

Efficacité d'une formation pour modifier les comportements de *caring* chez les infirmières en soins de longue durée

Chantal St-Pierre ^a, inf., Ph.D., Josette Roussel ^b, inf., M.Sc.,
Mario Lepage ^c, Ph.D., Éric Tchouaket Nguemeleu, Ph.D. ^d

^a Directrice adjointe de Module des Sciences de la santé, Université du Québec en Outaouais

^b Infirmière-conseillère, politiques de soins infirmiers, Association des infirmières et infirmiers du Canada

^c Directeur du Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

^d Professeur, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Le but du projet, réalisé dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, est de démontrer l'efficacité d'une formation pour modifier les comportements de *caring* chez les infirmières œuvrant auprès de patients en soins de longue durée. Un devis quasi expérimental avec pré et post-test permet de comparer les comportements de *caring* d'infirmières d'un groupe expérimental à ceux d'un groupe témoin mesurés à partir de l'*Inventaire des comportements de caring*. Les 28 infirmières du groupe expérimental recrutées par lettre ont assisté à un atelier portant sur le *caring* selon Watson. Elles ont rempli le questionnaire de l'*Inventaire des comportements de caring* avant l'atelier et une seconde fois trois mois après. Aux fins de comparaison, un groupe témoin composé de 20 infirmières a été recruté et a remplis le questionnaire à deux moments différents sans toutefois recevoir la formation. Les analyses non paramétriques ont montré qu'avant la formation le groupe expérimental et le groupe témoin étaient similaires en termes de comportement de *caring*. Cependant après la formation, des différences de comportement ont été observées entre les deux groupes. L'évolution du comportement de *caring* a été notée uniquement dans le groupe expérimental, plus précisément, pour les trois dimensions de respect envers les autres, de relation positive avec le patient, et de connaissance et habiletés professionnelles. Pour s'assurer d'une très grande efficacité de l'intervention, il serait judicieux d'assortir ce type d'atelier à d'autres stratégies pour bien ancrer les comportements de *caring* dans la pratique infirmière.

Mots-clés : *caring*, inventaire des comportements de *caring*, test paramétrique, test non paramétrique

L'idée de cette étude a pris naissance à la suite d'un sondage sur la satisfaction effectué auprès des patients d'un établissement de soins de longue durée (Smaller World Communication, 2002). Ce sondage mettait en évidence que le personnel infirmier semblait délaissé la partie relationnelle du soin pour plutôt mettre ses priorités sur l'aspect instrumental (tâche). Afin de pallier cette situation et faire en sorte que le patient soit repositionné au centre du soin, les gestionnaires en soins infirmiers encouragent la mise en œuvre d'un projet d'intervention visant à former le personnel sur une approche basée sur l'essence même du soin : le *caring* (Judkins, & Eldridge, 2001; Ritter-Teitel, 2002; Watson, & Foster, 2003). En effet, les soins

basés sur les idées de Watson (1979, 1988, 1998, 1999, 2005, 2008) permettent à l'infirmière d'adopter une approche centrée sur le patient. Le projet vise à démontrer que le personnel infirmier d'un groupe expérimental manifestera plus de comportements de *caring* trois mois après avoir participé à un atelier sur l'approche soignante inspirée de Watson. Cette approche est privilégiée parce qu'elle est congruente avec la philosophie de soins de l'établissement qui place explicitement ceux centrés sur le patient comme valeur de base. Les quatre valeurs fondamentales véhiculées dans cette philosophie sont le respect, la compassion, la justice et l'esprit communautaire.

