



CHAPITRE 5

L'avenir de la recherche en soins infirmiers de la famille : les interventions

Janice M. Bell et Lorraine M. Wright

INTRODUCTION

L'avenir de la recherche en soins infirmiers de la famille réside dans l'étude des interventions. Nous insistons sur le terme « intervention » pour bien faire ressortir que les travaux de recherche futurs devront aller au-delà de la description et de l'évaluation. L'exercice de la profession infirmière a pour but premier de diminuer la souffrance et de promouvoir la santé. Ainsi, les recherches les plus importantes que peuvent réaliser les infirmières spécialisées en soins de la famille sont celles qui aideront le malade et sa famille à gérer la problématique de santé, à la surmonter ou à composer avec elle. Nos travaux de recherche doivent par conséquent refléter davantage l'exercice de la profession infirmière auprès des familles et indiquer comment les infirmières peuvent le mieux soulager la souffrance physique et émotionnelle.

Le moment est venu d'axer nos recherches sur la façon dont les infirmières peuvent aider les familles qui éprouvent des difficultés en raison d'un problème de santé. Or, il n'y a qu'un moyen d'y parvenir : s'intéresser aux interventions. Il faut découvrir quelles interventions aident le plus les familles atteintes par la maladie et comment elles accomplissent ce rôle. Nous ne devons plus nous contenter de décrire et évaluer les réactions des familles à la santé et à la maladie. Les études décrivant la réaction des membres de différentes familles se sont avérées

très profitables, mais il convient aujourd'hui de passer à l'étape suivante. Voyons ce que ces études axées sur le fonctionnement des familles suggèrent de faire pour venir en aide à celles-ci et adoptons les pratiques en cause. La recherche en soins infirmiers de la famille doit maintenant refléter la réalité fondamentale de la profession, soit la nécessité de s'engager plus avant à aider et à guérir les familles en mettant l'accent sur le travail en clinique et en examinant les interventions qui diminuent la souffrance. Nous devons nous montrer moins hésitantes et plus sûres en ce qui concerne notre capacité d'aider les familles.

L'ÉTAT ACTUEL DES SOINS INFIRMIERS DE LA FAMILLE

Les infirmières modifient leurs pratiques habituelles en clinique en faisant participer davantage la famille aux soins de santé (Wright et Leahey, 1994). Toutefois, selon Friedman (1992), malgré ce changement de direction des plus nécessaires, une «approche axée sur la famille demeure un idéal énoncé plutôt qu'une réalité courante, et ce non seulement dans les hôpitaux mais aussi dans les milieux communautaire et clinique» (p. xv). Nous sommes d'accord avec cette remarque, mais nous croyons que faire participer la famille est appelé à devenir la pratique la plus répandue. Or, cela exigera des infirmières un changement de conception et même de paradigme théorique et philosophique, car il importe de s'intéresser à la relation et à la réciprocité entre la maladie ou la santé et le fonctionnement de la famille. Il faut s'attarder davantage aux liens réciproques entre la maladie et le fonctionnement familial et examiner des concepts tels que ceux de «stress», de «coping» et de «fardeau» dans une perspective systémique ou interactionnelle. Nous devons nous intéresser davantage à l'influence qu'exerce la famille sur la maladie. Nous devons aussi porter notre attention sur la manière d'aider les familles à composer avec les effets de la maladie, et non sur l'évaluation de ces effets. Il convient de chercher à améliorer les relations au sein de la famille plutôt que de fournir simplement un enseignement et un soutien à certains des individus qui la composent. En effet, nous devons adopter une vision des choses qui s'appuie sur l'interaction pour que les soins de santé offerts passent du niveau individuel au niveau familial (interactionnel). Il faut étudier la santé et la maladie, la famille et les infirmières comme un tout et non comme des entités séparées (Wright et Leahey, 1994). Les travaux de recherche à venir devront refléter ce changement conceptuel dans la pratique des soins infirmiers.

