

Table des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vii
Introduction.....	1
Cadre théorique	10
Le partenariat.....	15
Les proches aidants.....	16
Méthode	19
Mots clés ou mots MeSH	20
Critères d'inclusion.....	21
Stratégies de recherche	21
Résultats	25
Le soutien	30
La persuasion et la pression.....	34
Le coping dyadic	35
La surprotection	36
Discussion	45
Conclusion.....	54
Liste des références bibliographiques.....	56
Appendices.....	60
Appendice A : Déclaration d'authenticité.....	61
Appendice B : Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte Article de Mayberry & Osborn (2012)	62
Appendice C : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Pereira, Pedras, & Machado (2014).....	77
Appendice D : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Searle, Norman, Thompson, & Vedhara (2007)	93
Appendice E : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Stephens et al. (2013)	107
Appendice F : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira (2015)	121
Appendice G : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Johnson et al. (2013)	132

Appendice H : Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative Article de Johnson et al. (2015)	147
Appendice J : Echelle de Zarit	161

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Spearman correlation coefficients between family variables and outcome variables</i>	33
Tableau 2 : <i>Correlations and descriptive statistics for study variables</i>	37
Tableau 3 : <i>Bootstrap analyses of the magnitude and statistical significance of indirect effects</i>	39
Tableau 4 : Characteristics of participants	42

Liste des figures

Figure 1 : Partner support – negative beliefs.....	31
Figure 2 : Partner support – negative beliefs.....	32
Figure 3 : Spouses' involvement in patients' diet.....	34
Figure 4 : Revised Dyadic Adjustment – Negative beliefs	41

Remerciements

Nous tenons à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Leurs conseils, pensées et soutien divers nous ont été très précieux.

Nous témoignons tout particulièrement notre vive reconnaissance à Madame Senn-Dubey, notre Directrice de mémoire, dont la patience, l'écoute et la rigueur nous ont permis de réaliser ce travail dans de bonnes conditions. Elle n'a ménagé aucun effort pour nous conseiller, nous soutenir et nous guider tout au long de ce travail.

Nos remerciements vont également à tous les professeurs et intervenants de la HEdS-Fribourg pour les enseignements à nous dispensés.

Nous remercions chaleureusement Madame Valérie Cottet et Monsieur Etonam Ahiany pour le temps consacré à la relecture de ce travail.

Nous ne saurions terminer ces remerciements, sans adresser notre gratitude à nos familles respectives pour la force investie dans notre éducation et leur soutien incommensurable.

Introduction

« Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques [...] (diabète) sont la toute première cause de mortalité dans le monde » (OMS, 2016).

Il est constaté une hausse de la prévalence du diabète de type 2 chez les personnes âgées de plus de 65 ans. On assiste à une augmentation de la mortalité, à une diminution de l'état fonctionnel (troubles cognitifs, troubles de la vision et de l'audition, chutes et fractures, polypharmacie, dépression, dénutrition) et à une augmentation du risque d'institutionnalisation (Ardigo, Perrenoud, & Philippe, 2013).

D'après les résultats d'une étude randomisée contrôlée sur le diabète, il est démontré qu'une surveillance intensive de la glycémie réduit jusqu'à environ 60% les complications du diabète (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) (Skyler et al., 2009).

L'âge avancé est associé à une vulnérabilité aux maladies chroniques. Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent être attentifs à cette problématique du vieillissement en usant de leurs compétences autres que techniques (éthique, humaniste, sociale et psychologique) pour juguler ce phénomène. Ceci favoriserait ou soutiendrait l'adhérence aux recommandations thérapeutiques (Monod & Sautebin, 2009). Une revue de littérature sur les interventions améliorant l'adhérence des personnes atteintes d'un diabète de type 2 a mis en évidence les difficultés rencontrées et propose d'y intégrer la famille (Zomahoun et al., 2015). Malgré tout, cette revue de 2015 n'a pas permis de trouver ce type d'intervention. Certaines recommandations existent et celles-ci proposent que les membres de la famille doivent avoir une éducation sur la gestion du diabète et être encouragés à participer à des programmes de gestion de la maladie (Li, Drury, & Taylor, 2014).

