abaisser la T°
- 1.7.8 Dire à quel degré et dans quelles circonstances il
est indiqué de consulter un médecin
- 1.7.9 Prendre sa température buccale et lire le résultat

- 1.8.8 Nommer un moyen pour protéger sa plaie contre l'infection
- 1.8.9 Décrire dans ses mots les raisons de consulter un médecin en rapport avec sa plaie
- 1.8.10 Répéter les conseils face aux soins d'hygiène à respecter à domicile
- 1.9.6 Nommer deux moyens pour éviter les dangers à domicile
- 1.9.7 Répéter les conseils pour la prise des médicaments à domicile
- 1.10.7 Utiliser les ressources locales et/ou régionales (index)
- 1.10.8 Echanger avec son conjoint ou partenaire sur la signification de cette chirurgie sur leur vie de couple
- 1.10.9 Verbaliser avec sa famille, ses amis et ses proches sur son vécu suite à la chirurgie
- 1.11.5 Nommer les ressources communautaires accessibles dans sa paroisse
- 1.12.5 Limiter ses activités pendant les quatre (4) premières semaines
- 1.12.6 Augmenter ses activités graduellement après les quatre (4) premières semaines
- 1.12.7 Impliquer la famille ou les proches dans le partage des activités nécessaires
- 1.13.4 Pratiquer quotidiennement une activité de loisir et de détente
- 1.13.5 Adapter ces activités habituelles à sa condition d'opérée
- 1.14.17 Expliquer l'impact de l'hystérectomie sur la sexualité
- 1.14.18 Répéter les conseils concernant l'activité sexuelle
- 1.14.19 Respecter la fréquence recommandée des visites médicales postchirurgie

AIDE MEMOIRE

CHAMP OPERATOIRE

- Diète
 - La veille (souper)
 - A partir de minuit
 - Le matin de la chirurgie
- Solute i/v au retour de la salle
- Cathéter vésical
- Lavement (préparation à la chirurgie)
- Ballonnement et moyens pour le soulager
 - . Dulcolax
 - . Magnésie et cascara
 - . Flee
 - . Lavement évacuant
- But
 - . Hypnotique
 - . Prémédication et moyens pour contrôler la soif avant le départ pour la salle et les premiers 24 heures
 - . Calmant (douleur - médication aux 4-6 heures)
- Maquillage, vernis, prothèse, bijoux etc.
- Faire exprimer la cliente sur ce qu'elle vit face à son anesthésie et sa maladie
- Aviser de l'enseignement qui se donne en soirée à 19 heures vs visiteurs

AIDE MEMOIREEN SOIREE

- Démonstration des exercices respiratoires et musculaires
- Anatomie + physiologie des organes génitaux féminin
- Conséquences de la chirurgie

A 19 heures, regrouper les clientes cédulées pour hystérectomie à la la salle d'enseignement post-natal.

Un(e) infirmier(e) fera la démonstration et donnera les explications verbalement en attendant l'arrivée des documents audio-visuels.

Exercices: Démonstration et faire avec les clientes une fois.

Anatomie: Expliquer à partir de la brochure "Préparation à l'hystérectomie".

A LA MISE EN NUIT

- Vérifier si la cliente a reçu toutes les informations pré opératoire: sonde, ajeun, exercices, explications de sa chirurgie, a-t-elle d'autres questions.
- Faire exprimer la cliente sur sa chirurgie.

LE MATIN DE L'OPERATION

- Habillement pour la salle
- Répéter prothèse, bijoux, maquillage, etc.
- Décrire pansement
- Soins d'hygiène après la chirurgie
- Indications des côtés de lit

RESPIRER

1.1 Objectif spécifique terminal

Expliquer les composantes d'une respiration normale et les moyens pour la conserver et prévenir les complications.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.1.1 Nommer les principaux organes de la respiration	Voies aériennes: supérieures - inférieures - accessoires
1.1.2 Décrire l'importance de la respiration	But
1.1.3 Expliquer brièvement le fonctionnement respiratoire	Inspiration Expiration Emotions vs influences
1.1.4 Nommer deux (2) conditions essentielles à la ventilation	Qualité de l'air Voies respiratoires dégagées Capacité de distension Le rythme respiratoire
1.1.5 Nommer 2 moyens favorisant le maintien de la respiration normale	Position et mouvement Toux et respiration normale Hydratation Environnement sain Hygiène respiratoire
1.1.6 Décrire les effets de l'anesthésie sur la respiration	Action des gaz anesthésiques sur la fonction respiratoire
1.1.7 Décrire les effets de la cigarette sur la respiration	Explications Feuillets éducatifs
1.1.8 Nommer deux (2) raisons de pratiquer des exercices respiratoires en postopératoire	Ventilation Oxygénation Gaz anesthésique Détente
1.1.9 Exécuter trois (3) fois les exercices respiratoires qui doivent être pratiqués en postopératoire	Respiration profonde Toux et expectorations Inspirex
1.1.10 Connaître et manipuler le matériel et l'équipement hospitalier utilisé pour faciliter la respiration	Inspirex Cathéter à O ₂ (lunette) Masque à O ₂ Humidificateur - Inhalothérapie

En postopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.1.11 Exécuter les exercices respiratoires pratiqués en préopératoire Après 24 heures - Exécuter les exercices respiratoires 3 à 4 min. à toutes les heures	Techniques des exercices respiratoires Toux et expectorations L'inspirex La respiration profonde
1.1.12 Respecter les principes d'hygiène respiratoire	Tabac Visiteurs Environnement Relaxation - Détente
1.1.13 Prendre les positions favorisant une respiration efficace	Fowler Semi-fowler
1.1.14 Nommer une façon simple de contrôler le hoquet	Technique avec verre d'eau froide
1.1.15 Nommer une (1) complication pulmonaire pouvant survenir en postopératoire et le ou les moyens de la prévenir	Atélectasie Collapsus pulmonaire Bronchite Bronchopneumonie Pneumonie Pleurésie
En convalescence, la cliente sera capable de:	
1.1.16 Nommer deux moyens à respecter à domicile pour améliorer sa respiration	Exercices Aération Tabac Visiteurs
1.1.17 Pratiquer les exercices respiratoires recommandés	Technique d'inspirex Technique de la toux et expectorations Technique de respiration profonde

BOIRE ET MANGER

1.2 Objectif spécifique terminal

Expliquer le rôle des liquides et de l'apport alimentaire sur le processus de guérison après une chirurgie.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.2.1 Dire dans ses mots pourquoi on a besoin de boire et de manger	Principes de l'alimentation et de l'hydratation
1.2.2 Identifier une conséquence des liquides et des solides sur l'organisme	Caractéristiques des éléments nutritifs essentiels à l'être humain réparation des tissus
1.2.3 Nommer les 4 groupes d'aliments recommandés aux canadiens	Guide alimentaire canadien
1.2.4 Répéter les conseils recommandés la veille de l'intervention	Souper léger A jeûn
1.2.5 Expliquer brièvement l'influence de ses émotions sur ses habitudes alimentaires	Impact des émotions sur la consommation
1.2.6 Expliquer l'effet de l'anesthésie et des médicaments sur la soif	Effets de la médication et des gaz anesthésiques
1.2.7 Citer une raison de l'hydratation intraveineuse pendant et après l'opération	Principes de l'alimentation par voie parentérale
En postopératoire, la cliente sera capable de:	
1.2.8 Utiliser un (1) moyen recommandé pour diminuer la soif dans les heures qui suivent l'anesthésie	Conseils
1.2.9 Nommer deux (2) aliments suggérés et deux (2) aliments à éviter après une chirurgie	Diète légère Diète progressive

1.2.10 Citer deux (2) moyens pour lutter contre les nausées	Respiration Position Médication
--	---------------------------------------

En convalescence, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.2.11 Etablir un menu à partir des recommandations du guide ali- mentaire et des conseils après une chirurgie	Menu type
1.2.12 Résumer les mesures alimentai- res à respecter pour éviter: . la constipation . le ballonnement . la surconsommation	G.A.C.
1.2.13 Donner un moyen pour impliquer sa famille dans l'élaboration d'un menu équilibré	Conseils

ELIMINER

1.3 Objectif spécifique terminal

Comprendre l'importance des fonctions d'élimination dans le processus de guérison après une hystérectomie.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.3.1 Commenter le rôle de l'élimination des déchets de l'organisme	Réactions chimiques dans l'organisme
1.3.2 Nommer deux facteurs qui influencent l'élimination	Exercice - Alimentation - Liquides - Age - Stress - Horaire - Médication
1.3.3 Dire pourquoi on installe un cathéter vésical à demeure lors d'une hystérectomie	Indications - But - Durée - Démonstration
1.3.4 Citer deux conseils favorisant l'élimination urinaire	Liste des conseils
1.3.5 Donner le but de l'analyse d'urine en préopératoire	But de l'examen sommaire et de la culture
1.3.6 Décrire ce qu'est un lavement et son indication lors d'une chirurgie	Description - Indication - Matériel
1.3.7 Décrire le ballonnement	Effet des gaz abdominaux postchirurgie - Manque d'exercice

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.3.8 Dire la quantité de liquide à boire recommandée par jour	Réf. 1.2.3
1.3.9 Pratiquer les exercices recommandés pour diminuer le ballonnement	Réf. 1.4.6
1.3.10 S'alimenter progressivement en respectant les principes d'une bonne alimentation axée sur l'élimination	Réf. 1.2.12 Menu de l'hôpital

En convalescence, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.3.11 Consommer quotidiennement les aliments riches en fibre	Réf. 1.2.12
1.3.12 Pratiquer quotidiennement la marche ou autre exercice recommandé	Réf. 1.4.6
1.3.13 Observer un horaire régulier d'élimination	Habitudes et organisation sanitaire

SE MOUVOIR ET SE MAINTENIR DANS UNE POSITION CONVENABLE

1.4 Objectif spécifique terminal

Connaître les effets de la mobilisation et de la bonne posture dans le processus de rétablissement.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.4.1 Expliquer brièvement les bienfaits de l'exercice et ses effets sur la santé au niveau des différents systèmes	Buts des exercices
1.4.2 Citer un problème fréquent dû au manque d'exercice	Contexte quotidien Contexte opératoire
1.4.3 Nommer deux facteurs qui influencent la mobilité	Anesthésie Chirurgie
1.4.4 Nommer les mesures nécessaires au maintien de la mobilité des articulations	Exercices
1.4.5 Accomplir 1 fois sous supervision les exercices recommandés	Démonstration Supervision
1) changement de position <ul style="list-style-type: none"> - lorsque vous vous tournez sur le côté gauche - lorsque vous vous tournez sur le côté droit - pour revenir sur le dos 	
2) les exercices musculaires <ul style="list-style-type: none"> - pieds - chevilles - jambes - bras et épaules 	
3) Premier lever	
4) la marche dans le corridor	
1.4.6 Nommer deux positions qui entravent la circulation sanguine	Position assise jambe pendante Position assise avec oreiller sous les genoux au lit

En postopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.4.7. Accomplir les exercices recommandés selon l'horaire fixé	Tableau horaire des exercices Rôle de l'infirmière vs aide ref. objectif 1.1.4
1.4.8 Pratiquer la marche progressivement et quotidiennement	Effets physiques et psychologiques du mouvement

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.4.9 Nommer cinq activités recommandées pour les 4 premières semaines de convalescence	Feuillet des activités pour les 4 premières semaines
1.4.10 Nommer cinq (5) activités que vous pouvez pratiquer après les quatre (4) premières semaines	Augmentation graduelle des activités: <ul style="list-style-type: none"> . familiales . professionnelles . et sportives
1.4.11 Décrire un moyen d'impliquer la participation de la famille	

DORMIR ET SE REPOSER

1.5 Objectif spécifique terminal

Reconnaître les manifestations du repos et du sommeil sur la santé et sur la maladie