LES INTERVENTIONS DES INFIRMIÈRES: UNE DÉFINITION

La façon dont les infirmières définissent une intervention a une incidence sur les travaux de recherche qu'elles effectuent. Divers termes

ont servi à décrire et à qualifier l'aspect traitement de l'exercice infirmier: «intervention», «traitement», «thérapeutique», «action», «activité» (Bulechek et McCloskey, 1992b). Dans le cadre de nos activités de recherche et de notre travail en clinique auprès de familles, nous préférons utiliser le terme «intervention». C'est à Bulechek et McCloskey (1992a, 1992b) que l'on doit les efforts les plus rigoureux pour établir une terminologie normalisée s'appliquant aux interventions des infirmières en général. Nous avons grand besoin de pouvoir reconnaître et nommer les diverses interventions des infirmières, et tous les efforts en ce sens sont louables.

Bulechek et McCloskey (1990) qualifient d'intervention de l'infirmière «toute prestation directe de soins par une infirmière pour le compte d'un patient, qu'elle relève d'un traitement instauré par l'infirmière, d'un traitement prescrit par le médecin ou de la réalisation d'une fonction quotidienne essentielle» (p. 26). Nous privilégions, quant à nous, une définition différente, soit celle-ci: toute action ou réaction d'une infirmière, c'est-à-dire tout geste thérapeutique manifeste que pose une infirmière dans le cadre de sa relation avec un patient, geste qui a une incidence sur le fonctionnement d'un individu, d'une famille ou de la communauté et dont l'infirmière doit rendre compte (Wright, Watson et Bell, 1990). Nous croyons qu'une intervention de l'infirmière ne peut devenir réalité que dans le cadre d'une relation (Wright et Leahey, 1994). Toute intervention de l'infirmière est en effet relationnelle, les réactions d'une infirmière (ses interventions) étant suscitées par celles du patient et de la famille (les résultats), qui découlent pour leur part des réactions de l'infirmière (Wright et Leahey, 1994). Or, les études portant sur les interventions qui n'examinent que le comportement des patients ou des infirmières ne tiennent pas compte de la relation existant entre eux.

LE CHANGEMENT, LA FAMILLE ET LES INTERVENTIONS

La manière dont les infirmières conçoivent le changement au sein des familles influe sur l'orientation des études réalisées, lesquelles peuvent porter soit sur les résultats, soit sur le processus associé au changement, ou encore sur les deux. Toute intervention de l'infirmière vise à susciter un changement, mais ce but n'est pas toujours atteint. Selon nous, les interventions offertes par une infirmière se révèlent efficaces lorsqu'elles correspondent à la structure biopsychologique du patient et des membres de sa famille (Wright et Levac, 1992). Les infirmières chercheuses et praticiennes qui prédisent le résultat d'une intervention commettent l'erreur de donner une direction particulière au changement, sans tenir compte de la structure du patient.

Mais comment les infirmières peuvent-elles savoir qu'un changement s'est produit? Les idées émises par Bateson (1972) nous apparaissent ici très utiles. Cet anthropologue américain a avancé qu'en matière de perception d'un changement le cerveau ne peut qu'être informé d'une différence. En d'autres termes, la différence est une information et l'information dénote une différence. Conséquemment, selon Bateson (1972), tout changement se définit comme «une différence qui survient dans le temps» (p. 452). Les biologistes chiliens Maturana et Varela (1992) abondent dans ce sens et affirment qu'il se produit des changements structurels chez l'être humain de moment en moment. Fortes de notre expérience en clinique, nous partageons le point de vue de Bateson, Maturana et Varela selon lequel des changements s'opèrent sans cesse au sein des familles. Nous croyons aussi qu'un individu ou un système familial dans son ensemble est à même de subir des transformations profondes que peuvent hâter soit des événements majeurs (comme une maladie grave), soit des interventions des infirmières, ou une combinaison des deux. Les infirmières doivent toutefois reconnaître qu'elles ne sont pas des agents de changement, qu'elles ne peuvent transformer un individu (Wright et Levac, 1992). Les changements intervenus chez les membres d'une famille sont en effet déterminés par leur structure biopsychologique, et non par autrui (Maturana, 1988; Maturana et Varela, 1992). Une telle conception du changement donne à penser que les études portant sur les interventions doivent expliquer les transformations qui surviennent au fil du temps et décrire les diverses manières dont les infirmières encouragent ce changement structurel.