Les auteurs remercient le Service de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa (SCO) pour leur soutien financier au projet. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Chantal St-Pierre, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, C.P. 1250 succursale Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7, chantal.saint-pierre@uqo.ca

Recension des écrits

Le caring. Selon Watson (1979, 1988, 1998, 1999, 2005, 2008), le *caring* est un idéal moral centré sur une relation interpersonnelle. Il constitue donc l'élément fondamental de l'exercice professionnel contribuant à faire grandir cette relation entre les infirmières et les patients (Lea, 1996; McCance, 1999; Morse, Solberg, Neander, Bottorff, & Johnson, 1990; Ritter-Teitel, 2002; Watson, 1998, 2005, 2008). Le *caring* est un processus interpersonnel basé sur la croissance professionnelle, la compétence et la sensibilité (Fingeld-Connett, 2008). Une relation de *caring* engendre un moment de *caring* (Watson, & Foster, 2003) par lequel une rencontre entre le patient et l'infirmière produit des résultats physiquement et psychologiquement positifs à la fois pour le patient et pour l'infirmière. Le soin repose, selon cette perspective, sur la relation humaine dans laquelle infirmière et patient sont des coparticipants au processus du *caring* (Aucoin-Gallant, 1990; Pépin, Ducharme, & Kérouac, 2010; Watson, 1998, 2005, 2008).

La théorie du *caring* peut très bien s'appliquer en milieu de soins de longue durée, car les patients y vivent des situations difficiles et uniques. Par exemple, le simple fait d'être admis en soins de longue durée a une signification en soi. L'établissement de santé devient alors non seulement un lieu pour recevoir des soins, mais également un milieu de vie (Wolf, Zuzelo, Goldberg, Crothers, & Jacobson, 2006).

Le caring et la satisfaction des patients. Bien que les conséquences du *caring* ne soient pas facilement identifiables (Cutcliffe & McKenna, 2005), depuis plus de deux décennies des études confirment que les comportements de *caring* des infirmières ont une influence sur la satisfaction des patients en regard des soins reçus (Duffy, 1992; Garder, Goodsell, Duggan, Murtha, Peck, & Williams, 2001; Rafii, Hajinezhad, & Haghani, 2008a; 2008 b; Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998; Wolf, Miller, & Devine, 2003; Wolf, 2012). Entre autres, ne étude corrélationnelle effectuée dans six pays européens auprès de 1 565 patients a démontré une forte corrélation entre les comportements de *caring* mesurés avec la version en 24 questions de l'*Inventaire des comportements de caring* et la satisfaction des patients. Selon les analyses de régression, 44,1 % de la variance de la satisfaction des patients s'explique par les comportements de *caring* (Palese et al., 2011).

La présente étude vise à démontrer qu'après avoir participé à un atelier sur le *caring*, le personnel infirmier d'un groupe expérimental

rapporte une augmentation significative des comportements de *caring* alors qu'on n'observe aucun changement chez le groupe témoin.

Méthode

Devis

Afin de pouvoir vérifier la relation entre un atelier sur le *caring* et l'évolution des comportements de *caring* autoévalués d'un groupe d'infirmières en soins de longue durée, une approche de type quasi expérimental avec un groupe expérimental et un groupe témoin s'avère appropriée (Burns & Groves, 2009). Le projet a reçu une certification du comité d'éthique de la recherche de l'université concernée et une approbation du président du comité d'éthique de l'établissement de santé.

Échantillon

Le groupe expérimental était composé d'un échantillon non probabiliste de convenance de 28 infirmières tiré d'un ensemble de 107 infirmières occupant un poste à temps plein ou à temps partiel en soins de longue durée. Le groupe témoin de 20 infirmières a été formé à partir de la totalité des 67 infirmières ne provenant pas des soins de longue durée, mais plutôt des programmes de soins palliatifs et de réadaptation d'un autre pavillon du même établissement afin d'éviter la contamination intergroupe.