Le soutien social englobant de multiples dimensions joue un rôle important dans le monitoring du diabète (Tang, Brown, Funnell & Anderson, 2008).

Problématique

Selon un communiqué de presse de l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN), en Suisse, « [...] l'espérance de vie augmente et les personnes issues des années de forte natalité vieillissent, ce qui se traduit par une hausse du nombre de personnes âgées. [...] » (OBSAN, 2015, p.1). Ce communiqué souligne que l'augmentation de l'espérance de vie engendre une forte progression du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dont le diabète.

En 2010, un rapport du canton de Vaud sur le diabète relève que :

Le taux de prévalence du diabète augmente avec l'âge et il est globalement similaire chez l'homme et la femme à tous les âges. Les résultats de 13 enquêtes européennes auprès de populations âgées de 30 à 89 ans permettent d'estimer la prévalence du diabète (diagnostiqué ou non). A 50 ans, environ 10 hommes et 8 femmes sur 100 sont concernés et à 70 ans, ce sont 23 hommes et 27 femmes sur 100 qui souffrent de diabète (Hagon-Traub et al. 2010, p.4)

Le diabète est une maladie de long court, en forte progression dans le monde depuis des années (OBSAN, 2015). Le diabète de type 2 représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité (OMS, 2015).

Cette maladie survient lorsque le pancréas ne produit pas d'insuline en quantité suffisante ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser de manière efficace l'insuline qu'il produit. L'insuline est un régulateur de la concentration du sucre dans le sang (OMS, 2016). Une sollicitation excessive et sur une longue durée du pancréas engendre une baisse de production d'insuline. En conséquence, l'organisme devient résistant à cette hormone et ce dérèglement engendre des conséquences néfastes (McCulloch et Robertson, 2016).

Parmi les conséquences immédiates du diabète de type 2, l'hypoglycémie et l'hyperglycémie sont les premières à prendre en compte.



Comme manifestations du dérèglement glycémique, on note : les tremblements, les palpitations, la transpiration, un état anxieux, la confusion, des troubles de l'attention (Bare, Smeltzer, Brunner & Suddarth, 2011). Une mauvaise gestion de la glycémie peut causer à long terme un arrêt cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une néphropathie, une rétinopathie et des neuropathies qui peuvent conduire à l'amputation des membres, surtout inférieurs (McCulloch, 2016). Une des conséquences non négligeables est l'hyperosmolarité avec une diurèse osmotique grave. Elle est suivie d'une perte électrolytique et d'une hypovolémie entraînant des convulsions, un état de choc et le décès (Bare, Smeltzer, Brunner & Suddarth, 2011).

Le diabète est un facteur de risque pour les troubles cognitifs. De plus, il est démontré que la fragilité cognitive peut avoir des impacts sur la vie de la personne atteinte, notamment sur le plan socio-économique et sur les activités de la vie quotidienne. Ceci a pour conséquence directe, une altération de la qualité de vie de manière significative (Bordier, Doucet, Boudet, & Bauduceau, 2014).

La complexité de la maladie et sa prise en charge demandent une implication importante du patient. Il s'agit pour ce dernier de contrôler quotidiennement sa glycémie, d'adopter une alimentation adaptée à sa maladie, de faire des activités physiques régulières et de s'administrer régulièrement un traitement oral et/ou injecté (McCulloch, 2016). Il se pose ici, inévitablement, la question de l'adhérence au traitement.

L'adhérence traduit la manière dont un patient respecte ou non les recommandations thérapeutiques (Bissonnette, 2008).

Plusieurs facteurs influencent l'adhérence thérapeutique : le système de santé, la nature du traitement, l'état de santé de la personne, l'équipe soignante et les conditions environnementales (sociales et économiques) (Doggrell & Kairuz, 2014).

La non-adhérence aux traitements chez les personnes âgées varie entre 40 et 75% (Doggrell & Kairuz, 2014).

Les comportements de non-adhérence observés chez les personnes âgées de plus de 65 ans sont estimés approximativement à 50% (Mukhtar, Weinman, & Jackson, 2014). De plus, Conn et al. (2015) mentionnent dans leur étude que le coût de la non-adhérence thérapeutique est estimé à plus de 25 milliards d'euros au niveau européen et à 100 milliards de dollars par an aux Etats-Unis d'Amérique. D'ailleurs, Conn et al. (2015) soulignent que l'OMS considère la non-adhérence comme un phénomène mondial de grande ampleur.