L'INSUFFISANCE DE LA RECHERCHE SUR LES INTERVENTIONS DE L'INFIRMIÈRE AUPRÈS DE LA FAMILLE

Jusqu'à ce jour, peu de travaux de recherche ont porté sur les interventions de l'infirmière auprès de la famille. Seules Craft et Willadsen (1992) ont effectué une étude où elles distinguent et définissent les interventions associées à la famille. Examinant les études réalisées de 1984 à 1990 dans le domaine des soins infirmiers de la famille, Hayes (1993) n'en a trouvé que deux où l'on s'intéressait à l'efficacité des interventions. Comment expliquer cet état de choses? La première raison que l'on peut en donner est que notre profession commence à peine à distinguer les interventions familiales et à les décrire (Wright et Leahey, 1994). Les infirmières ont élaboré des modèles d'analyse des systèmes familiaux et plusieurs instruments de mesure portant sur la famille (Mischke-Berkey, Warner et Hanson, 1989). À notre connaissance, toutefois, un seul modèle d'intervention auprès des

familles a vu le jour en sciences infirmières, soit le *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) (Wright et Leahey, 1994).

Une autre raison expliquant l'insuffisance des travaux de recherche axés sur les interventions est que nombre d'infirmières enseignantes et chercheuses n'exercent pas leur profession auprès des familles. En effet, on tient davantage à savoir si l'on aide les familles lorsque l'on œuvre auprès d'elles, soit de manière directe en clinique ou de manière indirecte par l'entremise de ses étudiants. Les chercheuses qui n'ont pas cette chance tendent pour leur part à étudier les familles en adoptant une approche anthropologique, sociologique ou philosophique. Les infirmières chercheuses qui désirent venir en aide aux familles devraient côtoyer des familles aux prises avec une problématique de santé. Alors seulement les travaux portant sur les interventions occuperont-ils une place de choix.

LA FAMILLE ET LES ÉTUDES PORTANT SUR LES INTERVENTIONS

Si l'on envisage la recherche comme l'action de chercher et de découvrir, la curiosité amène à se poser deux grandes questions sur les interventions des infirmières auprès de la famille, soit «Avons-nous aidé la famille?» et «Comment pouvons-nous comprendre ce qui l'a aidée?»

L'évaluation de l'efficacité des interventions: «Avons-nous aidé la famille?»

La première question citée («Avons-nous aidé la famille?») touche l'efficacité des interventions et les questions associées à la recherche portant sur les résultats. Bien que les praticiennes responsables aient toujours veillé à aider les familles et reconnaissent intuitivement si elles amènent ou non un changement, la situation économique actuelle en Amérique du Nord a suscité un regain d'intérêt pour l'efficacité des interventions. Ainsi, le National Center for Nursing Research a parrainé récemment une conférence où il a été question des études portant sur les résultats chez les patients (National Institutes of Health, 1992).

Un bref examen des écrits publiés fait ressortir les questions et les tendances actuelles en matière de recherche axée sur les résultats dans trois domaines: celui des soins de santé en général, celui des interventions touchant la santé de la famille et celui de la psychothérapie. Tout d'abord, dans le domaine des soins de santé en général (et non dans le cas particulier de la famille), la plupart des études réalisées ont examiné presque exclusivement l'issue ou les résultats des interventions. On y a évalué l'importance de divers résultats chez les patients en calculant, par exemple, le taux de mortalité, la

fréquence des réadmissions et celle des complications (Jennings, 1991). Les données utilisées ont souvent été générées du point de vue des soignants. Certaines études font cependant exception et examinent la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus. Un problème-clé réside dans le choix de variables ou d'instruments de mesure qui se révèlent suffisamment sensibles pour bien traduire l'effet des interventions (Stewart et Archbold, 1992, 1993).

