

L'INTERVENTION FAMILIALE SELON ROY

Planification, exécution et évaluation

PAR
FRANCINE de MONTIGNY, MScN



L'infirmière du CLSC a effectué une entrevue au domicile de la famille Joly. Cette famille monoparentale se compose de Diane, 26 ans et de son fils, Jessie, 2 1/2 mois.

Durant l'entrevue, l'infirmière a observé et exploré les comportements

Francine de Montigny, professeure en sciences humaines à l'Université du Québec à Hull enseigne l'intervention familiale aux étudiantes du baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières. Elle est co-directrice de Bien Naître Ensemble, un organisme offrant des soins infirmiers en période pré et post-natale.

du système familial et de chacun de ses membres dans les quatre modes d'adaptation décrit par Roy¹: besoins physiologiques, concept de soi, fonction selon le rôle social et interdépendance².

Sa cueillette de données lui a permis de relever la grande fatigue de Diane, sa tristesse ainsi que celle du bébé, ses doutes face à elle-même comme mère et ses sentiments d'isolement. L'infirmière a appris que le père de l'enfant refuse de voir Diane ou Jessie et que la famille d'origine de Diane la blâme et

la critique constamment. L'analyse de ces données permet à l'infirmière d'identifier le manque de soutien physique, affectif et social comme étant un facteur important, dans l'environnement familial, qui contribue aux comportements observés.

Cette situation amène l'infirmière à poser les diagnostics infirmiers suivants:

1. «Adaptation individuelle inefficace liée à une dépression, secondaire à la perte du conjoint, à l'absence d'un réseau de soutien, et à la période post-natale récente (facteurs de stress identi-

fiables) manifestée par les propos de Diane: se dit fatiguée, a peu d'appétit, désire toujours dormir, a un affect altéré, une mauvaise hygiène personnelle et de la difficulté à prendre des décisions.»

2. «Relation parentale altérée reliée à un manque de soutien affectif, physique et social manifestée par: bébé a un faciès triste et pleure beaucoup; Diane est inconstante dans ses soins, dit avoir de la difficulté à prendre soin du bébé et n'être pas une bonne mère.»

C'est pour répondre à ces deux diagnostics infirmiers que, simultanément, l'infirmière et Diane se mettront au travail à la troisième étape de la démarche, celle de la planification des soins.

Cette étape comprend la rédaction d'objectifs de soins et le choix d'interventions pertinentes et réalistes.

Objectifs et interventions

Les objectifs de soins sont rédigés en terme de «comportements attendus» chez la famille. L'infirmière définit les comportements adaptés qu'elle anticipe voir émerger à la suite des interventions infirmières. Sa première question est: «Quels changements sont visés dans cette famille?»

Les objectifs peuvent être rédigés au présent, à l'infinitif ou au futur. Ils se présenteront sous l'une des formes suivantes: «Diane exprime ses sentiments face à la situation actuelle», ou «Exprimer ses sentiments face à la situation actuelle», ou encore: «Diane exprimera ses sentiments face à la situation actuelle».

Ces objectifs seront spécifiques, mesurables et réalistes. Ceci signifie que l'infirmière peut évaluer l'atteinte de l'objectif en observant le comportement de Diane ou en échangeant avec elle. Ainsi, écrire: «Diane connaîtra des sources de soutien» est moins spécifique et mesurable que «Diane identifiera trois sources de soutien».

L'utilisation d'une taxonomie de verbes telle que la taxonomie cognitive de Bloom¹, la taxonomie affective de Krathwohl² et la taxonomie comportementale de Nadeau³, facilite la rédaction d'objectifs spécifiques. Elle permet aussi d'identifier des objectifs qui visent le développement de connaissances (savoir), d'habiletés (savoir-faire) et d'attitudes (savoir-être), chez les membres de la famille. Afin de rédiger des objectifs mesurables,

l'infirmière peut aussi donner un échéancier à l'atteinte de l'objectif, par exemple: «d'ici à demain». En dernier lieu, il est important de rédiger des objectifs qui soient réalistes, c'est-à-dire qui tiennent compte des limites de la famille, de leurs habiletés et qui respectent leur rythme de changement.