Outils de mesure

Plusieurs outils existent pour mesurer les comportements de *caring* des infirmières. Selon une revue critique de 21 outils de mesure du *caring* (Watson, 2002, 2009), l'*Inventaire des comportements de Caring* (Nursing Behaviors Inventory, NBI) de Wolf, Giardino, Osborne & Ambrose (1994) s'avère l'un des plus congruents avec la pensée de la théoricienne. L'outil comprend 42 items (tableau 1) mesurés sur une échelle Likert à 4 points (d'absolument pas d'accord à entièrement d'accord). Il présente cinq (5) dimensions distinctes du *caring*: 1) le respect envers les autres (12 items), 2) l'assurance d'une présence humaine (12 items), 3) la relation positive (9 items), 4) la connaissance et les habiletés professionnelles (5 items) et, 5) l'attention face à l'expérience des autres (4 items). Des études ont démontré les propriétés psychométriques de l'outil (Coulombe, Yeakel, Maljanian, & Bohannon, 2002; Wolf et al., 2003) et rapportent un Alpha de Cronback de 0,96. L'alpha de Cronback calculé en post-test lors de cette étude est de 0,95. Watson (2002) se réfère elle-même à l'outil de Wolf comme à une forme de validation empirique de sa

Tableau 1
Inventaire des comportements de caring (Wolf et al., 1994)

Dimension	Items
1. Le respect envers les autres	1. Écouter attentivement le patient. 2. Donner des directives au patient ou faire un enseignement. 3. Traiter le patient comme une personne à part entière. 4. Passer du temps avec le patient. 7. Fournir de l'information au patient pour qu'il prenne une décision éclairée 8. Témoigner du respect au patient. 9. Être un soutien pour le patient. 10. S'adresser au patient par le nom qu'il préfère. 11. Être honnête avec le patient. 15. Fournir un confort physique ou affectif au patient 27. Impliquer le patient à la planification de ses soins. 28. Traiter les renseignements concernant le patient de façon confidentielle.
2. L'assurance d'une présence humaine	16. Être à l'écoute du patient. 18. Aider le patient 26. Laisser le patient exprimer ses sentiments sur sa maladie et son traitement. 29. Être une présence rassurante. 30. Retourner voir le patient de façon volontaire. 31. Parler avec le patient. 32. Encourager le patient à appeler s'il y a un problème. 33. Répondre aux besoins explicites et implicites du patient. 34. Répondre rapidement à l'appel du patient. 35. Valoriser le patient comme être humain. 36. Aider à soulager la douleur du patient. 37. Démontrer qu'on se soucie du patient
3. La relation positive pour le patient.	5. Utiliser le toucher avec le patient pour communiquer le <i>caring</i> 6. Avoir de l'espoir 12. Faire confiance au patient. 13. Avoir de l'empathie pour le patient ou s'identifier à lui. 14. Aider le patient à progresser. 17. Avoir de la patience ou ne pas se laisser envers le patient. 21. Parler au patient avec une voix douce. 23. Veiller sur le patient. 25. Être de bonne humeur avec le patient.
4. La connaissance et les habiletés professionnelles	19. Habileté à donner des injections, thérapies intraveineuses, 20. Faire preuve d'assurance avec le patient. 22. Démontrer des connaissances et des habiletés professionnelles 24. Manipuler le matériel avec compétence 38. Administrer les traitements et les médicaments du patient à temps.
5. L'attention face à l'expérience des autres	39. Faire particulièrement attention au patient s'il s'agit d'une première hospitalisation, de premiers traitements, etc. 40. Soulager les symptômes du patient. 41. Donner la priorité au patient. 42. Fournir de bons soins physiques.

théorie. Elle affirme qu'on peut conclure qu'il y a une relation entre l'instrument de Wolf et al. (1994) et sa théorie du *caring*.

Déroulement

Les sujets du groupe expérimental et du groupe témoin ont répondu au questionnaire de l'*Inventaire des comportements de Caring* (Wolf et al., 1994). Par la suite, le groupe expérimental a reçu une formation d'une durée de 180 minutes sur le *caring* infirmier selon la perspective de Watson. La première moitié de l'atelier était consacrée à la présentation théorique de la pensée de Watson avec une attention particulière aux dix facteurs caratifs que l'infirmière utilise pour prodiguer des soins aux patients en opposition aux soins curatifs qui ont pour but de traiter une pathologie. Les dix facteurs caratifs se formulent ainsi : 1) « le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes », 2) « la prise en compte et le soutien du système de croyance et d'espoir », 3) « la culture d'une sensibilité à soi et aux autres », 4) « le développement d'une relation d'aide et de confiance », 5) « la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs », 6) « l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision », 7) « la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel », 8) « la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction », 9) « l'assistance dans la satisfaction des besoins humains », et 10) « la prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques » (Watson, 1998). La seconde moitié de l'atelier faisait place aux exercices de mise en situation et aux exemples concrets démontrant des situations réelles de patients à l'aide d'une bande vidéo (Real Stories, 1995) afin de favoriser une meilleure intégration des concepts reliés à la théorie du *caring*.