En examinant les études consacrées aux interventions touchant la santé de la famille, on découvre une même tendance à s'intéresser avant tout à l'issue ou aux résultats des interventions. Gilliss et Davis (1993) ont dénombré 59 études réalisées entre 1985 et 1989 dans le domaine des interventions touchant la santé de la famille (exception faite des interventions ou thérapies axées sur la santé mentale). Elles ont découvert que les interventions examinées visaient le plus souvent certains individus ou sous-groupes à l'intérieur de la famille (le malade et le soignant naturel) plutôt que l'ensemble de la famille. Ces interventions, qui ont fréquemment été accomplies à l'intérieur de groupes familiaux, apportaient soit un enseignement ou un enseignement et un soutien émotif. Aucune des études examinées ne décrivait des interventions comportementales. L'évaluation des résultats reposait sur les indications fournies par le malade ou par le soignant naturel, ou par les deux, au sujet du stress, *du coping*, du fonctionnement de la famille ou du soutien social. Bien que la description d'une famille en tant qu'unité comporte certaines limites, une analyse d'ensemble de cinq études contenant des données adéquates a démontré que les interventions touchant la santé de la famille ont un effet positif sur les résultats familiaux.

C'est dans le troisième domaine mentionné, soit celui de la psychothérapie, que les chercheurs ont ouvert la voie en ce qui a trait à l'étude des résultats des interventions. Au cours de la longue histoire de ce domaine de recherche fertile, on a utilisé des méthodes allant de la réalisation d'essais cliniques randomisés complexes et coûteux à l'analyse d'études de cas. De manière typique, on procède à une étude axée sur les résultats en obtenant des valeurs initiales de façon quantitative pour ensuite procéder à une intervention standardisée. Cela fait, on recueille des données de suivi en s'assurant de contrôler toute variable externe, et on compare les résultats obtenus à ceux d'un groupe qui n'a pas reçu de traitement ou qui a reçu une autre forme de thérapie. Le but visé est de démontrer qu'il existe une causalité, c'est-à-dire que l'intervention a modifié un certain aspect du comportement des patients à un point tel que l'on observe une différence marquée sur le plan des résultats mesurés entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle. Un examen critique des résultats et des méthodes de recherche en thérapie conjugale et familiale a amené

l'établissement de critères stricts à respecter lors de la réalisation et de l'évaluation d'études portant sur les résultats (Gurman et Kniskern, 1978; Kniskern, 1985). On a ainsi exigé certaines choses importantes des chercheurs qui étudient les résultats en thérapie conjugale, soit: d'assurer un suivi pendant au moins deux ans après la fin de la thérapie; de tenir compte de l'expérience du thérapeute; de documenter les changements survenus chez les autres membres de la famille, et non seulement chez le patient désigné; et de rapporter les perceptions des membres de la famille au sujet de ces changements en plus des observations à propos de leur comportement. Ces critères reconnaissent que les chercheurs qui s'intéresseront à l'avenir aux interventions familiales devront être au fait des questions conceptuelles et méthodologiques, matière de recherche portant aussi bien sur les interventions que sur la famille.

L'une des controverses que soulèvent les critères associés aux études portant sur les résultats des soins à la famille (Gurman et Kniskern, 1978; Jacobson, 1988) a trait au besoin d'uniformiser les interventions grâce à des manuels de traitement. Or, selon nous, l'emploi d'interventions uniformisées s'oppose à une croyance facilitante voulant que chaque famille soit unique et possède des forces ainsi qu'une capacité de guérison qui lui sont propres. De plus, le recours à de pareilles interventions nie l'importance de la tâche de l'infirmière qui consiste à faire correspondre l'intervention offerte à la structure biopsychologique des membres de la famille. C'est cette correspondance qui devra faire l'objet d'études à l'avenir.