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.5.1 Décrire brièvement les caractéristiques du repos et du sommeil	Signification des termes repos. sommeil et confort
1.5.2 Nommer quatre conditions préalables au repos	Conditions physiques et psychologiques
1.5.3 Citer deux facteurs qui influencent le repos et sommeil	Age - Fatigue - Maladie - Anxiété - Médicaments - Douleur
1.5.4 Nommer deux moyens favorisant le sommeil	Conseils physiques et psychologiques
1.5.5 Décrire dans ses mots le but: - de l'hypnotique la veille de la chirurgie - des calmants - de la prémédication	Effets de l'hypnotique et des calmants
1.5.6 Exécuter une fois sous supervision une technique de relaxation favorisant le repos, le sommeil et le contrôle de la douleur	Démonstration et supervision 1) inspiration profonde 2) musique subliminale
1.5.7 Exprimer ce qu'elle ressent face à l'anesthésie	Visite de l'anesthésiste Brève description de l'anesthésie (rôle - effets)

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.5.8 Demander la médication prescrite au besoin	Fréquence recommandée pour la médication But et effets de la médication
1.5.9 Expliquer à ses visiteurs l'importance du repos sur sa réhabilitation	Effet de la fatigue postchirurgie Environnement

En convalescence, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.5.10 Nommer deux moyens favorisant le repos et le sommeil à utiliser à domicile	Relaxation Aide familiale Environnement
1.5.11 Contrôler la douleur en prenant la médication tel que prescrite	Recommandations sur la prescription de départ
1.5.12 Expliquer à sa famille l'importance du repos et du sommeil sur sa réhabilitation	Conseils

S'HABILLER ET SE DESHABILLER

1.6 Objectif spécifique terminal

Comprendre l'importance d'un habillement adapté à sa situation clinique et à sa convalescence.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.6.1 Décrire l'habillement recommandé le matin de l'opération	Jaquette - chapeau - bas d'opéré
1.6.2 Citer une raison du port de vêtements amples et confortables lors d'une chirurgie abdominale	Bien-être - confort - douleur

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.6.3 Choisir des vêtements qui assurent le confort et évitent la douleur au niveau de la plaie	Jaquette recommandée Vêtement ample et confortable
---	---

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.6.4 Porter des vêtements adaptés à sa condition	Conseils
1.6.5 Donner une raison de reprendre ses habitudes vestimentaires rapidement	Impact psychologique pour elle-même et sa famille

MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES

1.7 Objectif spécifique terminal

Reconnaître les manifestations bio-physiologiques sur le maintien d'une température convenable suite à une intervention chirurgicale.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.7.1 Dire dans ses mots en quoi consiste la température corporelle	Métabolisme vs équilibre
1.7.2 Nommer trois facteurs qui influencent la température	Age - Sexe - Moment de la journée Emotions - Exercice - Milieu ambiant Chirurgie
1.7.3 Expliquer pourquoi et à quelle fréquence on prend la température	Raisons et fréquence
1.7.4 Décrire les signes cliniques de la fièvre	Hyperthermie (manifestations)

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.7.5 Signaler au personnel soignant toute manifestation d'hyperthermie	Impact du traitement précoce vs prévention des complications
---	--

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.7.6 Citer toutes les recommandations pour prévenir une élévation de la température corporelle	Conseils: hydratation - exercices
1.7.7 Nommer deux moyens pour abaisser la température	Hydratation - repos - environnement
1.7.8 Dire à quel degré et dans quelles circonstances il est indiqué de consulter un médecin	Conseils vs ressources
1.7.9 Prendre sa température buccale et lire le résultat	Démonstration Supervision

ETRE PROPRE ET PROTEGER SES TEGUMENTS

1.8 Objectif spécifique terminal

Décrire les principes d'hygiène et de propreté sur le maintien de la santé et sur le processus de guérison.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.8.1 Citer le but d'un bain d'hygiène ou d'une douche avant une intervention chirurgicale	Prévention d'une infection
1.8.2 Dire dans ses mots en quoi consiste un champ opératoire	Matériel - Démonstration sur mannequin
1.8.3 Résumer les recommandations la veille de l'opération concernant les prothèses, le vernis à ongles, le maquillage et les bijoux	Prothèses et objets métalliques Vernis à ongles Maquillage
1.8.4 Décrire le matériel nécessaire au pansement qui recouvre la plaie opératoire	4 x 4 - Telfa - Diachylon - Pad abdominal
1.8.5 Décrire les soins d'hygiène et de propreté à respecter après une chirurgie	Soins 1er, 2e et 3e jours postopératoire

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.8.6 Collaborer aux soins d'hygiène les jours suivant la chirurgie	Sortes de bain et rôle du personnel soignant
1.8.7 Nommer une manifestation d'infection au niveau de la plaie opératoire	Signes d'infection - T° - écoulement odeur

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.8.8 Nommer un moyen pour protéger sa plaie contre l'infection	Vêtement propre - Exercice - Alimentation
---	---

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.8.9 Décrire dans ses mots les raisons pour consulter un médecin	Signes cliniques d'infection Saignement
1.8.10 Répéter les conseils face aux soins d'hygiène à respecter à domicile	Quand débiter douche - bain Lavage à la plaie

EVITER LES DANGERS

1.9 Objectif spécifique terminal

Connaître suffisamment d'information sur la sécurité en milieu clinique lors d'une intervention chirurgicale et sur les mesures à respecter en convalescence.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.9.1 Décrire dans ses mots les examens de routine lors d'une chirurgie	Rx poumons - ECG - Labo.
1.9.2 Dire le but du consentement opératoire	Formule de consentement but et implication
1.9.3 Expliquer pourquoi informer le personnel médical des allergies, de la consommation d'alcool, de drogues ou autres	Effets des allergies Effets de l'alcool Effets des drogues Médicaments vs consommation régulière
1.9.4 Citer une indication des côtés de lit après la chirurgie	

En postopératoire, la cliente sera capable de:

- 1.9.5 Utiliser la cloche d'appel pour se lever les premiers jours

En convalescence, la cliente sera capable de:

- | | |
|---|---|
| 1.9.6 Nommer deux moyens pour éviter les complications à domicile | Infection - Activités modérés
Médication |
| 1.9.7 Répéter les conseils pour la prise des médicaments à domicile | Conseils et moyens pour prévenir |

COMMUNIQUER AVEC SES SEMBLABLE

1.10 Objectif spécifique terminal

Utiliser la communication pour profiter au maximum de son séjour en milieu hospitalier et de sa convalescence

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.10.1 Dire dans ses mots quelles sont les ressources capables de la guider dans sa nouvelle situation	Rôle de l'équipe soignante Rôle de la famille Visite médicale Visite de l'anesthésiste
1.10.2 Décrire comment elle peut communiquer ses besoins	Communication verbale et non verbale
1.10.3 Citer les facteurs qui influencent la communication	Milieu hospitalier - Douleur - Famille
1.10.4 Exprimer ses sentiments et ses émotions face à la maladie	Anxiété - Peur

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.10.5 Faire appel aux ressources du milieu hospitalier	Ressources du milieu hospitalier (rôle aidant du personnel)
1.10.6 Exprimer ses besoins à sa famille, ses amis, ses parents	Support psychologique du conjoint, des enfants, des amis...

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.10.7 Utiliser les ressources locales et/ou régionales	Liste des ressources locales et régionales
1.10.8 Echanger avec son conjoint ou partenaire sur la signification de cette chirurgie dans leur vie de couple	Apport psychologique Image de la femme face à son conjoint Sexualité (réf. apprendre)
1.10.9 Verbaliser avec sa famille, ses amis ou ses proches sur son vécu face à la chirurgie	Réactions émotives liées à la chirurgie Importance d'en parler Dépression posthystérectomie

PRATIQUER SA RELIGION OU AGIR SELON SES CROYANCES

1.11 Objectif spécifique terminal

Reconnaître l'impact des ressources spirituelles sur la maladie et la guérison.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.11.1 Expliquer dans ses mots pourquoi l'altération de la santé entraîne une augmentation du besoin de pratiquer sa religion	Réactions en situation de crise vs pratique religieuse
1.11.2 Nommer deux ressources disponibles en milieu hospitalier pouvant l'aider à satisfaire son besoin de pratique religieuse	Interventions infirmière Interventions agent pastoral Messe - Communion Documentation religieuse Réactions en situation de crise vs pratique religieuse
1.11.3 Exprimer l'impact de sa décision d'une hystérectomie en rapport avec ses croyances religieuses	Impact religieux sur ce type de chirurgie Importance de la maternité vs devoir de la femme Culpabilité

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.11.4 Utiliser selon ses besoins les ressources du milieu hospitalier	Liste des ressources Horaire de visites
--	--

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.11.5 Nommer les ressources communautaires accessibles dans sa paroisse	Liste des ressources
--	----------------------

S'OCCUPER DE FACON A SE SENTIR UTILE

1.12 Objectif spécifique terminal

Adapter les activités quotidiennes à sa condition clinique et de convalescence.

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.12.1 Dire dans ses mots le rôle des activités dans la vie quotidienne	Valorisation par le travail Adaptation
1.12.2 Décrire les modifications qu'entraîne la chirurgie sur les activités	Importance du repos préchirurgie Ralentissement des activités vs réhabilitation
1.12.3 Nommer une activité permise en milieu hospitalier	Suggestions vs ressources

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.12.4 Collaborer à certaines activités de soins	Conseils (collaboration à ses soins vs prise en charge)
En convalescence;	
1.12.5 Limiter ses activités pendant les 4 premières semaines	Référer objectif 1.4.9 Conseils et réflexion sur l'impact de se sentir utile
1.12.6 Augmenter graduellement ses activités après les quatre (4) premières semaines	Référer objectif 1.4.10 Recommandations vs patience et effets sur la santé
1.12.7 Impliquer la famille et/ou les proches dans le partage des activités nécessaires	Famille vs besoin de se sentir utile Conseils

SE RECREER

1.13 Objectif spécifique terminal

Pratiquer des activités de loisir et de divertissement pendant son séjour hospitalier et en convalescence

En préopératoire, la cliente sera capable de:

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.13.1 Expliquer l'importance de périodes de détente et de divertissement: 1) dans la vie courante 2) pendant la maladie 3) pendant la convalescence	Rôle des loisirs
1.13.2 Nommer quatre activités de loisirs possibles à l'hôpital	Ressources du milieu

En postopératoire, la cliente sera capable de:

1.13.3 Utiliser les ressources de loisir et de détente disponibles dans le milieu	Conseils - Horaire
---	--------------------

En convalescence, la cliente sera capable de:

1.13.4 Pratiquer quotidiennement une activité de loisir et de détente	Impact des loisirs sur le rétablissement
1.13.5 Adapter ses activités habituelles à sa condition d'opérée	Impact physique et psychologique Prévention

APPRENDRE

1.14 Objectif spécifique terminal

Profiter de son séjour à l'hôpital pour apprendre tout ce qui concerne l'hystérectomie

En préopératoire, la cliente sera capable de:

<u>Objectifs spécifiques intermédiaires</u>	<u>Contenu notionnel</u>
<u>Hystérectomie</u>	
1.14.1 Décrire dans ses mots l'importance du besoin d'apprendre	Impact des connaissances sur la prévention
1.14.2 Dire dans ses mots le rôle des organes suivants: <ul style="list-style-type: none"> . les ovaires . les trompes de fallope . l'utérus . le vagin . la vessie . l'urètre . le rectum . le clitoris 	Exposé Carte anatomique
1.14.3 Expliquer brièvement le cycle menstruel	Cycle menstruel
1.14.4 Nommer trois (3) types de chirurgie susceptible d'être pratiquée	Hystérectomie abdominale Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie droite ou gauche Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale
1.14.5 Décrire brièvement deux (2) indications justifiant l'hystérectomie	Causes de l'hystérectomie: <ul style="list-style-type: none"> . saignements utérins . fibromyomes utérins . endométriose . adhérences pelviennes . perte du support pelvien . lésions malignes
1.14.6 Expliquer dans vos mots l'hystérectomie	Exposé sur les deux approches: <ul style="list-style-type: none"> . hystérectomie abdominale . hystérectomie vaginale