Trois mois après la formation, le groupe expérimental a rempli à nouveau le questionnaire de l'*Inventaire des comportements de Caring* (Wolf et al., 1994) et le groupe témoin qui n'avait pas reçu la formation a fait de même.

Analyse des données

L'analyse des données effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 20 a été réalisée en deux étapes : 1) comparaison des deux groupes avant et après la formation sur chacune des cinq dimensions du *caring*; et, 2) analyse de l'efficacité de la formation en *caring* reçue. La comparaison des groupes a consisté à vérifier la similarité statistique du groupe expérimental témoin avant et après les trois mois de formation. L'hypothèse de normalité des distributions de groupe n'étant pas

vérifiée, les tests non paramétriques U de Mann Whitney ont été utilisés afin de comparer les deux échantillons indépendants. Quant à l'analyse de l'efficacité relativement à l'amélioration du comportement de *caring* avant et après la formation, les tests de *t* pour échantillons appariés et les tests non paramétriques de la somme des rangs de Wilcoxon ont été utilisés. Le seuil de signification a été fixé à 10 % (p value < 0,1) à cause de la faible taille des groupes à comparer.

Résultats

L'analyse des données a permis de comparer le groupe expérimental au groupe témoin avant et après l'atelier et, ensuite mettre en évidence l'effet du programme de formation en *caring* selon les cinq dimensions.

La comparaison des groupes

Les tableaux 2 et 3 présentent la moyenne des scores obtenus pour l'ensemble des infirmières avant et après l'atelier sur le *caring* pour chacun des deux groupes. Le tableau 2 montre également qu'aucune différence significative n'existait entre le groupe expérimental et le groupe témoin avant la formation (tous les p -value sont largement supérieurs à 0,1). Il est donc judicieux de croire que les deux groupes étaient statistiquement comparables avant la formation.

Par ailleurs, au regard des résultats obtenus après la formation, le tableau 3 met en évidence une différence statistiquement significative entre les deux groupes, et ce, surtout pour les deux dimensions du *caring* suivantes : « La relation positive avec le patient » et « La connaissance et habiletés professionnelles » (p -value inférieur à 0,05). L'atelier sur le *caring* a donc permis de différencier les deux groupes.

Effet de l'atelier sur le caring

Les tableaux 2 et 3 montrent un accroissement des scores bruts avant et après l'atelier dans l'ensemble des cinq dimensions du *caring* pour le groupe expérimental. Le même constat n'est pas observé pour le groupe témoin. Dans ce dernier, avant et après la formation aucune différence significative n'est observée (tableau 3).

L'analyse du tableau 4 fait ressortir une différence significative (à 10 %, p value < 0,1) dans le groupe expérimental avant et après la formation. Bien que les différences ne soient pas élevées, elles sont statistiquement significatives pour deux dimensions : « Le respect envers les autres »; « La relation positive avec le patient » et « La connaissance et habiletés professionnelles ». Les infirmières semblent donc démontrer plus de comportements de *caring* après qu'avant l'atelier.