Diverses études en psychothérapie et en thérapie familiale ont ouvert la voie en matière de recherche axée sur les résultats, mais d'autres travaux d'un genre différent sont nécessaires. On a en effet réalisé des centaines d'études sur de nombreux types de thérapies individuelles, conjugales et familiales en utilisant différentes variables pour évaluer leurs résultats. Malgré cela, les questions fondamentales demeurent toujours en grande partie sans réponse: Quelle intervention est la plus efficace? Dans quelle famille? En présence de quel problème? En étant réalisée par quel praticien? Et en étant évaluée par qui et en fonction de quoi?

Quelle leçon importante pouvons-nous tirer de ce qui précède et appliquer dans le cadre de la recherche sur les interventions en soins infirmiers de la famille? Il vaut mieux avoir des données sur les résultats que n'avoir rien du tout, mais peut-être a-t-on adopté une vision trop étroite de la question de l'efficacité. La leçon à retenir est que l'efficacité ne se limite pas aux résultats. Jennings (1991) a appuyé cette idée en affirmant que, dans le cadre des travaux axés sur les résultats, on a évalué les comportements des patients en accordant peu d'attention à ceux des infirmières.

À la University of Calgary, lors de nos premières tentatives pour évaluer l'efficacité des interventions en tenant compte du comportement des infirmières, nous avons fait appel à des exemples cliniques individuels (Kazdin, 1982) combinés avec une description poussée de notre travail en clinique. À l'aide d'outils uniformisés, nous avons obtenu de chaque membre de la famille des données relatives au fonctionnement familial et au stress perçu. Ces données quantitatives recueillies au départ, en cours d'intervention et durant le suivi ont fait l'objet d'une représentation graphique pour chaque membre de la famille. Nous y avons ajouté une description poussée du travail accompli en clinique avec la famille en indiquant comment certains événements d'importance survenus lors des rencontres pourraient expliquer les résultats observés qui dénotaient un meilleur fonctionnement de la famille et une diminution du stress perçu. Les deux rapports de recherche que nous avons publiés, l'un décrivant une famille aux prises avec une problématique de douleur chronique (Watson, Bell et Wright, 1992) et l'autre décrivant une famille qui faisait face à une problématique d'insuffisance coronarienne et de tabagisme (Wright, Bell et Rock, 1989), ne sont qu'un très modeste début. Il reste encore beaucoup à faire dans l'étude des interventions et du changement.

Une vague nouvelle de chercheuses s'intéressant aux interventions ont demandé que l'on aille au-delà des résultats pour examiner ce qui se passe lors d'une intervention (Greenberg, 1986, 1991; Johnson et Greenberg, 1988; Pinsof, 1988, 1989). Divers aspects du processus qui se déroule au cours d'une intervention, tel le langage utilisé par l'infirmière, peuvent être reliés à des changements qui surviennent au moment même et plus tard chez le patient. Au lieu de ne s'intéresser qu'au résultat de l'intervention chez le patient, on examine le processus en cause lors de l'intervention, ce qui exige de saisir l'interaction de l'infirmière et du patient pour être à même d'analyser aussi bien le langage que le comportement adoptés. Les études ainsi axées sur le processus s'avèrent prometteuses en ce qui a trait à trois besoins importants: (1) définir un langage commun associé aux interventions familiales en soins infirmiers; (2) fournir une description poussée des interventions et obtenir un consensus à leur sujet et (3) établir l'utilité des interventions qu'on a distinguées.

L'évaluation de l'efficacité des interventions: «Comment pouvons-nous comprendre ce qui a aidé la famille?»

Pour répondre à la seconde question posée («Comment pouvons-nous comprendre ce qui a aidé la famille?»), il faut s'intéresser tant au

processus qu'aux résultats. Cette nouvelle école de pensée en matière de recherche sur les interventions s'inspire de la vision postmoderne axée sur l'idée du «l'un ET l'autre» plutôt que sur celle du «l'un OU l'autre». Elle soutient que l'infirmière ET la famille évoluent et changent ensemble sous l'effet de leur interaction. Reconnaître que l'infirmière contribue pour beaucoup à rendre une intervention efficace ou non amène à décrire son comportement, son langage et ses processus cognitifs conjointement avec ceux du patient. On envisage alors le processus, les résultats et la relation entre la famille et l'infirmière comme étant inextricablement liés les uns aux autres, et ce dans le but d'établir une théorie du changement qui pourra éclairer les décisions futures des praticiennes.