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
1.14.7 Utiliser les termes appropriés à sa condition clinique	Vocabulaire: <ul style="list-style-type: none"> . endomètre . endométriose . fibrome utérin . hystérectomie . ménopause . ménorragie . suspension vésicale
1.14.8 Décrire l'impact bio-physiologique de l'hystérectomie	Arrêt des menstruations Cycle des hormones - Ménopause

En postopératoire, la cliente sera capable de:

Ménopause

1.14.9 Définir la ménopause et la ménopause chirurgicale	Exposé
1.14.10 Nommer un synonyme de la ménopause	Retour d'âge Climatère
1.14.11 Citer les causes de la ménopause	Age chez la femme: 45 à 55 ans Chirurgie
1.14.12 Nommer trois manifestations de la ménopause	Signes et symptômes Manifestations psychologiques
1.14.13 Nommer trois (3) complications que peut entraîner la ménopause	Hypertension artérielle Ostéoporose Problèmes sexuels Fragilité psychologique
1.14.14 Citer deux (2) moyens pour prévenir les malaises physiques et psychologiques de la ménopause	Hormonothérapie substitutive Les alternatives à l'hormonothérapie
1.14.15 Expliquer brièvement les effets de l'hormonothérapie sur les malaises de la ménopause	Impact de l'hormonothérapie sur les manifestations cliniques
1.14.16 Nommer 2 faits à connaître concernant l'hormonothérapie	Réapparition des symptômes Dépression

Objectifs spécifiques intermédiaires	Contenu notionnel
En convalescence, la cliente sera capable de:	
1.14.17 Expliquer l'impact de l'hysté- rectomie sur la sexualité	Désir - Satisfaction sexuelle
1.14.18 Répéter les conseils concernant l'activité sexuelle	Conseils: sécheresse vaginale pas de relations sexuelle avant 40 jours Influence sur la vie conjugale Effets psychologiques
1.14.19 Respecter la fréquence recom- mandée des visites médicales postchirurgie	Prévention

ANNEXE 2.6

BROCHURE D'INFORMATION: PRÉPARATION À L'HYSTÉRECTOMIE

BROCHURE D'INFORMATION

PRÉPARATION

A

L'HYSTÉRECTOMIE

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE
MARS 1985 TOUS DROITS RÉSERVÉS

Inspiré de: 1 "Mieux comprendre l'hystérectomie"
Hôpital St-Luc de Montréal

2 "Hystérectomie"
Hôpital de Chicoutimi Mars 1984

Direction des soins infirmiers
Centre hospitalier Jonquière
Mars 1985

Ce texte a pour but de vous aider à mieux comprendre l'hystérectomie qu'on vous propose. Il se veut aussi un encouragement à poser les questions qui vous préoccupent. Il importe en effet de bien vous renseigner et d'exprimer dès maintenant vos idées et vos sentiments concernant cette intervention chirurgicale.

L'hystérectomie

L'hystérectomie consiste à enlever l'utérus (la matrice) qui est un organe de reproduction. (voir illustrations). Le fait de l'enlever met donc fin à la capacité d'avoir des enfants. Après une hystérectomie, il n'y a plus de menstruation puisque l'écoulement mensuel de sang provient de la paroi interne de l'utérus (endomètre). L'hystérectomie ne provoque cependant pas l'apparition de la ménopause: Les ovaires continuent de produire des hormones même s'il n'y a plus de saignement menstruel. Tant que vous conservez au moins un ovaire, la production d'hormones femelles se poursuit (ou se maintient). Si vous avez atteint l'âge de la ménopause (le retour d'âge) ou si vos ovaires ne sont pas sains, il peut être indiqué d'enlever ceux-ci en même temps que l'utérus. Il s'agit alors d'une ovariectomie. Quelque soit votre âge, si on enlève vos 2 ovaires, vous serez ensuite ménopausée. Dans ce cas, des traitements hormonaux peuvent être proposés afin de remplacer ou de compenser le fonctionnement ovarien et d'éliminer ainsi certains symptômes qui accompagnent parfois la ménopause (bouffées de chaleur, malaises divers, fatigue, etc).

AVANT LA CHIRURGIE

Figure A

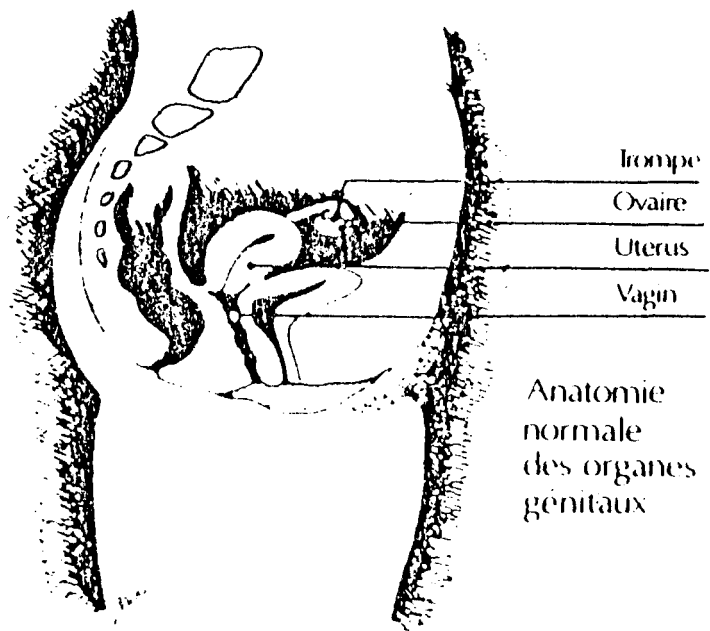
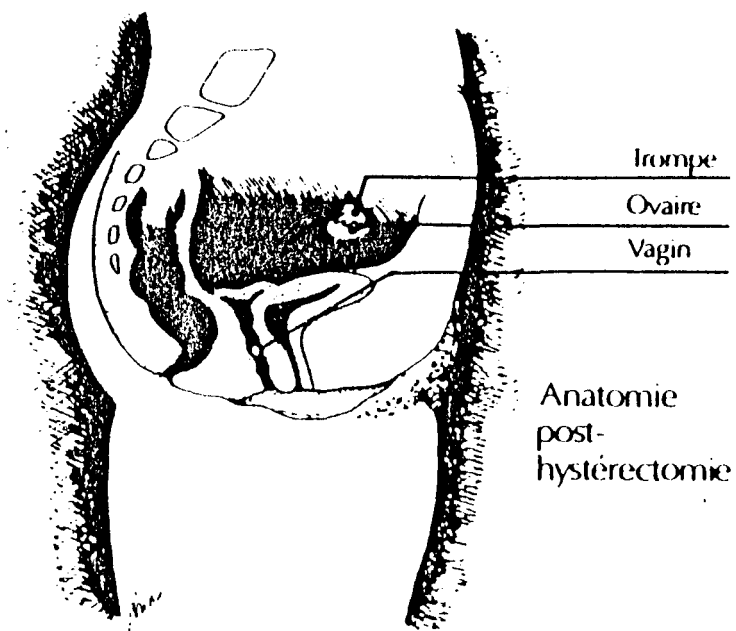


Figure B



APRES LA CHIRURGIE

Pourquoi ?

On peut suggérer l'hystérectomie pour différentes pathologies dont les plus fréquentes sont:

- fibromyomes utérins (ou fibromes)
- endométriose
- différents types de cancer de l'utérus et des ovaires
- perte de support pelvien (descente de l'utérus ou prolapsus)
- saignements utérins fonctionnels anormaux non contrôlés par le traitement médical

L'intervention chirurgicale

L'hystérectomie peut se faire selon deux approches différentes. Le plus fréquemment, on procède par voie abdominale c'est-à-dire par une incision sur l'abdomen. Cette incision est habituellement transversale à la partie inférieure de l'abdomen (coupe "bikini") et donne d'excellents résultats esthétiques. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de procéder par une incision médiane c'est-à-dire entre l'ombilic et le pubis. Lorsqu'il s'agit d'un prolapsus cependant, il est préférable de procéder par voie vaginale aussi appelée "voie naturelle".

Avantages

Si vous souffrez de douleurs, de saignements ou d'autres problèmes qui sont en rapport avec votre utérus, l'hystérectomie peut améliorer votre santé

et la qualité de votre vie. lorsqu'il s'agit d'un cancer ou d'une pathologie pouvant conduire à un cancer, cette opération peut sauver la vie. Cette intervention, si elle est indiquée et bien acceptée, comporte donc de sérieux avantages. Par conséquent, il importe que vous ne vous laissiez pas envahir par certaines idées fausses malheureusement encore trop répandues, dont vous trouverez la correction dans les paragraphes qui suivent.

Ce qu'on sait aujourd'hui:

- L'arrêt des menstruations ne nuit pas du tout à la santé. La menstruation n'est pas un moyen de débarrasser l'organisme "d'impuretés" mais une façon par laquelle l'utérus régénère la partie superficielle de sa muqueuse (endomètre). L'utérus étant enlevé, la source des saignements est éliminée et ceux-ci n'ont tout simplement plus de raison d'être. Pensez au fait que vous n'aurez plus à supporter les inconvénients mensuels qui accompagnent la menstruation. Si par contre, vous présentez des symptômes pré-mensuels (tension, gonflement, fatigue, irritabilité, etc. dans les jours qui précèdent la menstruation) l'hystérectomie seule (sans ovariectomie) ne changera probablement pas cette situation. Informez-vous auprès de votre médecin des moyens à prendre pour soulager ces malaises s'ils existent.
- C'est faux que l'hystérectomie seule entraîne une augmentation de poids ou un vieillissement plus rapide. Si vous engraissez suite à cette chirurgie, ce n'est pas dû à la perte de votre utérus mais à une vie sédentaire ou à une alimentation trop abondante ou non conforme à vos

besoins. Il faut aussi se souvenir que certaines femmes ont tendance à prendre facilement du poids avec l'âge et que ceci n'a rien à voir avec la présence ou non d'un utérus. L'absence de cet organe ne fait pas vieillir plus rapidement. Elle ne fait pas repousser les poils. Pour rester jeune, il faut surtout apprendre à mieux vivre et veiller à sa santé mentale et physique.

- Il est faux que l'hystérectomie change quelque chose à votre féminité. C'est faux que vous cessiez d'être "une femme complète". La perte d'un organe de reproduction n'enlève rien d'autre que la capacité de porter des enfants. Bien sûr, le fait de ne plus pouvoir enfanter peut être vécu très péniblement si vous désirez garder le choix d'avoir d'autres enfants mais il importe de ne pas confondre votre fertilité (fécondité) et votre féminité. Ce n'est pas votre utérus qui fait de vous une femme à part entière, vous le demeurez sans sa présence.
- Ce n'est pas non plus votre utérus qui procure les stimulations sexuelles essentielles et contrôle votre satisfaction dans ce domaine. Si votre vie sexuelle était auparavant satisfaisante, elle peut le demeurer entièrement. Certaines femmes constatent même une amélioration de leur sexualité après une hystérectomie parce qu'elles ne craignent plus une grossesse ou qu'elles ne ressentent plus de douleur.

D'autre part, lorsqu'une insatisfaction sexuelle existe déjà ou se manifeste par la suite, il s'agit peut-être d'un problème relié à un manque d'information, à de l'anxiété, à des sentiments dépressifs ou à d'autres facteurs entravant le désir ou la réponse sexuelle.

La crainte de la réaction du partenaire ou des problèmes de communications avec celui-ci peuvent par exemple empêcher de s'abandonner vraiment au moment d'une relation. De plus, si à la suite de l'hystérectomie, une femme entretient des images négatives de son vagin et de son corps, sa sexualité peut en souffrir.

Par conséquent, que ces problèmes existent déjà ou se développent dans l'avenir, ne les laissez pas sans réponse. Ce sont eux, non l'hystérectomie elle-même, qui pourraient être responsables d'insatisfaction et de mésentente sexuelle.