*Le système familial
étant dynamique,
l'infirmière ne doit pas
s'attendre de poursuivre
son plan de A à Z. Elle
doit le réajuster et
adapter ses interventions
à la situation qui
émerge dans « l'ici et le
maintenant ». Il
facilitera son
intervention. Si elle ne
décèle pas de
changements
significatifs dans les
comportements, si les
objectifs ne sont pas
atteints, elle explorera
les comportements non
adaptés et notera
les stimuli qu'il lui
faudra remanipuler.*

Une fois les objectifs de soins infirmiers définis, l'infirmière choisira les interventions appropriées qui lui permettront en même temps que Diane d'atteindre les objectifs fixés.

Keeney⁴ a écrit que les interventions sont des parcelles d'information intro-

duites dans le système pour aider la famille à se conduire différemment. C'est en identifiant les habiletés de la famille à changer qu'il peut être possible d'amener la famille à se conduire différemment. Les interventions visent aussi à intensifier l'engagement entre l'infirmière et la famille.

Lorsque l'infirmière intervient à l'aide du cadre conceptuel de Roy, son intervention est centrée sur les stimuli. Elle manipule les stimuli, les augmente, les diminue ou les maintient afin de changer ou renforcer le comportement observé.

L'infirmière choisit habituellement de manipuler le stimulus focal, bien que dans certains cas, il arrive que ce ne soit pas possible. Elle pourra alors axer ses interventions sur les stimuli contextuels.

Lors de l'étape de l'analyse des données, l'infirmière a identifié «le manque de soutien affectif, physique et social» comme un stimulus focal important. Elle choisit de le diminuer. Elle aurait pu aussi décider de manipuler les stimuli focaux suivants: le manque d'habiletés de Diane dans l'expression de ses sentiments, pour entrer en relation avec autrui et pour résoudre les problèmes.

Une fois que le focus de son intervention est cerné, l'infirmière procède à l'élaboration des interventions. Au niveau cognitif, elle offre des renseignements, demande et fait part d'opinions reliées à une situation particulière. Dans le cas présent, elle informe Diane des ressources communautaires existantes.

Au niveau affectif, elle facilite l'identification et l'expression des sentiments reliés à la situation. Elle identifie que Diane ne désire pas d'aide de sa famille en qui elle a peu confiance.

Finalement, au niveau comportemental, elle aide les membres de la famille à se comporter différemment les uns avec les autres. Ceci s'effectue en assignant des tâches spécifiques à certains ou à tous les membres de la famille. L'infirmière peut demander à la famille de faire quelque chose de différent (ex.: Diane peut faire une sortie avec Jessie) ou d'arrêter de faire quelque chose (ex.: Diane peut arrêter d'écouter sa mère lorsque celle-ci la critique). Les tâches peuvent être prescrites comme «devoirs» à faire durant la semaine ou effectuées à l'intérieur des rencontres. Lorsqu'elles sont effec-

Plan de soins

OBJECTIFS

1^{er} diagnostic infirmier

D'ici la fin des rencontres, Diane sera capable d' :

- identifier au moins trois sources de soutien pertinentes
- utiliser au moins trois sources de soutien pertinentes
- exprimer ses sentiments d'urgence de façon congruente

2^e diagnostic infirmier

D'ici la fin des rencontres Diane sera capable d' :

- identifier des comportements qu'elle apprécie chez son bébé
- identifier des comportements d'elle-même comme mère qu'elle juge positivement
- exprimer des sentiments positifs envers le bébé et envers elle-même comme mère