Tout ce qu'implique le fait de rendre compte aussi bien du processus que des résultats dépasse l'entendement. Cependant, au lieu de tenter de simplifier les choses, nous devrions relever le défi que pose leur complexité. Il faut utiliser avec imagination diverses méthodes de recherche qui nous aideront à décrire la coévolution associée à l'interaction de l'infirmière et de la famille pour en arriver à comprendre comment se produit un changement. Les méthodes qualitatives favorisent l'analyse des données relatives au processus, et les chercheuses en sont déjà les plus grandes utilisatrices.

Comme toute intervention a pour but de susciter un changement, une première étape pourrait consister à examiner les événements-clés qui marquent un changement. En clinique à l'Unité des soins infirmiers de la famille de la faculté des sciences infirmières de la University of Calgary, nous avons observé chez les familles de nombreux changements incroyables qui ont ouvert la porte à une guérison et à un retour à la santé. Certains de ces changements étaient si positifs et si prononcés qu'ils semblaient tenir du miracle. Pour en apprendre davantage à leur sujet, nous avons entrepris un projet de recherche qui s'intitule «Le processus de changement thérapeutique en soins infirmiers systémiques de la famille: une analyse de cinq exemples types». Cette étude porte sur la question suivante: De quelle manière un changement thérapeutique survient-il? Notre équipe de recherche a examiné le dossier de toutes les familles auprès desquelles nous avons œuvré entre 1988 et 1992 pour retenir cinq cas types. Toutes les rencontres auxquelles ont participé les familles choisies ont été dirigées par deux infirmières enseignantes et praticiennes spécialisées en soins de la famille, dont l'une est coauteure de ce chapitre. Dans chaque cas, on a observé chez la famille des changements cognitifs, affectifs ou comportementaux marqués au cours des deux à cinq rencontres tenues. Toutes les familles ont également signalé une amélioration à l'égard de leur problématique initiale lorsque nous les avons interrogées six mois après la fin des séances de thérapie dans le cadre de notre étude des résultats.

Nous tirons notre corpus de données de l'observation directe des rencontres filmées sur vidéocassette. Dans un premier temps, nous regardons ces enregistrements pour bien saisir l'ensemble du travail accompli en clinique avec la famille en cause. Chaque membre de l'équipe de recherche choisit ensuite certaines portions des rencontres qui lui paraissent marquer un point saillant du processus de changement thérapeutique. Pour ce faire, elle étudie chaque entrevue afin d'examiner comment l'infirmière a réagi face à la famille et vice versa. Les membres de l'équipe se réunissent ensuite pour discuter de leurs choix respectifs et établir si elles peuvent en arriver à un consensus. Après avoir transcrit les propos échangés au cours de ces portions d'entrevues associées à un changement, nous les soumettons à une analyse herméneutique. Nous nous posons alors diverses questions : Que se passe-t-il ici du point de vue de l'infirmière et de celui de la famille ? L'action ou l'intervention en cause est-elle unique ou ressemble-t-elle à une autre ? L'avons-nous déjà observée ? A-t-elle un nom usuel ? Quel autre nom pourrions-nous lui donner ? Ce cheminement a permis de découvrir les processus personnels, contextuels et cognitifs qui déterminent la manière dont une praticienne envisage un cas particulier et le modèle d'ensemble de son intervention.