Il existe deux formes de non-adhérence à savoir la non-adhérence intentionnelle (volontaire) et la non-adhérence non intentionnelle (involontaire). La non-adhérence non-intentionnelle décrit une situation dans laquelle le patient ne respecte pas les recommandations thérapeutiques sans une prise de décision consciente tandis que la non-adhérence intentionnelle se réfère à une situation de non-respect des recommandations thérapeutiques avec une prise de décision consciente. Les deux types de non-adhérence peuvent être observés chez un même patient (Mukhtar, Weinman, & Jackson, 2014).

Selon Schneider, Locca, Bugnon, et Conzelmann (2006), si la non-adhérence est intentionnelle, « une bonne perception de la problématique du patient est nécessaire à la redéfinition commune d'un plan thérapeutique auquel le patient pourra adhérer ». Les patients peuvent avoir des représentations sur leur état de santé qui diffèrent de celles des soignants.

De ce fait, les perceptions de la personne sont parfois occultées par les soignants et par conséquent, les patients ne comprennent pas le sens de leur traitement. En ce qui concerne les traitements médicamenteux, les personnes âgées sont plus à risques de ne pas suivre la prescription car elles sont plus sensibles aux effets secondaires.

La problématique de l'adhérence dépend de différents facteurs, à savoir les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Parmi les facteurs intrinsèques, on note le sentiment d'efficacité personnelle, la connaissance et la compréhension des risques de la maladie, les attentes du patient face au traitement ou encore le vécu quotidien de la maladie. À l'inverse, les facteurs extrinsèques font référence à la prise en soins des professionnels de la santé et la situation économique, sociale et culturelle du patient. L'ensemble de ces facteurs influence, de près ou de loin, l'adhérence thérapeutique (Schneider et al., 2013).

L'évaluation de l'adhésion au traitement se fait traditionnellement au travers de la mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Cette molécule encore appelée hémoglobine glycolysée met en évidence la glycémie moyenne pour une période d'environ deux à trois mois. Lorsque le taux de glucose sanguin est au-dessus des valeurs normales, les molécules de glucose se fixent à l'hémoglobine des érythrocytes. Si cette situation perdure, le niveau d'hémoglobine glyquée sera élevé (Bare, Smeltzer, Brunner & Suddarth, 2011).

Il existe une corrélation évidente entre l'adhérence au traitement et l'hémoglobine glyquée. Ce qui démontre que, pour l'instant, la mesure de l'HbA1c serait la seule mesure concrète et efficace de l'adhérence au traitement dans le cas du diabète (Kichlet, Kaugars, Maglio & Alemzadeh, 2012).

Il existe plusieurs interventions en lien avec l'adhérence thérapeutique chez les patients atteints d'un diabète de type 2 (Zomahoun et al., 2015). Cependant, l'efficacité de ces interventions testées scientifiquement est faible. Les interventions qui semblent efficaces sont celles qui augmentent le coping des patients avec l'implication active des proches (Zomahoun et al., 2015).

Laginha et al. (2016), relèvent que la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques nécessite des gestes quotidiens tels que l'alimentation, la prise de médicaments, le contrôle de la glycémie et autres. Ces gestes quotidiens demandent forcément des implications familiales tout au long de l'évolution de la maladie. Pour ce faire, les membres de la famille doivent avoir une éducation sur la gestion du diabète et être encouragés à participer à des programmes de gestion de la maladie (Li, Drury, & Taylor, 2014).

Il apparaît clairement que la non-adhérence thérapeutique reste élevée auprès des patients atteints de maladies chroniques dont le diabète. L'implication de la famille est donc souhaitée et très déterminante. Malgré tout, la revue de littérature de Zomahoun et al. (2015) n'a recensé qu'une intervention ayant pour but d'améliorer l'adhérence des patients atteints d'un diabète de type 2 en y intégrant la famille.

Il est alors pertinent de répondre à la question suivante :

Question de recherche

Quelles sont les caractéristiques familiales qui influencent l'adhérence des personnes âgées atteintes d'un diabète de type 2 ?