Discutez donc ouvertement de toutes les questions qui vous préoccupent. Souvenez-vous de plus que les hommes ont aussi souvent des préjugés et des idées fausses et que, si vous avez un mari ou un partenaire, il en est peut-être lui-même victime. Si après en avoir parlé avec lui, certaines difficultés persistent, n'hésitez pas à faire appel à une aide spécialisée. Votre médecin devrait pouvoir vous informer à ce sujet.

Recommandations en vue de votre hospitalisation

Avant votre départ

Avant votre départ pour l'hôpital, nous vous conseillons de prendre un bain complet ou une douche. Cela va permettre de vous détendre, de stimuler votre circulation sanguine, de faire disparaître l'accumulation de sébum et de bactéries ce qui contribue à diminuer le risque de contamination de votre plaie opératoire. Vous serez également plusieurs jours sans pouvoir prendre un bain ou une douche après votre chirurgie.

Le séjour à l'hôpital

Dans les heures qui suivent l'admission, toute personne hospitalisée doit subir des examens dits de routine, ce sont habituellement: une prise de sang et une analyse d'urine et si vous avez 40 ans et plus, une radiographie pulmonaire et un électrocardiogramme complètent l'investigation. Votre infirmier(e) prendra votre température, votre pression artérielle, votre pouls et votre poids puis elle passera à la préparation de la région à opérer, soit le rasage.

Tout au long de votre séjour à l'hôpital, un programme d'enseignement vous sera proposé. Ce programme a été spécialement conçu à votre intention et vous permettra d'obtenir des réponses à vos questions concernant tout ce qui entoure votre chirurgie.

Nous vous invitons à faire connaître vos besoins au personnel infirmier qui se fera un plaisir de vous répondre tant de jour, de soir que de nuit.

VOCABULAIRE

ENDOMETRE:

Fine membrane qui tapisse l'intérieur de l'utérus et qui est rejetée à chaque menstruation.

ENDOMÉTRIOSE:

Lésion bénigne caractérisée par la présence de tissus endométrial, siégeant au niveau de l'utérus et des organes pelviens (trompe, ligament large, ovaire, etc). Tout comme la muqueuse de l'utérus, les cellules répondent à la stimulation hormonale des ovaires et, au moment des menstruations, elles saignent. Ces hémorragies qui n'ont généralement pas d'issue, restent emprisonnées et irritent les tissus, provoquent la douleur et la formation de kystes.

FIBROMYOMES UTÉRINS:

Selon leur volume et leur localisation, ils sont responsables de saignements utérins, de douleurs pelviennes et même d'infertilité. Lésion bénigne bien limitée qui ne récidive pas après l'opération.

HYSTÉRECTOMIE:

Consiste à enlever l'utérus par voie abdominale ou vaginale.

MÉNOPAUSE:

Arrêt de la fonction ovarienne se produisant vers la cinquantaine et après lequel, il n'y a plus d'ovulation, de fécondation et de menstruation.

ANNEXE 2.7

DÉROULEMENT DE LA SEMAINE OPÉRATOIRE

DEROULEMENT DE LA SEMAINE OPERATOIRE

La veille de l'opération	Journée de l'opération	1er jour après l'opération	2ème jour après l'opération	3è, 4è, 5è jours après l'opération	Journée du départ
Présentation du programme d'enseignement	A jeûn	Diète liquide	Diète légère	Diète ordinaire	Prescriptions médicales
Température	Signes vitaux	Bain au lit	Toilette au lavabo avec aide	Toilette au lavabo	
Signes vitaux	Toilette partielle	Premier lever	Exercices respiratoires	Lavement (au besoin)	
Poids- Allergie	Enlever prothèses, objets métalliques et maquillage	Pratiquer exercices respiratoires	- respirations profondes	Exercices respiratoires	
Formule de consentement	Installation de la sonde	- respirations profondes	- tousser et cracher	Exercices musculaires	
Test d'urine	Prémédication	- tousser et cracher	- inspirex	Marche	
Prise de sang	Salle d'opération	- inspirex	Exercices musculaires	Enlèvement des agrafes	
40 ans et plus	Salle de réveil	Exercices musculaires	- jambes et pieds	Conseils pour la convalescence	
- Rx pulmonaire	Retour à votre chambre	- bras et épaules	- bras et épaules		
- Electrocardiogramme	Toilette partielle par les infirmiers(es)	Changement de position	Changement de position		
Préparation physique	Signes vitaux	- Dulcolax	- lait de magnésie et cascara a.m.		
- rasage	Exercices respiratoires		- petit lavement en p.m.		
- lavement	- respirations profondes				
Visite de l'anesthésiste	- tousser et cracher				
Somnifère au coucher	Exercices musculaires				
A jeûn à partir de minuit	jambes et bras				
- pas de liquide					
- pas de nourriture					
- pas de fumage					

TOUT AU LONG DE VOTRE HOSPITALISATION, LE PERSONNEL EST DISPONIBLE POUR REpondre A VOS QUESTIONS

ANNEXE 2.8

FEUILLET: LA MÉNOPAUSE

LA MÉNOPAUSE

Si vous avez subi une ovariectomie totale ou si vous êtes parvenue à l'âge de la ménopause, voici quelques informations utiles.

Le présent feuillet vous expliquera brièvement ce qu'est la ménopause, ses manifestations et les principaux moyens actuellement disponibles pour diminuer les malaises qui l'accompagnent.

La ménopause (souvent appelée retour d'âge), est l'arrêt de la fonction ovarienne (naturelle ou chirurgicale) après lequel il n'y a plus d'ovulation, de fécondation et de menstruation.

Quelle soit naturelle ou chirurgicale la ménopause amène avec elle quelques manifestations gênantes dues au changement dans la production d'hormones.

N.B.: Tous ces symptômes gênants, mais sans gravité, ne sont pas ressentis par toutes les femmes. La plupart des femmes sont cependant susceptibles d'éprouver l'un ou l'autre de ces troubles, pas toutes de la même façon, ni avec la même intensité.

Les principaux symptômes sont: bouffées de chaleur, baisse de la vision, fatigue, tendance à l'embonpoint, nervosité, anxiété, hypertension artérielle et tardivement: l'ostéoporose (dégradation de la qualité des os qui deviennent plus exposés aux fractures) et une perte d'élasticité des tissus génitaux urinaires (vagin, vessie) qui occasionne différents troubles.

Il est possible d'atténuer les signes et symptômes de plusieurs manières. Que vous viviez une ménopause naturelle ou chirurgicale, vous devez vous attendre à éprouver certains troubles physiques que vous pourrez, en majorité, surmonter sans complication majeure.

Il existe actuellement plusieurs écoles de pensées face aux traitements des symptômes de la ménopause. Dépendant de la gravité de vos malaises, de votre âge et de la philosophie de votre médecin, différentes solutions pourront vous être proposées:

1. traitement aux hormones
2. les alternatives à l'hormonothérapie, solutions dites naturelles

Nous allons d'abord parler du traitement aux hormones et ensuite des autres solutions.

Hormonothérapie:

L'hormonothérapie consiste à donner sous forme de médication des hormones féminines, principalement des oestrogènes, pour remplacer la sécrétion naturelle des ovaires.

Le traitement aux hormones (oestrogène) est indiqué:

- comme thérapie de remplacement après une ovariectomie (ablation chirurgicale des ovaires)
- comme traitement à court terme lorsque les bouffées de chaleur sont sévères
- comme traitement des symptômes génitaux et urinaires graves
- comme complément au traitement de l'ostéoporose (fragilité osseuse)

Il peut être déconseillé de prendre des oestrogènes pour les femmes porteuses de:

- maladie cardio-vasculaire
- cancer du sein, des organes reproducteurs ou de la peau
- maladie du foie
- hypertension artérielle
- problèmes rénaux

discutez-en avec votre médecin.

Si vous suivez un traitement aux hormones, il est important:

- de passer un examen physique et gynécologique complet;
- d'être suivie régulièrement par votre médecin;
- de rapporter à votre médecin tout signe de maux de tête, de douleurs aux jambes et autres problèmes apparaissant à la suite de la prise d'hormones;
- de prendre régulièrement vos hormones parce que si vous cessez brusquement, les symptômes réapparaîtront;
- de savoir quelle sorte d'hormone votre médecin vous a prescrite (hormones seulement ou combinées à un tranquilisant ou un autre médicament).

Alternatives ou solutions dites naturelles

Si pour quelques raisons que ce soit vous ne pouvez pas ou ne voulez pas prendre des hormones, il existe des moyens pour soulager les malaises liés à la ménopause.

Ces moyens ont été expérimentés par des femmes et ils se sont avérés utiles. C'est à vous de les adapter à vos besoins.

Voici quelques moyens pouvant vous aider à contrôler:

- les bouffées de chaleur: porter des vêtements amples, pratiquer la relaxation au moment des crises, adopter une attitude positive

devant ce problème (acceptation), en parler avec vos proches, prendre des bains ou douches successivement chauds et froids. On reconnaît également un certain effet au ginseng et à la vitamine E.

- la sécheresse vaginale: pour la prévenir, on conseille de maintenir une activité sexuelle régulière et consommer de la vitamine E sous forme de comprimés ou d'ovules vaginales.

- l'ostéoporose: une consommation adéquate de calcium est la mesure préventive par excellence. Produits laitiers, suppléments de calcium en comprimés, associés à un maintien de la condition physique par l'exercice, contribuent à minimiser les risques d'ostéoporose.

- autres malaises: les médecines douces peuvent aider dans les cas de nervosité, fatigue etc. L'acupuncture, la manuponcture, le shiatsu, la réflexologie, l'auriculothérapie sont les principales. Faites votre choix selon vos intérêts personnels.

Le sujet est vaste et il existe actuellement des opinions très variées sur le traitement de la ménopause. Ne vous étonnez donc pas de recevoir des conseils qui vous semblent contradictoires.

Il existe des organismes qui s'occupent principalement d'informer et d'aider les femmes à faire un choix (CLSC, Centre de planification familiale).

Discutez-en avec votre médecin et quelles que soient les solutions qui vous seront proposées, rappelez-vous que vous avez droit à une information complète sur les avantages et les risques et que c'est à vous de prendre la décision finale concernant le choix du traitement.

Direction des soins infirmiers
Centre hospitalier Jonquière
Mars 1985 Tous droits réservés

ANNEXE 2.9

VOTRE CONVALESCENCE APRÈS UNE HYSTÉRECTOMIE

Par la Direction des Soins Infirmiers
Centre Hospitalier Jonquière
Mars 1985 Tous droits réservés

Cette brochure est un résumé des principales informations pouvant vous être utiles pendant votre convalescence. Nous vous invitons à la lire attentivement pour ensuite discuter avec votre infirmier(re) ou votre médecin des sujets qui vous préoccupent plus particulièrement.

A votre départ de l'hôpital conservez cette brochure, elle vous servira de guide lors de votre convalescence. Nous vous souhaitons un prompt retour à la santé.

Conseils généraux

De retour à votre domicile, il demeure important de maintenir une bonne respiration en cessant ou en diminuant de fumer. Si vous avez des difficultés respiratoires, poursuivez vous exercices respiratoires pratiqués à l'hôpital.

Une bonne alimentation, riche en protéines, en fer, en vitamine C et abondante en liquide est indispensable à votre rétablissement.

Faites-vous un devoir de bien vous reposer et de bien vous détendre. Ajoutez à cela un retour rapide à vos habitudes vestimentaires et à quelques activités de loisirs; ainsi votre convalescence sera plus agréable et plus efficace.

Au départ, votre médecin vous prescrira des calmants. Nous vous recommandons de respecter l'ordonnance selon vos besoins. Si vous remarquez que cette médication ne vous soulage pas, contactez votre médecin.

Cependant, si vos douleurs diminuent, vous devez espacer la médication (ex: médicament prescrit aux 4 heures, vous pouvez le prendre au besoin, tel aux 6-8 heures ou plus selon votre condition).