Un des exemples cliniques ayant servi à notre étude est celui d'une famille composée d'un homme de 30 ans et de ses parents âgés. La sclérose en plaques ayant rendu le jeune homme invalide, ses parents étaient partis de l'autre bout du pays pour venir participer aux soins de leur fils à domicile. Les parents expliquèrent que le climat était très tendu à la maison ; ils attribuaient ce fait au fardeau relié aux soins et à un manque de répit. Tous deux croyaient avoir besoin de la permission de leur fils pour s'accorder un repos et ils ne se sentaient pas capables de la lui demander. Par l'une de ses interventions, l'infirmière encouragea la famille à examiner son expérience de la maladie. Pour ce faire, elle posa certaines questions pour susciter leur réflexion, telles que celles-ci : « Cette maladie a-t-elle eu un effet positif quelconque ? » ; « Est-ce que vous exercez plus d'influence sur la maladie qu'elle n'en exerce sur vous ou est-ce le contraire ? » ; « Qu'est-ce qui vous a le plus surpris de cette maladie ? » L'infirmière explora ainsi l'expérience de la maladie vécue par la famille et fit ressortir l'interaction de deux phénomènes, soit l'effet de la maladie sur la famille et l'influence de la famille sur la maladie. Le fils établit également une différence entre le fait de n'avoir aucune influence sur sa maladie et celui « d'accomplir certaines choses malgré elle ».

L'analyse de cette portion d'entrevue associée à un changement nous a permis de distinguer et de décrire une intervention familiale que nous appelons « reconnaître l'expérience de la maladie ». Dans l'exemple présenté, cette intervention ouvrit la voie à une conversation

à cœur ouvert entre l'infirmière et le jeune homme au sujet de la souffrance émotionnelle que provoquait chez lui la sclérose en plaques. Au cours de cet échange, l'infirmière fit ressortir la différence entre la tristesse du jeune homme et sa colère de même qu'entre pleurer en secret et ouvertement. Lors d'une rencontre subséquente, nous apprîmes que la famille n'avait jamais discuté de sa souffrance émotionnelle. En allégeant cette souffrance aussi bien chez le jeune homme que chez ses parents, l'infirmière créa un contexte propice au changement, où tous les membres de la famille pouvaient désormais parler librement de leur besoin d'une séparation occasionnelle. Résultat? Un répit pour les parents de même qu'un climat moins tendu et une meilleure santé pour l'ensemble de la famille.

Nous avons ici tenté de relier le processus aux résultats en offrant une brève description de l'analyse d'une interaction de la famille et de l'infirmière. Nous croyons que nos recherches nous aident à mieux comprendre notre travail en clinique en nous permettant d'élaborer une nouvelle terminologie pour parler de nos interventions et de décrire non seulement ces dernières mais aussi la manière dont elles nous paraissent avoir été utiles.

L'IMPORTANCE DE PLUS EN PLUS GRANDE DES INTERVENTIONS

Les effets de la santé et de la maladie sur la famille ont déjà fait l'objet d'un grand nombre d'études exploratoires et descriptives ainsi que d'études corrélatives. L'exercice de la profession de l'infirmière ayant pour but de réduire la souffrance humaine, il est temps que les infirmières chercheuses s'intéressent aux interventions. En concentrant leurs efforts sur les interventions auprès de la famille, elles établiront un lien plus que nécessaire entre la recherche et la pratique en clinique. Plus important encore, elles amèneront la recherche dans ce domaine à refléter davantage l'objectif premier de la profession, qui est de soulager la souffrance physique et émotionnelle chez le malade et sa famille.