Cadre théorique

Théorie / Aspects théoriques

Dans ce travail de Bachelor, le modèle de McGill incluant les concepts de partenariat et des proches aidants servira de cadre de référence pour traiter la problématique de l'adhérence. Ces concepts utilisés vont être analysés à la lumière de notre population.

Adhérence

L'adhérence ou l'adhésion au traitement est définie comme une congruence entre les attitudes des patients et les prescriptions médicales (Reach, 2006).

Pour comprendre la problématique de l'adhérence dans un contexte de maladie chronique, il est important de clarifier différents termes utilisés dans la littérature. Les termes « adhérence », « adhésion », « observance » et « compliance » sont fréquemment employés, mais avec des nuances différentes. Les termes « compliance » et « observance » sous-tendent une idée de soumission. Pour ce travail, « l'adhérence » et « l'adhésion » sont utilisées. Ces terminologies encouragent une participation active du patient et de ses proches en partenariat avec les professionnels de la santé dans la gestion de la maladie (Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai & Bugnon, 2013). Les professionnels devraient tenir compte de l'adhérence thérapeutique et la promouvoir auprès du patient et sa famille pour leur permettre de mettre en pratique les objectifs thérapeutiques (Schneider, Herzig, Hugentobler, & Bugnon, 2013). Il est aussi nécessaire d'identifier les trois phases de l'adhérence, à savoir l'initiation (première prise du traitement), l'exécution (la concordance entre la prise et la prescription du traitement) et l'arrêt (la cessation de la prise du traitement) (Berben et de Geest, 2012). Cette démarche des professionnels a pour but d'impliquer activement les patients et leurs proches dans le processus de soins.

Ce qui va aider le patient et sa famille à comprendre le bien-fondé des recommandations thérapeutiques (Schneider, Herzig, Hugentobler, & Bugnon, 2013).

L'adhérence se divise en deux dimensions parallèles : la persistance et l'implémentation.

La persistance se définit comme la période durant laquelle le patient observe son traitement. L'implémentation représente la manière dont le patient gère et prend quotidiennement son traitement. Il est possible qu'un patient soit régulier dans la prise de son traitement mais l'arrête prématurément. A contrario, un patient, selon ses besoins, peut faire le choix de ses prises de traitement (Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai & Bugnon, 2013).

Selon Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai, & Bugnon (2013), l'adhérence est influencée par des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques concernent :

- Le sentiment d'efficacité personnel. Il s'agit ici de décrire jusqu'où le patient est capable de s'engager dans un processus thérapeutique, de l'améliorer ou de le poursuivre.
- La connaissance et la compréhension des risques de la maladie. Elles varient d'un patient à l'autre. Chaque patient a sa propre perception de son problème de santé. Plus l'interprétation de la maladie par le patient est proche de celle du professionnel, plus la relation thérapeutique est équilibrée et plus l'adhérence est renforcée.

- Les attentes du patient face au traitement. Elles diffèrent souvent de celles du professionnel. Elles peuvent être soit exagérées soit minimisées et sont influencées par les émotions du patient.

Le patient est donc responsable de la prise ou non de son traitement, même si sa décision paraît injustifiée selon le professionnel (Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai, & Bugnon, 2013).

Les facteurs extrinsèques comprennent la prise en soins des professionnels de la santé et la situation économique, sociale et culturelle du patient (Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai, & Bugnon, 2013).

Il est démontré que les interventions favorisant l'adhérence sont moins efficaces lorsqu'il s'agit des personnes âgées avec des troubles cognitifs (Conn et al., 2015). D'où l'importance d'intégrer la famille et/ou les proches dans la prise en soins du patient.

Le modèle de McGill

Le modèle de McGill est une approche systémique de la santé et de la prise en soins des patients. Il met en avant l'importance de la promotion de la santé autour de quatre concepts essentiels : la santé, la personne, l'environnement et les soins infirmiers (Biro, Dervaux & Pegon, 2005).

Selon l'OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'apprentissage de la santé se fait au travers d'une participation active au sein du système familial. La santé est la chose la plus précieuse. Son maintien incombe non seulement à toute la communauté mais il est également l'affaire de tous les individus qui la composent.