Tableau 2
Comparaison des groupes avant l'atelier

Dimensions du <i>caring</i>	Groupe expérimental			Groupe témoin			U de Mann-Whitney	p (test bilatéral)
	N	Moyenne	ET	N	Moyenne	ET		
Le respect envers les autres	28	3,82	0,1990	20	3,77	0,2702	252,500	0,556
L'assurance d'une présence humaine	28	3,76	0,2933	20	3,74	0,2857	267,000	0,782
La relation positive avec le patient	28	3,54	0,4121	20	3,41	0,4461	235,500	0,346
La connaissance et habiletés professionnelles	28	3,76	0,3327	20	3,54	0,6621	228,500	0,260
L'attention face à l'expérience des autres	28	3,71	0,4342	20	3,76	0,3930	265,000	0,727

Discussion

Un atelier d'un peu plus de trois heures sur le *caring* n'a pas eu l'effet escompté d'accroître les comportements de *caring* des infirmières participantes pour l'ensemble des cinq dimensions de l'*Inventaire des comportements de Caring* de Wolf (Wolf et al., 1994). Cependant, la modification significative de trois dimensions chez le groupe expérimental permet d'avancer qu'il y a eu un début de changement. Comme le suggère Yeahel, Maljanian, Bohannon et Coulombe (2003), la formation sur le *caring* à elle seule ne va pas d'emblée changer de façon significative les comportements de *caring* chez des infirmières. Ces auteures soutiennent la nécessité de plusieurs types d'interventions sur le *caring* infirmier pour obtenir un effet à long terme. Cependant pour que le changement résiste au temps, la formation doit être jumelée à d'autres stratégies comme le renforcement par les pairs, l'inclusion des buts du *caring* dans l'évaluation de la performance du personnel infirmier et l'affichage d'exemples de comportements de *caring* infirmiers sur les unités de soins.

Dans l'étude Brunton et Beaman (2000), on rapporte que les deux grandes dimensions de l'*Inventaire des comportements de Caring* les plus importantes pour les infirmières étaient « *la présence humaine* » et « *le respect envers les autres* ». Dans la présente étude auprès d'infirmières en soins de longue durée, on retrouve aussi le « *le respect envers les autres* », mais c'est la dimension « *la connaissance et habiletés professionnelles* » qui prend la seconde place (d'après le tableau 3). Il est évident que « *le respect envers les autres* » est une dimension importante du *caring* à la fois pour les infirmières du groupe expérimental et pour celles du groupe témoin. Les infirmières dans les milieux de soins de longue durée doivent continuer d'exprimer cette dimension du *caring* et d'utiliser ce concept dans leur pratique. Il faut cependant, soutenir les infirmières dans les milieux de soins de longue durée pour s'assurer que toutes les dimensions du *caring* fassent partie intégrante de leur agir quotidien. Selon Wolf et al. (1994), les dimensions du *caring* fournissent un bon guide d'encadrement pour aider les infirmières à mieux comprendre les situations de *caring* dans leur milieu de travail et les sensibiliser face aux situations de *caring* entre patients et infirmières.

Tableau 3
Comparaison des groupes après l'atelier

Dimensions du <i>caring</i>	Groupe expérimental			Groupe témoin			U de Mann-Whitney	p (test bilatéral)
	N	Moyenne	ET	N	Moyenne	ET		
Le respect envers les autres	28	3,88	0,1708	20	3,83	0,1902	110,000	0,166
L'assurance d'une présence humaine	28	3,82	0,2366	20	3,70	0,3488	124,000	0,372
La relation positive avec le patient	28	3,64	0,3321	20	3,28	0,3615	64,000	0,004**
La connaissance et habiletés professionnelles	28	3,86	0,2349	20	3,40	0,6590	89,000	0,026**
L'attention face à l'expérience des autres	28	3,84	0,2955	20	3,72	0,3519	109,500	0,126

**significatif à 5 %

Coulombe et al. (2002) soutiennent qu'il faut plusieurs types de stratégies pour accroître les manifestations des comportements de *caring* des infirmières et ultimement pouvoir influencer la satisfaction des patients. Les résultats significatifs de cinq (5) items dans le groupe expérimental tendent à démontrer qu'effectivement une formation sur le *caring* permet un début de changement des comportements de *caring* chez les infirmières. Cependant, pour que le changement résiste au temps, la formation doit être jumelée à d'autres stratégies comme le renforcement par les pairs, l'inclusion des buts du *caring* dans l'évaluation de rendement du personnel infirmier et l'affichage d'exemples de comportements de *caring* infirmiers sur les unités de soins.