Elimination

Pour faciliter une bonne cicatrisation de votre plaie interne, il est très très important d'éviter la constipation pour une période de 40 jours.

Nous vous recommandons d'observer les conseils suivants:

- Boire beaucoup d'eau (6 à 8 verres par jour)
- Consommer des aliments riches en fibre (demander une feuille de diète au personnel infirmier)
- Pratiquer régulièrement la marche et les exercices recommandés
- Etablir un horaire régulier pour l'évacuation intestinale et prendre le temps nécessaire sont deux (2) facteurs importants. De la lecture peut favoriser la détente.

Pour les quatre (4) premières semaines:

Pour prévenir douleur, tension au niveau de votre plaie et permettre votre rétablissement progressif, nous vous suggérons de:

- Eviter de forcer ou de soulever des objets quel que soit leur poids, ne pas soulever les enfants.
- Limiter la station debout prolongée (qui occasionne une congestion au bas du ventre et peut causer des douleurs et de légers saignements)
- Préparer les repas en position assise
- Eviter de monter trop d'escaliers (utiliser les marches avec modération)
- Il est normal que les trois (3) premiers mois vous ayez un "gros ventre". Attendre de rendre visite à votre chirurgien avant de commencer des exercices physiques en vue de "baisser" votre ventre
- Prendre des marches à l'extérieur est très recommandé
- Faire une brève promenade en automobile
- Faire des exercices de détente

Après les quatre (4) premières semaines:

- Augmenter graduellement vos activités
- Conduire votre automobile
- La baignade dans les piscines ou les cours d'eau naturels est permise après un (1) mois. Attendre cependant deux (2) mois avant de nager.
- La bicyclette, après trois (3) mois
- Le tennis, après trois (3) mois
- Le golf, après deux (2) mois, si vous ne portez pas les bâtons
- Le ski de fond, après deux (2) mois (sans escalader cependant)
- Le ski alpin, après trois (3) mois
- Eviter le travail pendant les 40 premiers jours après l'opération

N.B.: Vous devez prendre quatre semaines de convalescence; de VRAIE CONVALESCENCE, et quatre autres semaines, pendant lesquelles vous reprendrez progressivement vos activités habituelles.

Il ne faut rien faire durant les quatre premières semaines, ne rien faire d'autre que de se reposer et marcher au grand air.

Devant la limitation de vos activités, vous devez commencer à réfléchir sur la possibilité de faire participer vos proches à votre rétablissement:

- Partage des tâches à la maison
- Support psychologique (vous serez plus émotive, vous aurez besoin de support, d'encouragement)

Pour mieux vivre votre convalescence, il est prioritaire que vous preniez conscience dès maintenant que vous avez besoin d'aide.

Soins de la plaie

Pour protéger votre plaie opératoire contre l'infection vous devez:

1. Respecter quotidiennement les mesures d'hygiène et de propreté.
2. Garder votre pansement propre et signaler tout écoulement abondant et/ou odorant.
3. Eviter toute compression au niveau de la plaie en portant des vêtements propres, amples et confortables.
4. Consulter votre médecin si vous ressentez une douleur vive, une sensibilité aigüe, vous remarquez un écoulement jaune verdâtre, une rougeur, de la chaleur, une enflure importante au niveau de la plaie ou que votre température est élevée.
5. Plaie vaginale: durant les premières semaines vous pouvez vous attendre à avoir quelques pertes vaginales avec un peu de sang et/ou des sécrétions jaunes - blanches.

N.B.: Si vous avez des pertes rouges aussi abondantes qu'une menstruation, ou que vos pertes ont une couleur jaune verdâtre et dégagent une odeur désagréable, consultez votre médecin.

Douche et bain

Nous vous conseillons les soins d'hygiène au lavabo au cours de la première semaine qui suit l'opération. Vous pouvez prendre une douche en protégeant temporairement votre pansement et votre plaie avec un plastique (saran-wrap, etc.)

La deuxième semaine, une fois votre pansement enlevé, prenez votre douche en évitant de frotter au niveau de la plaie jusqu'à ce que celle-ci soit complètement fermée.

Vous pouvez prendre un bain dès la troisième semaine. Vous lavez votre plaie avec de l'eau et du savon et vous asséchez sans frotter.

N.B.: Votre cicatrice ne requiert aucun soin particulier si ce n'est que l'hygiène normale.

Autres informations utiles

Votre hystérectomie nous amènera à vous poser des questions. Vous vivez peut-être ce que l'on appelle une "crise d'identité", c'est-à-dire redéfinir vos rôles de femme, de mère et d'épouse. Rappelez-vous que cette période d'incertitude et de questionnement est passagère.

La perte de votre utérus modifiera l'image que vous avez de votre corps. Ce que vous vivez face à votre chirurgie vous est unique. Il est très important d'échanger avec vos proches (conjoint, parents ou amis), cela vous aidera à mieux traverser cette période.

Conseils concernant l'activité sexuelle

Pas de relation sexuelle avec pénétration pour une période de 40 jours pour laisser le temps à la plaie vaginale de guérir. Ceci n'exclut pas les échanges sexuels sans pénétration et vous pourriez prendre avantage de ce temps pour redécouvrir et explorer bien d'autres façons satisfaisantes de faire l'amour.

Après l'hystérectomie, vous ne devriez pas ressentir de douleur au moment du coït (de la pénétration). Si cela survenait, consultez votre médecin pour en connaître la cause. Rappelez-vous que si des difficultés ou des changements apparaissent à la suite de l'hystérectomie, ils peuvent être surmontés et ne devraient pas représenter un obstacle majeur à une pleine satisfaction. Par contre, l'anxiété qui peut se développer à partir d'images négatives, d'idées erronées ou d'une mauvaise communication avec votre partenaire, nuira sûrement elle, à vos relations. Si vous vous sentez déprimée, vous risquez aussi de perdre intérêt à la sexualité. Il importe donc de chercher les véritables causes des problèmes rencontrés s'il y a lieu, et de ne pas céder à la tentation de tout mettre sur le compte de l'hystérectomie. Le plus rapidement vous clarifierez la situation, le plus rapidement votre vie sexuelle deviendra ou redeviendra satisfaisante.

Pour toutes les femmes, l'hystérectomie marque une étape très importante dans sa vie. Vous pouvez vous sentir déprimée et incapable d'expliquer votre comportement. Au besoin, n'hésitez pas à en parler et à consulter à ce sujet. Référer à votre index des ressources.

Visite médicale

Dès votre retour à domicile, communiquez par téléphone avec le centre de rendez-vous de l'hôpital de Jonquière (542-7567) afin de prendre rendez-vous:

1. Pour faire enlever vos points de suture (si cela s'applique) à la date indiquée sur la feuille qu'on vous a remise à l'hôpital.
2. Pour revoir votre médecin vers la quatrième semaine ou les 40 jours qui suivent votre départ de l'hôpital. Il vérifiera votre rétablissement et discutera avec vous de la pertinence de la prise d'hormone.

Bonne convalescence

L'équipe des soins infirmiers
du Centre hospitalier Jonquière

- Institut Roland Saucier
Chicoutimi-Nord
Jonquière 549-5474
547-5791
- Jonquière-Médecin de 8h00 à minuit 542-8111
- Police de Jonquière 542-8111
547-2121
- Service de relève, support
moral, visite à domicile, groupe
d'entraide 543-6639
- Télé-Secours (téléphone secours) 542-2121
545-2112
- Urgence sociale 543-3006

Aide aux femmes

- Aide aux femmes en difficulté ou
ou violentées 548-6870
549-9266
- Centre amical de la Baie (24 hres/
jr) (Hébergement des femmes et
des enfants) 544-4626
- Centre féminin du Saguenay 24 hres/
jr (Hébergement des femmes et des
enfants) 549-4343
- Viol, soins et services 545-6444

Si vous demeurez hors de la région du Saguenay, vous pouvez référer au CSS et au CLSC de votre localité: ils sont également qualifiés pour vous ren-

INDEX DES RESSOURCES

Si vous avez besoin d'aide vous pouvez consulter les ressources locales et régionales suivantes:

Gynécologues de Jonquière

- Bolduc Dr. Serge, Ob. Gynécologue 547-9364
2229 de l'hôpital, Jonquière 547-9378
- Dumont Dr. Paul, Ob. Gynécologue 548-3822
2245 Liri, Arvida
- Larochelle, Dr. André, Ob. Gynécologue 547-9364
2229 de l'hôpital, Jonquière

Services communautaires

- Ambulance Jonquière 542-2626
- CLSC, Saguenay-Nord 545-1575
- Centre de planification familiale 548-4783
1841, rue Deschesne, Jonquière
- Centre des services sociaux
Jonquière 547-5773
Chicoutimi 549-3254
- Clinique externe et centre de
rendez-vous Jonquière 542-7567
- Hôpital de Chicoutimi 549-2195
- Hôpital de Jonquière 547-3651

ANNEXE 2.10

DIAPORAMA: INFORMATION SUR L'HYSTÉRECTOMIE

DIAPORAMA (1)

Ce diaporama vous présente quelques informations concernant votre hystérectomie

Ces connaissances vous aideront à mieux comprendre votre opération et faciliteront votre rétablissement

A l'aide d'un schéma, voyons un peu l'anatomie des organes génitaux féminins

Les ovaires sont des glandes où se forment les oeufs ou ovules. C'est aussi par les ovaires que sont produites les hormones

Les trompes de Fallope sont deux petits conduits membraneux placés de chaque côté de l'utérus. Elles servent à acheminer les ovules à maturité, à partir des ovaires vers l'utérus

L'utérus est un organe musculaire creux ayant la forme d'une poire. L'utérus sert à recevoir l'ovule fécondé et est le siège du développement du fœtus pendant la grossesse. Il est également le siège de la menstruation

Le vagin est un canal où aboutit le col de l'utérus et qui s'ouvre dans la vulve. C'est aussi l'organe de la copulation, c'est-à-dire qu'il permet la pénétration durant l'acte sexuel

Maintenant, à l'aide d'une coupe transversale, on peut situer les organes suivants

La vessie est un sac musculaire où s'accumule l'urine. Elle est située en avant de l'utérus et communique avec l'extérieur par le canal de l'urètre pour aboutir au méat urinaire

Le rectum est la dernière partie du gros intestin qui aboutit à l'anus. Il est situé derrière l'utérus

Le clitoris est un petit organe érectile, qui se gonfle et est situé en avant du méat urinaire. Il est responsable en grande partie du plaisir sexuel chez la femme

Après avoir situé les organes génitaux, nous allons voir comment fonctionne le cycle menstruel

Le cycle reproducteur féminin est contrôlé par le cerveau au moyen d'une glande appelée hypophyse

Située à la base du cerveau, l'hypophyse est stimulée par le cerveau pour libérer certaines hormones lesquelles, à leur tour, stimulent les ovaires

Les ovaires, contrôlés par les hormones de l'hypophyse, exercent certaines fonctions spécifiques comme:

- produire des ovules
- sécréter l'oestrogène et la progestérone qui sont les hormones sexuelles féminines

DIAPORAMA (2)

Ces hormones sexuelles féminines contrôlent le développement des seins et d'autres caractéristiques féminines, le cycle menstruel, la préparation et l'entretien de la grossesse

Durant les premiers jours du cycle menstruel, l'oestrogène favorise la maturation de l'oeuf et l'épaississement de la muqueuse de l'utérus pour recevoir l'oeuf fécondé

S'il n'y a pas de fécondation, sous l'effet de la progestérone, la muqueuse épaissie, se détériore et la menstruation a lieu quand le sang et la muqueuse sont évacués par le vagin

Certains problèmes peuvent entraver le fonctionnement normal de ces organes et nécessiter une intervention chirurgicale

Voici les plus fréquemment rencontrés:

Les saignements utérins anormaux, les fibromyomes ou fibromes utérins, l'endométriose, la perte de support pelvien et les lésions malignes au niveau des organes génitaux féminins.