La santé a une influence sur la dynamique et les interactions familiales qui, à leur tour, impactent l'individu. Le rôle du professionnel de la santé est donc d'aider le système familial à traverser la maladie tout en respectant leurs propres déterminants de la santé. Les interventions du soignant consistent prioritairement à améliorer et à favoriser le bon fonctionnement de la dynamique familiale.

Le patient et ses proches sont considérés comme un tout ayant besoin d'un niveau de santé optimal. L'infirmière va prendre en soins le patient en prenant en compte son environnement familial car les problèmes de santé du patient touchent d'une manière ou d'une autre l'ensemble de la famille. De ce fait, la participation active du patient et de ses proches sans devoir attendre des solutions de la part du professionnel de la santé est vivement souhaitée. Ce qui sous-entend une implication active de tous les membres du système (patient-famille-soignant) (Biot, Dervaux & Pegon, 2005).

L'environnement est le cadre idéal dans lequel le processus d'identification en matière de santé se réalise. Le patient conçoit sa santé non seulement dans l'environnement social mais aussi dans son entourage. De plus, la santé interagit avec l'environnement et influence sur ce dernier. Il est donc nécessaire d'apporter des réponses adéquates en termes de promotion de la santé à savoir : les actions avec l'entourage, les ressources internes et externes et les facteurs psychosociaux et environnementaux (Biot, Dervaux & Pegon, 2005).

Les soins infirmiers sont indispensables pour les individus, la famille et l'environnement. L'infirmière est un grand soutien du système. Avec les autres acteurs de l'équipe multidisciplinaire, elle est le leader du projet de promotion de la santé. L'infirmière soutient les familles et leur permet de développer leur potentiel en mettant l'accent sur les expériences de santé de ces derniers.



Les soins infirmiers, essentiellement basés sur l'apprentissage, doivent cibler toute la famille et s'appuyer sur les expériences de santé de cette dernière. Dans ce processus, l'infirmière doit explorer, négocier, collaborer, coordonner les objectifs fixés en partenariat avec le patient et sa famille (Biro, Dervaux & Pegon, 2005). Le modèle de McGill ne dissocie pas le patient de la famille. Ainsi, le but de la prise en soins réside dans une étroite collaboration avec la personne et sa famille afin de leur permettre de faire face à diverses situations de la vie de tous les jours et de développer des stratégies pour atteindre leurs objectifs (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015).

Le partenariat

Le partenariat est un concept central de la théorie de McGill. Il est défini comme une relation de coopération entre le patient, les proches, les professionnels de la santé et les services sociaux. C'est un processus dynamique d'interaction et d'apprentissage qui prend en compte les savoirs de tous les participants (Paquettes-Desjardins, 2013). Cinq critères définissent le patient partenaire : la participation aux réunions, la formation sur la gestion de sa maladie et/ou son traitement, l'implication directe dans l'élaboration du projet de soins, le leader des décisions du plan de soins et la contribution à la formation des professionnels de la santé. Dans cette approche, le patient est respecté et considéré comme membre à part entière de l'équipe. Les savoirs du patient sont pris en considération par les soignants et ces derniers partagent les leurs avec le patient (Néron, 2012).

Garbacz et al. (2015), ont montré que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) favorise efficacement la relation thérapeutique. Cette approche privilégie la place du patient dans le projet de soins et prône une relation d'égal à égal.

C'est ainsi que l'ETP a modifié considérablement la façon dont les professionnels informent et travaillent avec les patients et leurs proches.

Les proches aidants

Selon la Confédération des organisations familiales de l'Union européenne (COFACE) « l'aidant familial est la personne non-professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne » (COFACE, 2009 cité dans Sager Tinguely et al., 2011, p.111).