INTERVENTIONS

Cognitif

- informer des ressources offertes par le CLSC (auxiliaire-familiale, famille d'accueil, gardiennage) et la communauté (groupe de mères monoparentales; activités physiques post-natales; baignade mère-bébé)
- donner de l'information sur les besoins physiologiques et affectifs d'une mère en période post-natale

Affectif

- explorer des sources de soutien acceptables
- aider à identifier, préciser et exprimer ce qu'elle ressent actuellement en reflétant et nommant ce que je vois et entends (ex.: incongruence)
- normaliser les sentiments de tristesse, de colère de Diane (processus de deuil)

Comportemental

- demander de choisir une activité agréable à faire lors de la visite de l'auxiliaire-familiale (ex.: baignade, prendre un café chez la voisine)

Cognitif

- donner de l'information sur les besoins du bébé, sur des jeux pour bébé
- informer des activités mère-bébé de la communauté

Affectif

- refléter à Diane ses forces, les aspects positifs de sa relation avec Jessie, les traits positifs de Jessie

Comportemental

- demander de sortir, prendre une marche avec le bébé 2 fois durant la semaine
- demander d'identifier ce qu'elle aime d'elle-même comme mère, ce qu'elle aime de son bébé

ÉVALUATION

Diane refuse la famille d'accueil temporaire, dit qu'elle veut faire face à la situation; dit qu'elle veut de l'aide pour s'en sortir; accepte la visite de l'auxiliaire familiale deux fois par semaine

Diane exprime des sentiments d'abandon, de tristesse, de perte; dit: «Je ne sais pas ce que je dirai à Jessie sur son père»; verbalise sa peur d'être rejetée encore dans une autre relation

À la troisième visite de l'auxiliaire familiale, Diane a pris un café chez sa voisine; elle a apprécié cet échange et retournera; Diane verbalise aussi beaucoup avec l'auxiliaire-familiale

Après la quatrième rencontre, Diane s'inscrit aux activités mère-bébé en piscine. Se dit appréhensive de rencontrer d'autres mères mais a hâte en même temps

Au fil des rencontres, Diane est plus affectueuse, plus tendre avec Jessie; elle le prend plus souvent, plus vite (n'attend pas qu'il pleure beaucoup)

Diane est capable d'identifier qu'elle parle beaucoup au bébé et que celui-ci écoute et ne pleure pas lorsqu'elle lui parle

Diane sort plus souvent de la maison; dit que cela lui fait du bien au moral

tuées en présence de l'infirmière, celle-ci peut observer la famille en interaction et recueillir d'autres informations pertinentes. Un retour avec la famille sur l'expérience vécue lors de la mise en application de la tâche est essentiel. On peut ainsi complimenter une famille qui a complété la tâche ou explorer avec une autre ses difficultés à la terminer ou à l'entreprendre. Wright et Leahey⁸ sont d'avis que si l'infirmière néglige de noter le non-accomplissement d'une tâche et d'en explorer les raisons, ceci diminue sa crédibilité et augmente les possibilités que la famille n'effectuera pas la tâche sui-vante non plus.

Les divers éléments d'un plan de soins ayant été présentés, le Tableau démontre un exemple de plan de soins établi pour la famille Joly. Évidemment, les interventions décrites dans ce tableau ne sont pas exhaustives mais servent d'indicateurs des divers niveaux d'interventions suggérées.

Exécution et évaluation des interventions

La planification de soins une fois terminée, l'infirmière intervient auprès du système familial. Ce système étant dynamique, l'infirmière ne doit pas s'attendre à pouvoir suivre son plan de A à Z. Plutôt, elle doit continuellement se réajuster et adapter ses interventions à la situation qui émerge dans «l'ici et le maintenant» avec la famille. Son plan de soin doit être un guide qui facilite l'intervention.