Face à ces problèmes, quand les autres traitements médicaux se sont avérés inefficaces, on conseille une intervention chirurgicale qui est l'hystérectomie ou plus couramment appelée "la grande opération"

L'hystérectomie consiste à enlever l'utérus communément appelé la matrice. Les trompes et les ovaires restent en place. Les trompes sont attachées et coupées; les ligaments qui entourent l'utérus sont également coupés. L'utérus est détaché de la partie supérieure du vagin et est retiré de l'abdomen. Le fond du vagin est refermé avec un fil qui fond par lui-même dans les trois mois qui suivent l'intervention

L'hystérectomie avec salpingo-ovariectomie droite ou gauche, consiste à enlever l'utérus avec une trompe et un ovaire soit le droit ou le gauche

L'hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale consiste à enlever l'utérus avec les deux trompes et les deux ovaires

L'hystérectomie peut se faire selon deux approches:

Le plus fréquemment, on procède par voie abdominale, c'est-à-dire par une incision sur l'abdomen. Cette incision est habituellement transversale à la partie inférieure de l'abdomen. On l'appelle aussi coupe bikini.

Parfois, il peut être nécessaire de procéder par une incision médiane, c'est-à-dire entre l'ombilic et le pubis

DIAPORAMA (3)

L'hystérectomie peut également être pratiquée par voie vaginale, c'est-à-dire par le vagin appelée aussi "voie naturelle". La technique est un peu différente mais ressemble à la technique abdominale

Un drain abdominal peut être laissé en place lors de l'opération. C'est un petit tube de caoutchouc souple, placé entre les agrafes de votre plaie afin de permettre au sang qui pourrait suinter de s'écouler hors de la cavité abdominale. Le drain est retiré par l'infirmière au moment où elle change le pansement.

Certains médecins laissent également un drain vaginal entre les points au fond du vagin. Votre médecin l'enlèvera lors de sa visite le lendemain de l'opération.

Les agrafes qui ferment la plaie abdominale sont habituellement enlevées avant que vous quittiez l'hôpital soit vers le 5^e jour après l'opération pour la coupe bikini et vers le 7^e jour pour la coupe verticale

Quelles sont les conséquences sur votre organisme des différents types de chirurgie?

Lorsque l'utérus est enlevé, la muqueuse interne de l'utérus ne peut plus participer au phénomène de la menstruation. Il y a donc arrêt définitif de la menstruation. L'utérus étant également nécessaire au développement du fœtus, la grossesse sera donc impossible

En résumé: Pas de menstruation
Pas de grossesse possible

Cependant, si vous conservez vos ovaires en partie ou en totalité (un ou deux), ceux-ci vont continuer à produire des hormones même s'il n'y a plus de menstruation. Vous pourrez donc ressentir les mêmes symptômes qui accompagnent habituellement votre cycle menstruel

Par ailleurs, l'ablation de l'utérus, des trompes et des deux ovaires, en plus d'amener l'arrêt définitif des menstruations et la stérilité permanente, provoque également une "ménopause dite chirurgicale". Une fois enlevés, les ovaires ne peuvent plus fournir à l'organisme les hormones qu'ils sécrètent

RÉSUMONS:

Les organes génitaux féminins sont:

- les ovaires
- les trompes de Fallope
- l'utérus
- le vagin

La vessie et le rectum sont situés respectivement en avant et en arrière de l'utérus.

Le cycle menstruel est contrôlé par le cerveau, qui stimule l'hypophyse qui à son tour, stimule les ovaires à produire des hormones

DIAPORAMA (4)

Ces hormones permettent le développement de l'ovule et prépare l'utérus à recevoir l'oeuf fécondé. S'il n'y a pas de fécondation, c'est la menstruation

Plusieurs problèmes peuvent entraver le fonctionnement de ces organes:

- les ménorragies et métrorragies
- les fibromes utérins
- l'endométriose
- la perte du support pelvien
- les lésions malignes

L'hystérectomie consiste à enlever l'utérus, c'est l'hystérectomie simple

L'hystérectomie avec salpingo-ovariectomie est l'ablation de l'utérus, d'une trompe et d'un ovaire soit à droite, soit à gauche, soit des deux côtés

L'opération peut se faire selon deux approches:

- l'hystérectomie abdominale
- l'hystérectomie vaginale

L'hystérectomie simple provoque un arrêt définitif des menstruations et la grossesse est impossible. S'il reste un ou les deux ovaires, ceux-ci vont continuer à produire des hormones

Si les deux ovaires sont enlevés, il y aura ménopause chirurgicale

Nous espérons que ces informations vous ont permis de clarifier certains points concernant votre opération. Si d'autres ambiguïtés persistent, nous vous invitons à en discuter avec le personnel infirmier de votre unité de soins

Bon séjour parmi nous!

ANNEXE 2.11

**VIDÉO: LES EXERCICES RESPIRATOIRES
ET MUSCULAIRES APRÈS UNE CHIRURGIE**

VIDEO (1)

Exercices respiratoires et musculaires

Ce vidéo vous présente des moyens simples et à votre portée pour faciliter votre rétablissement postopératoire en maintenant dans les meilleures conditions possibles votre respiration, votre circulation sanguine, votre musculature et toutes les autres fonctions de votre corps.

Nous verrons tout d'abord les exercices respiratoires appropriés et dans un deuxième temps, les effets de la mobilisation et de la bonne posture dans le processus de rétablissement.

La respiration permet de fournir à l'organisme tout l'oxygène dont il a besoin pour nourrir les organes. C'est une fonction importante au maintien de la vie.

L'anesthésie irrite la muqueuse des voies respiratoires ce qui a pour effet d'augmenter les sécrétions. De plus, l'anesthésie et la médication calmante a pour effet de diminuer l'amplitude respiratoire. Il devient donc important de stimuler la respiration, après votre opération pour éliminer les sécrétions qui s'accumulent.

Pour les fumeurs:

La fumée de cigarette paralyse les cils de vos bronches ce qui empêche les sécrétions d'être éliminées.

Il serait souhaitable de cesser de fumer ou tout au moins de diminuer avant l'intervention. Nous vous conseillons de ne pas fumer à partir de minuit la veille et le matin de l'opération et au moins douze (12) heures après l'intervention.

Pour vous aider à maintenir une bonne respiration nous allons d'abord vous démontrer des exercices respiratoires que vous allez pratiquer par la suite.

Premier exercice: La respiration profonde

- Installez-vous en position assise ou semi-assise, ceci permet une expansion pulmonaire maximale
- Posez les mains entrecroisées sur votre plaie opératoire
- Inspirez lentement et profondément par le nez.(comptez jusqu'à 5)
- Retenez votre inspiration pendant 5 secondes

VIDEO (2)
Exercices respiratoires et musculaires

- Expirez lentement et entièrement l'air de vos poumons par la bouche
- Reposez-vous

Maintenant nous allons recommencer et vous allez le faire avec nous.

- Installez-vous en position assise ou semi-assise, ceci permet une expansion pulmonaire maximale
- Posez les mains entrecroisées sur votre plaie opératoire
- Inspirez lentement et profondément par le nez. (comptez jusqu'à 5)
- Retenez votre inspiration pendant 5 secondes
- Expirez lentement et entièrement l'air de vos poumons par la bouche
- Reposez-vous

Cet exercice doit être pratiqué, au retour de la salle d'opération, lors des périodes d'éveil et à toutes les heures pendant 3 à 4 minutes au cours des jours suivants.

Deuxième exercice: La toux et expectoration

- Placez-vous en position assise, les genoux fléchis afin de diminuer la tension des muscles de votre ventre. Penchez-vous un peu en avant
- Entrecroisez les doigts et placez les mains sur votre plaie afin de réduire la douleur et de ne pas forcer votre plaie. Vous pouvez prendre un oreiller ou un drap tendu pour appuyer sur votre plaie.
- Prenez deux grandes respirations. Ensuite, inspirez profondément et au moment d'expirer, faites l'effort de tousser 1 ou 2 fois. Ceci facilite l'élimination des sécrétions des poumons.
- Ces efforts sont courts mais profonds. Crachez les sécrétions épaisses des bronches dans un papier mouchoir.
- Si le premier essai de toux n'a pas réussi, vous devez vous reposer quelques instants et recommencer par la suite.

Exercices respiratoires et musculaires

Maintenant nous allons répéter et vous le faites avec nous.

- Placez-vous en position assise, les genoux fléchis afin de diminuer la tension des muscles de votre ventre. Penchez-vous un peu en avant.
- Entrecroisez les doigts et placez les mains sur votre plaie afin de réduire la douleur et de ne pas forcer votre plaie. Vous pouvez prendre un oreiller ou un drap tendu pour appuyer sur votre plaie.
- Prenez deux grandes respirations. Ensuite, inspirez profondément et au moment d'expirer, faites l'effort de tousser 1 ou 2 fois. Ceci facilite l'élimination des sécrétions des poumons.
- Ces efforts sont courts mais profonds. Crachez les sécrétions épaisses des bronches dans un papier mouchoir.
- Si le premier essai de toux n'a pas réussi, vous devez vous reposer quelques instants et recommencer par la suite.

Cet exercice doit être pratiqué au retour de la salle d'opération, aux périodes d'éveil, et plus souvent si vos voies respiratoires sont embarrassées.

Le lendemain et les jours suivants, cet exercice doit être pratiqué une fois à toutes les heures.

Le troisième exercice se pratique à l'aide d'un appareil appelé Inspirex.

Cet appareil est formé d'une plaque sur laquelle on retrouve un bouton pour ajuster la quantité d'air. Cette plaque est surmontée d'un tube auquel se rattache un tube buccal.

A l'intérieur du tube cylindrique se trouve une bille qui se soulève lorsque vous inspirez. Ce procédé vous permet de voir et de mesurer vos débits d'inspiration.

Il faut maintenir l'appareil en position verticale durant l'exercice. Vous pouvez l'installer sur la table de chevet

- Prenez le tube buccal dans vos mains

VIDEO (4)
Exercices respiratoires et musculaires

- Commencez par une expiration forcée sans le tube buccal
- Ensuite, portez le tube buccal dans la bouche de façon à ce qu'il n'y ait pas de fuite d'air
- Inspirez dans l'appareil de manière à monter la bille à sa hauteur maximum. Continuez à inspirer pendant au moins 2 secondes: compter 1-2.
- Enlevez la pièce buccale de votre bouche et faites une expiration forcée
- Reposez-vous

Augmentez graduellement l'ouverture avec le bouton situé à la base de l'appareil. Plus l'ouverture est grande plus l'inspiration doit être profonde.

Nous allons maintenant répéter l'exercice. Nous vous invitons à observer attentivement pour être en mesure de pratiquer vous-même avec votre appareil, s'il vous est fourni.

- Prenez le tube buccal dans vos mains
- Commencez par une expiration forcée sans le tube buccal
- Ensuite, portez le tube buccal dans la bouche de façon à ce qu'il n'y ait pas de fuite d'air
- Inspirez dans l'appareil de manière à monter la bille à sa hauteur maximum. Continuer à inspirer pendant au moins 2 secondes: compter 1-2.
- Enlevez la pièce buccale de votre bouche et faites une expiration forcée
- Reposez-vous

Augmentez graduellement l'ouverture avec le bouton situé à la base de l'appareil. Plus l'ouverture est grande plus l'inspiration doit être profonde.

Cet exercice doit être pratiqué dès le soir de l'opération si vous êtes embarrassé et aux cours des jours suivants: 5 minutes à toutes les heures.

VIDEO (5)

Exercices respiratoires et musculaires

Afin d'être en mesure de bien effectuer ces exercices respiratoires après l'opération, nous vous conseillons de les pratiquer encore à votre chambre d'ici votre opération.

Après votre intervention chirurgicale, le personnel infirmier de votre unité de soins vous apportera également aide et support pour vous aider à faire vos exercices.

Vous avez maintenant en mains les outils nécessaires pour assurer le maintien de votre fonction respiratoire.

VIDEO (6)
Exercices respiratoires et musculaires

Dans cette deuxième partie nous vous démontrerons les exercices nécessaires au maintien de la mobilisation dans le but de prévenir les complications.