RÉFÉRENCES

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, New York: Ballantine Books.
- Bulechek, G.M. & McCloskey, J.C. (1990). «Nursing interventions: Taxonomy development», dans J.C. McCloskey & H. K. Grace (dir.), *Current Issues in Nursing*, (3^e édition, pp. 23-28), St-Louis: CV Mosby.
- Bulechek, G.M. & McCloskey, J.C. (dir.) (1992a). «Defining and validating nursing interventions», *Nursing Clinics of North America*, 27 (2), 289-297.
- Bulechek, G.M. & McCloskey, J.C. (dir.) (1992b). *Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments*, Philadelphie: W. B. Saunders Company.
- Craft, M.J. & Willadsen, J.A. (1992). «Interventions related to family», *Nursing Clinics of North America*, 27 (2), 527-540.
- Friedman, M.M. (1992). *Family Nursing: Theory and Practice*, East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Gilliss, C.L., & Davis, L.L. (1993). «Does family intervention make a difference? An integrative review and meta-analysis», dans S.L. Feetham, S.B., Meister, J.M., Bell & C.L. Gilliss (dir.), *The Nursing of Families. Theory/Research/Education/Practice* (pp. 259-265), Newbury Park, Californie: Sage Publications.
- Greenberg, L.S. (1986). «Change process research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 4-9.
- Greenberg, L.S. (1991). «Research on the process of change», *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Gurman, A.S., & Kniskern, D.P. (1978). «Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect», dans S. Garfield & A. Bergin (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (2^e édition), New York: Wiley.
- Hayes, V.E. (1993). «Nursing science in family care, 1984-1990», dans S.L. Feetham, S.B. Meister, J.M. Bell & C.L. Gilliss (dir.), *The Nursing of Families. Theory/Research/Education/Practice* (pp. 18-29), Newbury Park, Californie: Sage Publications.
- Jacobson, N.S. (1988). «Guidelines for the design of family therapy outcome research», dans L.C. Wynne (dir.), *The State of the Art in Family Therapy Research: Controversies and Recommendations* (pp. 139-155), New York: Family Process Press.
- Jennings, B.M. (1991). «Patient outcomes research: Seizing the opportunity», *Advances in Nursing Science*, 14 (2), 59-72.
- Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1988). «Relating process to outcome in marital therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- Kazdin, A.F. (1982). *Single-Case Study Design: Methods for Clinical and Applied Settings*, New York: Oxford University Press.
- Kniskern, D.P. (1985). «Climbing out of the pit: Further guidelines for family therapy research», *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 159-162.
- Maturana, H. (1988). «Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument», *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 25-83.
- Maturana, H. & Varela, F.J. (1992). *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding* (2^e édition), Boston: Shambhala Publications.
- Mischke-Berkey, K., Warner, P. & Hanson, S. (1989). «Family health assessment and intervention», dans P.J. Bomar (dir.), *Nurses and Family Health Promotion: Concepts, Assessment, and Interventions* (pp. 115-138), Baltimore: Williams & Wilkins.

- National Institutes of Health (1992). *Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice*, Proceedings of the State of the Science Conference sponsored by the National Center for Nursing Research (NIH Publication No. 93-3411), Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Pinsof, W.M. (1988). «Strategies for the study of family therapy program», dans L. C. Wynne (dir.), *The State of the Art in Family Therapy Research; Controversies and Recommendations* (pp. 159-174), New York: Family Process Press.
- Pinsof, W.M. (1989). «A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 53-59.
- Stewart, B.J., & Archbold, P.G. (1992). «Nursing intervention studies require outcome measures that are sensitive to change: Part one», *Research in Nursing & Health*, 15, 477-481.
- Stewart, B.J. & Archbold, P.G. (1993). «Nursing intervention studies require outcome measures that are sensitive to change: Part two», *Research in Nursing & Health*, 16, 77-81.
- Watson, W.L., Bell, J.M. & Wright, L.M. (1992). «Osteophytes and marital fights: A single case clinical research report of chronic pain», *Family Systems Medicine*, 10 (4), 423-435.
- Wright, L.M., Bell, J.M. & Rock, B.L. (1989). «Smoking behavior and spouses: A case report», *Family Systems Medicine*, 7 (2), 158-171.
- Wright, L.M. & Leahey, M. (1994). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (2^e édition), Philadelphie: F. A. Davis.
- Wright, L.M. & Levac, A.M. (1992). «The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana», *Journal of Advanced Nursing*, 17, 913-917.
- Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (1990). «The family nursing unit: A unique integration of research, education and clinical practice», dans J.M. Bell, W.L. Watson, & L.M. Wright (dir.), *The Cutting Edge of Family Nursing* (pp. 95-109), Calgary: Family Nursing Unit Publications.