L'étape de l'évaluation comprend l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de la pertinence des interventions. L'infirmière observe donc les résultats et note s'il y a un changement significatif dans les comportements du système familial. Elle se pose la question suivante: «Les comportements observés maintenant sont-ils adaptés ou non? Ai-je atteint les objectifs fixés? Les interventions prévues étaient-elles appropriées? Quelles ont été mes points forts et mes difficultés dans l'exécution des interventions?»

La démarche de soins infirmiers étant un processus cyclique, l'étape de l'évaluation résulte en une nouvelle cueillette de données où les comportements qui demeurent non adaptés seront explorés, les stimuli

Abstract

Family Intervention According to Roy. Last month, the author presented the first two steps necessary in the development of a nursing care plan. This care plan utilized Sister Callista Roy's conceptual model and was designed to evaluate the family system. The readers became familiar with the Joly family, whose family system was evaluated (this included Diane and Jessie).

Analysis of the collected data identified two nursing diagnoses and the author explained the way that nursing diagnosis is derived. The first identified nursing diagnosis revealed a threat to the beneficiary; the second diagnosis revealed a threat to the family system.

This second article is devoted to the three other steps involved in the development of a nursing care plan that will assist the nurse in developing a systematic strategy in caring for this type of family.

The planning step consists of the identification of objectives for care. These objectives must be specific, measurable and realistic as well as able to answer the question: "What changes are intended for this family?". Suggestions are offered for objective development. Once the objectives are finalized, the nurse chooses pertinent and realistic interventions that permit her/him, as well as Diane, to attain the identified objectives. The nurse's interventions are centred around stimuli that are increased, decreased or maintained by the goal of modifying or reinforcing observed behaviors.

In the care plan example developed for the Joly family, the identified interventions are not all inclusive and serve as suggestions. During the course of the interventions the nurse must constantly readjust and adapt the interventions to fit with changing needs.

The evaluation step consists of the evaluation of the attained objectives and the appropriateness of the nurse's interventions.

Current health policy is encouraging health care workers to "think and act in a family centred way". However, little theoretical base or practical tools exist to guide the health care worker. Roy's conceptual model is based upon general systems theory and also takes into account an individual's problems with adaptation and the consequences of these problems on all other family members.

identifiés et le plan de soins modifié afin d'atteindre un des buts de la profession infirmière, c'est-à-dire maintenir et promouvoir l'adaptation du système familial.

Au terme de nos propos, rappelons qu'ils sont la suite de ceux du mois dernier, dans un article portant le même titre, mais qui traitait des premières étapes d'une démarche de soins infirmiers, effectuée auprès d'un système familial, à l'aide du cadre conceptuel de Callista Roy. Les dernières étapes de planification, d'exécution et d'évaluation présentées ici, et illustrées d'une mise en situation clinique de la famille monoparentale de Diane Joly, ont démontré comment intervenir de façon systémique auprès de ce type de famille.

L'étude de la famille Joly a de plus permis de souligner que l'intervention de l'infirmière auprès de systèmes familiaux doit tenir compte

des problèmes d'adaptation des individus et de l'effet de ces problèmes sur tous les autres membres de la famille.

Références

1. Roy, C. *Introduction to nursing: an adaptation model*. New Jersey, Prentice-Hall, 1984.
2. de Montigny, F. L'évaluation du système familial selon Roy. *Nursing Québec*, vol. 11, no 2, 1991, p. 38-49, et notre article publié dans cette revue, le mois dernier.
3. Bloom, B. S. *Taxonomie des objectifs pédagogiques*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1975.
4. Krathwohl, D. R. et al. *Taxonomie des objectifs d'apprentissage*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1975.
5. Nadeau, M. A. *Mesures et évaluation des objectifs pédagogiques*. Les éditions Saint-Yves, 1975.
6. Keeney B. *dans Nurses and Families*, par L. M. Wright et M. Leahey. Philadelphie, F.A. Davis Co., 1989.
7. Roy, C. *Opus cit.*
8. Wright, L. M. and M. Leahey. Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 15, no 1, fév. 1990.