Une étude menée par Höpflinger et Hugentobler (2006, cité dans Sager Tinguely et al., 2011) démontre que plus de 50% des personnes âgées de 40 à 60 ans se trouvent obligées, à un moment de leur vie, de prendre soin d'un proche. Dans la majeure partie des cas, il s'agit des conjoints ou des enfants, principalement de sexe féminin. La raison prioritaire pour laquelle les proches interviennent dans la prise en charge du malade est l'affection portée à celui-ci. Connaissant personnellement le patient, le proche aidant est une ressource importante pour les professionnels. En effet, il pourra détecter rapidement une dégradation de l'état du patient ou tout autre symptôme inhabituel (Sager Tinguely et al., 2011). Les risques principaux d'une telle assistance sont l'épuisement et le stress qui, par conséquent, vont influencer la prise en soins et augmenter le risque de maltraitance (Sager Tinguely et al., 2011). Ainsi, l'importance d'évaluer et de documenter le fardeau des proches par des outils scientifiques devrait être systématique. L'échelle de Zarit « reflète la surcharge de travail et ses répercussions sur l'état d'esprit d'une personne prenant soin d'un parent [...]. Il permet donc de mettre en évidence le degré d'épuisement ou d'usure psychologique » (Sager Tinguely et al., 2011, p.120).

Les proches aidants d'une personne atteinte de maladie chronique à domicile peuvent recevoir une aide de la part des professionnels de la santé.

Selon une étude menée en 2014, enseigner aux proches aidants l'importance du soutien ainsi que les techniques pour le perfectionner, améliore les symptômes physiques, dépressifs ainsi que la qualité de vie du patient (Heo et al., 2014). Aussi, la participation des proches aux sessions d'éducation thérapeutique a un impact positif sur le patient. L'entourage aura l'impression d'avoir reçu les informations par rapport aux traitements au même titre que le patient lui-même. Le patient aura la sensation d'être pleinement soutenu dans les changements de ses habitudes de vie (Garbacz et al., 2015).

La problématique de l'adhérence aux recommandations thérapeutiques est importante dans la prise en soins des maladies chroniques à l'instar du diabète de type 2. Cependant, d'après les conclusions d'une revue systématique, les interventions auprès des patients atteints du diabète de type 2 dans ce sens sont faibles. En conséquence, l'implication de la famille est recommandée (Zomahoun et al., 2015).

Dans ce processus, le professionnel de la santé valorise les forces et le potentiel de la personne et de sa famille au détriment de ses limites ou lacunes. Le but étant d'apporter son soutien en vue de favoriser un apprentissage optimal. La responsabilité de la décision appartient uniquement à la personne et sa famille. Lorsque cette décision est prise, le professionnel doit l'accepter et s'y conformer (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015).

« Les valeurs personnelles et les croyances de l'infirmière ne doivent pas être imposées » (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015, p.40).

Selon Phaneuf (2013) « L'infirmière a non seulement le devoir de respecter les droits des personnes dont elle prend soin, mais la relation de confiance qu'elle entretient avec elles et son rôle infirmier, lui confèrent l'obligation éthique de les protéger » (p.2).

Méthode

Argumentation du devis

Ce chapitre décrit en détail la méthodologie adoptée pour la recherche d'articles. Il est question ici de définir les bases de données utilisées, la justification de leur choix et de montrer la démarche qui a amené à la sélection des articles.

Le devis est une revue de littérature et il est adapté pour répondre à la question de recherche. Il permet de faire un état des lieux sur l'adhérence aux recommandations thérapeutiques étant donné qu'il y a peu d'études qui s'intéressent à l'implication de la famille dans la prise en soins de personnes âgées atteintes du diabète de type 2.

Etapas de la revue de littérature

Fiabilité de la revue

Afin de rechercher des articles pour ce travail de Bachelor, les banques de données telles que PubMed, Cinahl et BDSP ont été consultées durant plusieurs mois. Le choix des études s'est fait à l'aide des critères d'inclusion en fonction de leur conformité et de leur pertinence pour répondre à la question de recherche. Ainsi, des mots clés ont été déterminés.

Mots clés ou mots MeSH

Les mots-clés :

- Adhérence / adhésion
- Adhérence au traitement
- Diabète type 2
- Famille

MeSH-Terms :

- Adherence / patient compliance
- Treatment Adherence
- Diabetes mellitus
- Family

- | | |
|----------------------------|---|
| - Adhérence médicamenteuse | - medication adherence |
| - Personne âgée | - Elder / elderly / middle Aged / geriatric |
| - Maladie chronique | - Chronic Medical Illness |

Ensuite des critères d'inclusion ont été énoncés.