Il est important de rappeler que la mobilisation améliore la circulation sanguine, stimule l'appétit, favorise l'élimination intestinale et procure une sensation de détente et d'équilibre.

Voici les exercices à pratiquer:

Premier exercice: Changement de position

- Lorsque vous êtes couchée sur le dos, vous devez pour vous tourner sur le côté gauche:
 - . plier le genou droit
 - . saisir le côté du lit gauche avec la main droite
 - . appuyer fortement la plante du pied droit sur le lit et poussez de façon à rouler doucement sur le côté gauche
 - . soulever et reculez votre siège vers le milieu du lit
- Pour revenir sur le dos:
 - . plier le genou gauche
 - . appuyer solidement la main gauche sur le bord du lit ou sur le côté du lit gauche
 - . pousser à l'aide de la main gauche de façon à retourner doucement sur le dos
 - . ramener votre siège au centre du lit

Nous allons maintenant répéter l'exercice en tournant sur le côté droit.

Observez attentivement pour être en mesure de le pratiquer à votre lit.

- Pliez le genou gauche
- Saisissez le côté du lit droit avec la main gauche

VIDEO (7)
Exercices respiratoires et musculaires

- Poussez le pied de façon à rouler sur le côté droit
- Soulevez et reculez votre siège vers le milieu du lit

Vous ressentirez moins de douleur si vous changez de position vous-même. Si vous avez besoin d'aide, le personnel peut vous aider.

Même si vous avez un soluté, il est important de changer de position fréquemment à un rythme d'au moins une fois aux 2 heures, jusqu'à ce que vous vous leviez à volonté.

Deuxième série: Exercices musculaires et articulaires

Mobilisation des pieds

- Couché sur le dos, vous poussez les orteils le plus loin possible vers le pied du lit. Repos.
- Pointez les orteils vers le menton. Repos.
- Faites cet exercice lentement au moins cinq (5) fois aux deux (2) heures en maintenant une bonne contraction musculaire dans les jambes.

Reprenons l'exercice ensemble.

- Poussez les orteils le plus loin possible vers le pied du lit. Repos.
- Pointez les orteils vers le menton. Repos.
- Faites cet exercice lentement au moins 5 fois aux 2 heures en maintenant une bonne contraction musculaire dans les jambes.

Mobilisation des chevilles

- Une jambe à la fois, légèrement élevée, décrivez des demi-cercles à l'aide de vos chevilles: de droite à gauche, puis de gauche à droite.
- Répétez environ 5 fois aux 2 heures.

Reprenons l'exercice ensemble

VIDEO (8)
Exercices respiratoires et musculaires

- Une jambe à la fois, légèrement élevée, décrivez des demi-cercles à l'aide de vos chevilles: de droite à gauche, puis de gauche à droite.
- Répétez environ 5 fois aux 2 heures.

Mobilisation des jambes

- Premier mouvement:
 - . pliez le genou droit de façon à supporter la jambe par la plante du pied
 - . descendez la jambe droite traînant le pied sur le lit. Repos
 - . faites le même exercice mais cette fois-ci avec la jambe gauche. Répétez environ 5 fois aux 2 heures
- Deuxième mouvement:
 - . poussez avec votre jambe ou écrasez un rouleau fait d'une serviette avec le creux de votre genou, sur le matelas maintenez 5 secondes, relâchez
 - . alternez une jambe, puis l'autre
 - . faites 10 fois chaque jambe aux 2 heures

Vous pouvez commencer à pratiquer avant l'intervention chirurgicale, environ 2 à 3 fois par jour.

Après l'opération, vous pratiquez les exercices dès le soir ou le lendemain et vous poursuivez jusqu'à ce que le marche soit devenue régulière.

La prochaine démonstration consiste à vous montrer comment vous lever dès le lendemain de l'opération.

"Le premier lever" est toujours un peu douloureux mais il demeure important de vous lever. Il ne faut pas avoir peur, votre plaie est solidement fermée, il n'y a pas de risque de déchirure. Le personnel infirmier vous assistera les premières fois.

VIDEO (9)
Exercices respiratoires et musculaires

Une fois votre tête de lit légèrement élevée:

- Pliez vos genoux, rapprochez-vous du bord du lit en vous aidant de vos bras et de vos talons.
- Tournez-vous sur le côté.
- Glissez doucement les jambes pendantes hors du lit.
- Asseyez-vous sur le bord du lit, en poussant contre le matelas avec le coude et la main droite ou gauche et de l'autre main soutenez votre plaie opératoire.
- Vous pouvez vous sentir étourdi; demeurez assis quelques minutes, jusqu'à ce que vos étourdissements disparaissent. Prenez des respirations profondes et bougez les orteils et les chevilles.
- Adoptez la position debout en vous tenant le plus droit possible et regardez devant vous.

Pour le retour au lit:

Votre tête de lit toujours légèrement élevée:

- Asseyez-vous confortablement sur le bord du lit.
- Placez vos talons sur le côté du lit et poussez votre siège au centre du lit.
- Couchez-vous sur le côté en fléchissant les genoux et en ramenant les jambes dans le lit.
- Tournez-vous progressivement sur le dos ou adoptez une autre position qui vous apparaît confortable.

Reprenons cette séquence et observez bien tous les mouvements.

- Pliez vos genoux, rapprochez-vous du bord du lit en vous aidant de vos bras et de vos talons.
- Tournez-vous sur le côté.
- Glissez doucement les jambes pendantes hors du lit.
- Asseyez-vous sur le bord du lit, en poussant contre le matelas avec le coude et la main droite ou gauche et de l'autre main soutenez votre plaie opératoire.

VIDEO (10)
Exercices respiratoires et musculaires

- Vous pouvez vous sentir étourdi; demeurez assis quelques minutes, jusqu'à ce que vos étourdissements disparaissent. Prenez des respirations profondes et bougez les orteils et les chevilles.
- Adoptez la position debout en vous tenant le plus droit possible et regardez devant vous.

Pour le retour au lit

- Asseyez-vous confortablement sur le bord du lit.
- Placez vos talons sur le côté du lit et poussez votre siège au centre du lit.
- Couchez-vous sur le côté en fléchissant les genoux et en ramenant les jambes dans le lit.
- Tournez-vous progressivement sur le dos ou adoptez une autre position qui vous apparaît confortable.

Un dernier exercice: La marche

A partir du premier jour postopératoire, vous êtes capable de vous lever et de marcher souvent. Augmenter la distance parcourue à chaque lever. Il est bon de déterminer un objectif, par exemple: chaque lever doit vous permettre de marcher 10 pas de plus.

Certaines positions ne sont pas recommandées après une opération. Nous vous déconseillons:

- La position assise ou couchée avec un oreiller sous les genoux.
- La position assise sur le bord du lit, les jambes pendantes, pour la période des repas.
- Les jambes croisées. (assise ou couchée)

Ces positions entravent ou diminuent la circulation au niveau des jambes.

La station debout et la position assise prolongée ne sont pas à conseiller.

Vous connaissez maintenant les exercices musculaires à pratiquer et leur importance pour votre rétablissement.

Exercices respiratoires et musculaires

Nous vous conseillons de les pratiquer selon la fréquence recommandée.

Vous pouvez demander de l'aide pour les premières fois. Cependant, aussitôt que cela vous sera possible, vous devrez vous lever et faire vos exercices seul. Vous gagnerez en autonomie et respecterez mieux votre rythme. Le personnel infirmier vous supportera dans vos efforts tout au long de votre séjour.

ANNEXE 3

DOCUMENTS DE FONCTIONNEMENT ET D'ÉVALUATION

ANNEXE 3.1

DOSSIER DE LA CLIENTE

DOSSIER DE LA CLIENTE

IDENTIFICATION

Date _____ Heure _____ Unité de soins _____

Nom _____ Prénom _____ No. dossier _____

Adresse _____ No. chambre _____

Langue parlée: ____ français ____ autre No. téléphone (rés) _____

écrite: ____ français ____ autre (bur) _____

Degré de scolarité: ____ primaire Poids _____

____ secondaire Taille _____

____ cegep Religion _____

____ université Fumez-vous? ____ oui ____ non

____ autre

Nom du chirurgien _____

ANNEXE 3.2

QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES FEMMES QUI VIENNENT À L'HÔPITAL POUR UNE HYSTÉRECTOMIE

QUESTIONNAIRE A L'INTENTION
DES FEMMES QUI VIENNENT A L'HOPITAL
POUR UNE "HYSTERECTOMIE"

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE
MAI 1985 TOUS DROITS RÉSERVÉS

QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES FEMMES QUI
VIENNENT A L'HOPITAL POUR UNE "HYSTERECTOMIE"

La présente brochure contient des questions qui sont souvent posées par les femmes hystérectomisées. Veuillez les lire et cocher celles dont vous aimeriez connaître la réponse. Si vous avez des questions supplémentaires, notez-les à la suite des autres. Vous voudrez peut-être une réponse à toutes les questions ou alors seulement à quelques-unes. N'hésitez pas à cocher toutes celles qui vous intéressent.

Pendant la durée de votre séjour à l'hôpital, le personnel infirmier pourra répondre à vos questions. Lorsque vous serez rentrée chez-vous, vous pourrez vous adresser à votre médecin ou à une autre ressource communautaire selon votre besoin.

Pour profiter pleinement de l'aide que l'équipe nursing est en mesure de vous apporter, nous vous demandons de laisser votre questionnaire sur votre table de chevet et d'exprimer vos besoins au moment de votre choix que ce soit de jour, de soir et/ou de nuit.

Nous vous demandons de prendre quelques minutes de plus pour évaluer votre degré de satisfaction face aux réponses que vous avez obtenues. Si vous avez obtenu une réponse, faites un crochet dans la case "réponse", et dans la case "satisfaction" notez l'appréciation de la réponse obtenue en inscrivant:

- 1 si la réponse vous a satisfaite en totalité
- 2 si la réponse vous a satisfaite en partie et
- 3 si la réponse ne vous a pas satisfaite du tout

Cette évaluation va nous permettre de réviser et d'améliorer, s'il y a lieu, le programme d'enseignement pour une meilleure qualité de service.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Bon séjour parmi nous!

1985-03-19

Je veux obtenir des explications sur:

7. ☐ les moyens de diminuer la soif dans les heures qui précèdent et suivent l'anesthésie
8. ☐ les aliments suggérés et ceux à éviter après une chirurgie
9. ☐ les moyens pour lutter contre les nausées
10. ☐ les raisons de l'installation d'une sonde vésicale à demeure avant une hystérectomie
11. ☐ les raisons d'un lavement évacuant avant la chirurgie
12. ☐ les moyens pour favoriser l'élimination des gaz et des selles après ma chirurgie
13. ☐ les exercices musculaires à pratiquer après ma chirurgie:
 - changer de position au lit
 - exercices des

pieds	
chevilles	
jambes	
 - premier lever
 - la marche

* demandez à visionner le vidéo
14. ☐ les positions à éviter

Réponse	Satisfaction
	+ — - 1-2-3

- * demandez la brochure: "Préparation à l'hystérectomie" et la feuille "Déroulement de la semaine opératoire".

Avez-vous des suggestions à nous faire et des commentaires à nous exprimer:

Je veux obtenir des explications sur:

19. ☐ l'importance de collaborer à mes soins d'hygiène les jours suivants la chirurgie
20. ☐ la façon de communiquer mes besoins en milieu hospitalier et les facteurs qui influencent cette communication
21. ☐ l'importance d'exprimer mes besoins à ma famille, mes parents et mes amis
22. ☐ l'aide que peut m'apporter la religion dans ma situation de maladie
23. ☐ le rôle des activités dans la vie quotidienne et les modifications qu'entraînent la chirurgie sur mes activités
24. ☐ l'importance du divertissement dans la vie quotidienne et en période de maladie
25. ☐ l'importance d'apprendre ce qui entoure ma chirurgie
26. ☐ la ménopause, ses causes, ses manifestations et les moyens d'en soulager les malaises
* demandez le feuillet explicatif

Réponse	Satisfaction + — — 1-2-3

Avez-vous des suggestions à nous faire et des commentaires à nous exprimer

Je veux obtenir des explications sur:

17. ☐ l'importance d'impliquer ma famille et mes proches dans ma convalescence
18. ☐ l'importance du loisir pendant ma convalescence
19. ☐ l'impact de mon hystérectomie sur ma sexualité
20. ☐ la fréquence recommandée pour les visites médicales après ma chirurgie

Réponse	Satisfaction
	+ — - 1-2-3

* l'essentiel des renseignements utiles pour votre convalescence se retrouve dans la brochure "Votre convalescence après une hystérectomie" demandez-en une copie.