Limites du projet

Ce projet comporte des limites en ce qui a trait à l'échantillon et à l'outil utilisé. Il s'agit d'un échantillon de convenance plutôt que d'un échantillon aléatoire qui aurait permis de mesurer les comportements de *caring* de toutes les infirmières, même celles qui ne cherchent pas nécessairement à améliorer leur comportement de *caring*. L'échantillon se limite à 28 sujets sur une possibilité de 107.

La traduction du questionnaire en langue française de Wolf et al. (1994), qui ne s'est pas faite selon toutes les étapes de validation transculturelle de Vallerand (1989), constitue une autre limite.

Il pourrait y avoir également un biais de désirabilité sociale. En effet, les résultats du prétest sur le *caring* démontrent déjà des scores élevés de comportements de *caring* avec des résultats allant de 3,64 à 3,88 pour le groupe expérimental et de 3,28 à 3,83 pour le groupe témoin sur une échelle Likert de 4 points. Wolf elle-même ainsi que Andrews, Daniel et Hall (1996) arrivent à la même observation avec des scores de 3,50 et plus.

Il existe présentement une version en 24 items qui a été validée par Wu, Larrabee, & Putman (2006).

Conclusion

Ce projet a tenté de démontrer qu'un atelier de trois heures sur le *caring* infirmier inspiré de Watson peut influencer les comportements de *caring* des infirmières (Duffy, 1992; Gardner et al., 2001; Palese, & al., 2011; Rafil et al., 2008a, 2008 b; Wolf et al., 1998, 2003). Les résultats sont

Tableau 4
Comparaison du groupe expérimental et du groupe témoin

Dimensions du <i>caring</i>	Groupe expérimental				Groupe témoin			
	Diff. avant-après	ET	t apparié p	Wilcoxon p	Diff. avant-après	ET	t apparié p	Wilcoxon p
Le respect envers les autres	0,0993	0,2307	0,069*		0,0388	0,3491	0,673	
L'assurance d'une présence humaine	0,1268	0,3551		0,118	-0,0257	0,2538	0,700	
La relation positive avec le patient	0,1572	0,3686	0,072*		-0,1305	0,4654	0,296	
La connaissance et habiletés professionnelles	0,1800	0,3365		0,092*	-0,0666	0,5219		0,549
L'attention face à l'expérience des autres	0,2125	0,4388		0,109	0,0166	0,3834		1,000

**significatif à 10 %, p value < 0.1

concluants, et montrent une différence entre le groupe témoin et le groupe expérimental. Ils encouragent le maintien des formations sur le *caring*. Ces formations doivent être assorties de stratégies de gestion qui renforce l'adoption de tels comportements comme le renforcement par les pairs, l'inclusion des buts du *caring* dans l'évaluation de la performance du personnel infirmier et l'affichage d'exemples de comportements de *caring* infirmiers sur les unités de soins. Il y a donc un besoin de soutenir les infirmières de chevet dans leurs efforts pour établir des relations de *caring*. Pour les infirmières, il est également important de mesurer les résultats de l'adoption de comportements de *caring* en démontrant son lien avec la satisfaction des patients, car sachant pourquoi les patients sont satisfaits de leurs soins, leur degré de satisfaction au travail (Palese et al. 2011) pourrait s'améliorer.

Le *caring*, qui fait partie intégrante de la pratique infirmière, est important pour maintenir des soins de qualité auprès des patients dans les milieux de soins de longue durée. De nombreuses recherches démontrent l'influence positive

qu'apporte le *caring* infirmier sur l'expérience du patient (Gardner et al. 2001; Wolf et al. 1998; Wolf, 2012). Il est donc nécessaire de continuer les efforts pour promouvoir et implanter la pensée de Watson dans la pratique infirmière.