Critères d'inclusion

- La date de publication est supérieure ou égale à 2007
- Les articles s'intéressent à l'adhérence aux recommandations thérapeutiques
- Ils intègrent les adultes, les personnes âgées atteintes du diabète de type 2
- Ils prennent en compte la famille

Tous les articles qui n'étaient pas conformes à ces critères ont été exclus.

Stratégies de recherche

Ci-après, les stratégies de recherche :

Stratégie	Mots clés / Mots MeSH	Résultats	Article retenu	Titre
Stratégie 1 - <i>PubMed</i>	((<i>"Family"</i> [Mesh]) AND <i>"Medication Adherence"</i> [Mesh]) AND <i>"Diabetes Mellitus, Type 2"</i> [Mesh]	8 articles	1	Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes.
Stratégie 2 - <i>PubMed</i>	Chronic Medical Illness AND Treatment Adherence AND (<i>"Family"</i> [Mesh])	18 articles	0	
Stratégie 3 - <i>PubMed</i>	((<i>"Patient Compliance"</i> [Mesh]) AND <i>"Diabetes Mellitus, Type 2"</i> [Mesh]) AND <i>"Aged"</i> [Mesh]	577 articles	2	<ul style="list-style-type: none"> - Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. - Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes.
Stratégie 4 - <i>PubMed</i>	((<i>"Diabetes Mellitus, Type 2"</i> [Mesh]) AND <i>"Middle Aged"</i> [Mesh]) AND <i>"Patient Compliance"</i> [Mesh]	832 articles	3	<ul style="list-style-type: none"> - Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. - Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: relationships with self-management behaviors. - Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes.

Stratégie 5 - PubMed	Adherence AND illness representations AND partners	2 articles	1	Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes.
Stratégie 6 - CINAHL	Family AND medication adherence AND diabetes mellitus type 2	48 articles	0	
Stratégie 7 - CINAHL	Patient compliance AND aged AND diabetes mellitus type 2 AND family	73 articles	0	
Stratégie 8 - CINAHL	Elderly or aged or older or elder or geriatric AND family AND diabetes mellitus type 2 AND adherence	74 articles	0	
Stratégie 9 - BDSP	Famille et diabète et adhérence	1 article	0	
Stratégie 10 - BDSP	Adhérence thérapeutique et personne âgée	24 articles	0	

Validité des articles

La lecture, le résumé et l'analyse d'un premier article scientifique ont été effectués individuellement par les deux auteurs de ce travail et la directrice de mémoire. Ensuite, une mise en commun a été réalisée. La démarche n'a pas été efficace car il était nécessaire de faire des ajustements. Nous nous sommes donc entendus sur la manière de résumer les articles, le contenu des résumés et sur la manière d'évaluer les rapports des études.

L'analyse de ses articles scientifiques a été effectuée à partir des grilles d'analyse selon leurs devis de recherche :

- Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche quantitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)
- Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007)

Dans un premier temps, les auteurs de ce travail et la directrice de mémoire ont lu l'ensemble des résultats. Il a fallu plusieurs allers-retours entre ces trois acteurs pour aboutir à un consensus à propos de la catégorisation des caractéristiques familiales.

Résultats

Ce chapitre développe les résultats des articles scientifiques. Il expose les principaux résultats en lien avec la question de recherche.

Dans un premier temps, un descriptif des études analysées va être présenté dans le but d'étayer la population cible, la méthodologie, les lieux et les dates de publication des articles retenus. Par la suite, il est procédé à la catégorisation en vue de classer les données recueillies. Cette catégorisation va apporter des réponses à la question de recherche, ce qui permet de faire un état des lieux de l'adhérence aux recommandations thérapeutiques et des facteurs qui l'influencent. L'option de laisser les variables et le nom des instruments en anglais a été prise afin de ne pas détourner leur sens.

Descriptif des études

Sept articles ont été analysés. Ces articles sont des recherches quantitatives (exploratoires, descriptives, mixtes, transversales et longitudinales).