Avez-vous des suggestions à nous faire et des commentaires à nous exprimer:

Nous vous demandons de remettre votre questionnaire à l'infirmier(re) responsable de vos soins avant votre départ.

Merci!

Date d'admission: _____

Unité de soins: _____

Date du départ: _____

ANNEXE 3.3

TEST D'ÉVALUATION SUR LES CONNAISSANCES

11. L'hystérectomie est une opération qui consiste à enlever quel organe?

- a) la vésicule biliaire
- b) l'utérus (matrice)
- c) les ovaires

12. L'utérus sert à:

- a) produire les ovules
- b) concevoir
- c) libérer des hormones

13. Quel inconvénient produit l'atropine de la prémédication?

- a) donne envie d'uriner
- b) donne la soif
- c) améliore la circulation

14. Le rasage de l'abdomen et du pubis permet de:

- a) rendre la peau plus douce
- b) vérifier l'état de la peau
- c) diminuer les risques d'infections

15. Le pansement installé sur la plaie opératoire sert à:

- a) protéger la plaie contre les infections
- b) diminuer les hémorragies par compression
- c) les réponses a) et b)

DEUXIÈME PARTIE

16. La diète pour le retour à la maison doit être riche en fer et en protéine

Vrai Faux

17. Il est permis de forcer ou de soulever des objets quel que soit leur poids pendant le premier mois de votre convalescence

Vrai Faux

18. Quel sport parmi les suivants peut se pratiquer 2 mois après l'opération?

- a) bicyclette
- b) nage
- c) tennis

19. A partir de quelle semaine après l'opération pouvez-vous prendre votre douche?

- a) troisième semaine
- b) cinquième semaine
- c) deuxième semaine

20. Parmi les problèmes suivants, lequel demande une consultation médicale suite à une opération majeure?

- a) fatigue modérée
- b) douleur aux jambes
- j) faible douleur au ventre

ANNEXE 3.4

TEST D'ÉVALUATION DU DEGRÉ D'ANXIÉTÉ

TEST D'EVALUATION DU DEGRE D'ANXIETE

Indiquez d'un "X" la case appropriée (une seule réponse par question)

Légende: 3 beaucoup
 2 modérément

1 pas du tout
0 ne s'applique pas

	3	2	1	0
1. Je suis curieux(se) face à l'opération				
2. Je crains le changement d'image corporelle				
3. J'ai peur d'être endormi(e) (anesthésie)				
4. Je crains de parler à voix haute sous l'anesthésie				
5. J'ai peur de perdre le contrôle de moi-même				
6. J'ai peur de souffrir				
7. Je crains la douleur				
8. J'ai peur d'être mutilé(e)				
9. Je crains de devenir invalide				
10. Je me fais du souci au sujet de ma famille				
11. Je suis inquiet(e) pour mon emploi				
12. J'ai des problèmes financiers				
13. J'ai peur de l'inconnu				
14. Je pense à la mort				
15. Je crains d'être séparé(e) de ma famille				
16. J'ai peur des résultats de l'opération				
17. J'ai besoin de parler de mes peurs				
18. Autres (précisez) _____				

ANNEXE 3.5

QUESTIONNAIRE SUR LE RÉTABLISSEMENT POSTOPÉATOIRE

Nom _____ Prénom _____

Unité de soins _____ No. chambre _____

Jour postopératoire 1 2

La première série de questions s'intéresse à votre état de bien-être

1. Aujourd'hui, éprouvez-vous de la difficulté (par exemple de la douleur, des malaises ou des tiraillements) au moment de:

	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout	N° applique pas
a) vous tourner dans le lit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b) vous lever de votre lit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
c) marcher dans votre chambre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
d) marcher une certaine distance dans le couloir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
e) tousser et cracher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

2. Avez-vous des inquiétudes concernant:

a) la douleur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b) les nausées (mal de coeur)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
c) votre plaie opératoire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
d) la vue des tubes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

3. Nous aimerions maintenant connaître le degré de bien-être physique (confort) que vous ressentez. Encerclez le chiffre approprié.

1 2 3 4 5
 pas de bien-être bien-être modéré beaucoup de bien-être

4. Nous aimerions connaître votre état par rapport aux points suivants:

	Très bon	Bon	Passablement bon	Mauvais
a) votre appétit	4	3	2	1
b) votre force et votre énergie	4	3	2	1
c) la condition de votre estomac (nausées, vomissements)	4	3	2	1
d) la condition de votre intestin (gaz)	4	3	2	1

5. Encerclez le chiffre qui correspond à l'intensité de la plus forte douleur que vous avez ressentie depuis votre réveil ce matin:

1	2	3	4	5
absolument aucune	légère	moyenne	intense	douleur très intense

6. Indiquez à quel degré cette douleur ressentie vous a angoissé:

1	2	3	4	5
aucune angoisse		moyenne		beaucoup d'angoisse

7. Encerclez le chiffre qui correspond à l'intensité de la plus faible douleur que vous avez ressentie depuis votre réveil ce matin:

1	2	3	4	5
absolument		moyenne		douleur
aucune				très intense
douleur				

Nous aimerions maintenant connaître votre habileté dans diverses activités de la vie quotidienne après l'opération

8. Craignez-vous de vous lever et de sortir du lit?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
beaucoup	modérément	un peu	pas du tout

	<u>avec aide</u>	<u>seul</u>
9. a) pour vous tourner dans votre lit, le faites-vous?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
b) pour vous lever et sortir du lit, le faites-vous?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
c) pour marcher quelques pas, le faites-vous?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
d) pour vous asseoir dans votre fauteuil, ou sur la toilette, le faites-vous?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3

10. Combien de temps avez-vous passé hors du lit aujourd'hui?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
moins de 1 heure	1 à 2 heures	2 à 3 heures	3 à 4 heures	plus de 4 heures

11. Quelle distance avez-vous parcouru SEUL à l'occasion d'une marche aujourd'hui?

- aucune	<input type="checkbox"/> 1
- 20 à 50 pieds	<input type="checkbox"/> 2
- 50 à 100 pieds	<input type="checkbox"/> 3
- 100 à 200 pieds	<input type="checkbox"/> 4
- 200 pieds et plus	<input type="checkbox"/> 5

ANNEXE 3.6

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

NOM

Q.ALGIE

Clinique de la douleur
Hôtel-Dieu de Montréal

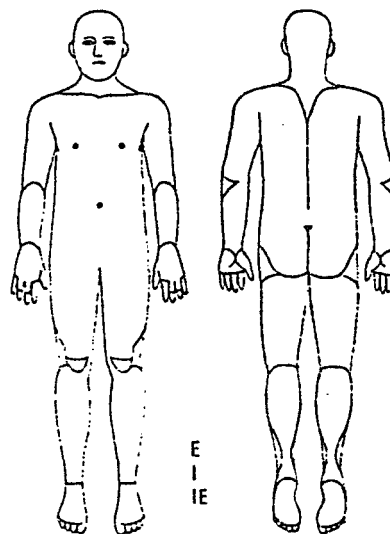
McGill-Melzack, Adaptation française (expériment.)

Service Dr Gérard Mignaut:

DESCRIPTION QUALITATIVE

- | | | | |
|----|----------------------|----|-----------------|
| | Frémissement | 11 | Fatigante |
| | Pulsation | | Épuisante |
| 1 | Palpitation | 12 | Écœurante |
| | Battement | | Suffocante |
| | Martèlement | 13 | Inquiétante |
| | Cognement | | Angoissante |
| | Élançante | | Terrifiante |
| 2 | En éclair | | Éprouvante |
| | Lancinante | | Pénible |
| | Fourmillante | 14 | Cruelle |
| 3 | Perçante | | Inhumaine |
| | Perforante | | Tuante |
| | En poignard | 15 | Déprimante |
| 4 | Coupante | | Anéantissante |
| | Tranchante | | Ennuyante |
| | Lacérante | 16 | Contrariante |
| | Pincement | | Affligeante |
| 5 | Pression | | Harassante |
| | Crampe | | Insupportable |
| | Rongement | | Diffusante |
| | Écrasement | 17 | Irradiante |
| 6 | Tiraillement | | Pénétrante |
| | Traction | | Transperçante |
| | Torsion | | Engourdissement |
| | Chaleur | | Serrement |
| 7 | Cuisson | 18 | Étirement |
| | Brûlure, eau bouill. | | Arrachement |
| | Brûlure, fer chaud | | Déchirement |
| | Picotement | | Froid |
| 8 | Démangeaison | 19 | Gel |
| | Irritation | | Congélation |
| | Inflammation | | Énervante |
| | Sourde | | Décourageante |
| 9 | Diffuse | 20 | Affreuse |
| | Localisée | | Épouvantable |
| | Claire | | Torturante |
| | Vive | | |
| | Sensibilité | | |
| 10 | Raidissement | | |
| | Érafflement | | |
| | Fissuration | | |

LOCALISATION



DURÉE

Continue Périodique Brève

INTENSITÉ ACTUELLE

1 légère	2 agaçante	3 irritante	4 cruelle	5 atroce
-------------	---------------	----------------	--------------	-------------

SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Nausées
- Céphalées
- Étourdissements
- Somnolence
- Constipation
- Diarrhée

Troubles	{	de l'appétit	÷	+	+	+++
		du sommeil	+	+	+	+++

ANNEXE 3.7

DONNÉES RELATIVES AUX ANALGÉSQUES

DONNEES RELATIVES AUX ANALGESIQUES

Nom _____ Prénom _____ Age _____

Opération _____ Date de l'opération _____

Unité de soins _____ No. de dossier _____

	NOM DE L'ANALGESIQUE	DOSE	MODE D'ADMINISTRATION	FREQUENCE/JOUR
Jour de l'opération				
1er jour				
2e jour				
3e jour				

ANNEXE 3.8

ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT

EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT

PREMIERE PARTIE

- La durée de l'enseignement fut: ___ trop courte
 ___ correct
 ___ trop longue
- Le moment (la veille de l'opération) était-il bien choisi pour recevoir l'information? oui ___ non ___
Si non, pourquoi _____

- L'heure fixée vous a-t-elle convenu? oui ___ non ___
Si non, pourquoi _____

- Les termes (mots) utilisés durant l'enseignement sont-ils clairs et précis? oui ___ non ___
Si non, quel(s) terme(s) n'est(ne sont) pas clair(s)? _____

- Les explications sont-elles claires et suffisantes?

oui ___ non ___

Si non, pourquoi _____

- Le contenu de l'enseignement (l'information donnée) répond-t-il à vos attentes? oui ___ non ___
Si non, pourquoi _____

7. Le programme d'enseignement a-t-il répondu à toutes vos questions? oui ____ non ____
Si non, quelles sont les questions que vous vous posez? _____

8. L'approche utilisée (exposé avec schémas, démonstrations et pratiques) vous a-t-elle plu? oui ____ non ____
Si non, pourquoi _____

DEUXIEME PARTIE

1. La documentation remise est: ____ utile
____ inutile
2. Comment vous sentez-vous préparé(e) pour votre retour à la maison? ____ bien préparé(e)
____ pas assez bien préparé(e)
3. Auriez-vous aimé recevoir le programme d'enseignement avant votre hospitalisation? ____ oui
____ non
____ ne sait pas

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS _____

Merci pour votre participation