Références

- Andrews, L.W., Daniel, P., & Gregory, A. (1996). Nurse *caring* behaviors : Comparing five tools to define perceptions. *Ostomy and Wound Management*, 42(5), 28-37.
- Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du *caring* de Watson. *L'infirmière Canadienne*, 86 (Décembre), 32-35.
- Burns, N., & Groves, S. K. (2009). *The practice of nursing research : Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (6e éd.). St Louis : Saunders.
- Brunton, B., & Beeman, M. (2000). Nurse practitioners perceptions of their *caring* behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(11), 451-456.

- Coulombe, K., Yeakel, S., Maljanian, R., & Bohannon, R. W. (2002). *Caring Behaviors Inventory: Analysis of responses by hospitalized surgical patients. Outcomes Management, 6*(3), 138-141.
- Cutcliffe, J. R., & McKenna, H. (2005). *The essential concepts of nursing*. Philadelphia : Churchill Livingstone.
- Duffy, J. (1992). The impact of nurse *caring* on patient outcomes. In D. Gaut (Ed), *The presence of caring in nursing* (pp.113-136). New York : National League for Nursing.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative convergence of three nursing concepts : Art of nursing, presence and *caring*. *Journal of Advanced Nursing, 63*(5), 527-534.
- Judkins, S. K., & Eldridge, C. (2001). Let's put *caring* back into healthcare : Teaching staff to care. *Journal of Nursing Administration, 31*(11), 509-511.
- Lea, A., & Watson, R. (1996). *Caring* research and concepts: A selected review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 5*(2), 71-77.
- McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). *Caring*: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1388-1395.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of *caring* and *caring* as a concept. *Advanced Nursing Science, 13*(1), 1-14.
- Rafii, F., Hajinezhad, M.E. & Haghani, H. (2008a). Nurse *caring* in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(2), 75-84.
- Rafil, F., Hajinezhad, M.E. & Haghani, H. (2008b). Nurse *caring* in Iran and patient satisfaction. *International Journal for Human Caring, 12*(3), 14-23.
- Real Stories*. (1995). Toronto : Deveaux-Babin Productions.
- Ritter-Teitel, J. (2002). The impact of restructuring on professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 32*(1), 31-41.
- Smaller World Communication (2002). *Ontario complex continuing care resident and family evaluation survey*. Richmond Hill : Smaller World Communication.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française, *Psychologie Canadienne, 30*, 662-680.
- Watson, J. (1979). *Nursing : The philosophy and science of caring*. Boulder : Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing : human science and human care. A theory of nursing*. NewYork : National League for Nursing.
- Watson, J. (1998). *Le caring*. Paris : Seli Arslan.
- Watson, J. (1999). *Nursing human science and human care : A theory of nursing*. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York : Springer Publishing Co. .
- Watson, J. (2008). *Nursing the philosophy and science of caring*. Boulder : University Press of Colorado.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The attending nurse *caring* model : Integrating theory, evidence and advanced *caring*-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing, 12*(3), 360-365.
- Wolf, Z. R. (2012). Systematic review of effect of a *caring* protocol provided by nursing staff on patient satisfaction of adult hospitalized patient. *International Journal of Human Caring, 16* (4) : 58-70.
- Wolf, Z. R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M. S., & Giardino, E. R. (1998). Relationship between nurse *caring* and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing, 7*, 99-105.
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse *caring*. *Image : Journal of Nursing Scholarship, 26*, 107-111.
- Wolf, Z. R., Miller, P. A., & Devine, M. (2003). Relationship between nurse *caring* and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *MEDSURG Nursing, 12*, 391-396.
- Wolf, Z. R., Zuzelo, P. R., Goldberg, E., Crothers, R., & Jacobson, N. (2006). The *Caring Behaviors Inventory* for Elders : Development and psychometric characteristics. *International Journal of Human Caring, 10*, 49-59.
- Wu, Y., Larrabee, J. H., & Putman, H. P. (2006). *Caring* behaviors inventory : A reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research, 55*, 18-25.
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R.W., & Coulombe, K. (2003). Nurse *caring* behaviors and patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 33*, 434-436.