Concernant les articles retenus pour cette revue de littérature, les recherches ont été effectuées dans divers pays (le Portugal, l'Espagne, l'Angleterre et les Etats-Unis d'Amérique), ce qui témoigne d'une diversité dans les résultats. Toutefois, aucune étude n'a été menée en Suisse, ce qui peut être une limite par rapport à l'état des connaissances au niveau du système de santé suisse. Dans les recherches, majoritairement, la population est âgée de plus de 55 ans. Ces études prennent en compte les patients et leurs proches notamment les conjoints.

Ci-après, un tableau présentant brièvement le contenu des articles analysés.

Synthèse des articles

Auteurs	Devis	Echantillons	Variables testées	Résultats
Johnson et al. (2013)	Qualitative exploratoire	n=117 participants. Avec un diabète de type 2 (DT2) Âge : 18-74 ans Critères : pas d'amputation, cécité ou baisse de vision, maladie rénale chronique ou une insuffisance rénale. Actuellement mariés et leurs conjoints n'a pas de DT2.	Common dyadic coping; Diabetes efficacy; dietary and exercise adherence; Control variables.	Des niveaux plus élevés de <i>common dyadic coping</i> ont été associées au <i>diabetess efficacy</i> élevé pour les patients ($\beta = 0,19$, $p = 0,041$) et conjoints ($\beta = 0,43$, $p < .001$). La variance résiduelle du patient et le <i>diabetes efficacy</i> selon le conjoint était significativement corrélée ($\beta = .60$, $p < .001$). Le <i>diabetes efficacy</i> du conjoint a été associé à une meilleure adhérence alimentaire ($\beta = .25$, $p = 0,012$) et à l'adhérence à l'exercice physique ($\beta = 0,33$, $p = 0,002$). Concernant la satisfaction de la relation des variables de contrôle, le patient et son partenaire ont été associés chacun à un <i>common dyadic coping</i> élevé ($\beta = .45$, $p < .001$ pour les patients et $\beta = 0,52$, $p < 0,001$ pour les conjoints). L'âge avancé des patients était associé au <i>diabetes efficacy</i> du patient ($\beta = 0,31$, $p < .001$). Les conditions médicales des patients ont été associées à moins de <i>diabetes efficacy</i> pour les conjoints ($\beta = -.38$, $p < .001$).
Pereira, Pedras, & Machado, (2014)	Quantitative descriptive transverse	n= 387 individus avec le DT2. Age moyen 59 ans. La majorité de l'échantillon était des couples vivant ensemble.	Medication Adherence; Beliefs about Medicines; Family Crisis-oriented Personal; Dyadic Adjustment; Multidimensional Diabetes.	Les résultats ont montré l'ajustement conjugal (<i>dyadic adjustment</i>) comme modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments (dommages et surmenage) et la surveillance de la glycémie. Lorsque l'ajustement conjugal était élevé ($t = 2.545$; $p = 0,011$), les patients diabétiques qui ont déclaré des croyances négatives sur les médicaments étaient plus susceptibles de tester leur glycémie. Il existe une association entre le coping de la famille et les croyances négatives sur les médicaments et la surveillance de la glycémie. Lorsque le coping de la famille était élevé ($t = 3,436$; $p = 0,006$), les patients diabétiques qui ont des croyances négatives sur les médicaments sont plus susceptibles de tester leur glycémie. Lorsque le soutien du partenaire est plus faible ($t = -2,319$; $p = 0,020$), les patients diabétiques sont moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire. Lorsque le soutien du partenaire est plus faible ($t = -2,773$; $p = 0,010$), les patients diabétiques qui ont des croyances négatives sur les médicaments sont moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire.
Pereira, Pedras, Machado,	Quantitative descriptive transversale	n= 340 patients diagnostiqués d'un DT2 au cours des 12 derniers	diabetes self-care activities; Medication adherence; Illness perception.	Il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes sur l'adhérence lié au régime alimentaire ($p = .85$) ; à l'exercice physique ($P=.052$) ; à l'autocontrôle de la glycémie ($P= .83$) ; aux soins des pieds ($P= .93$) et à la prise des médicaments

& Ferreira, (2015)		mois, prenant une médication orale et leurs partenaires.		(P=0,41). L'effet indirect de la représentation des patients sur l'adhésion à la surveillance glycémique a été totalement médiée par la représentation des partenaires (intervalle de confiance à 95% = de 0,017 à 0,103, p <.01). L'effet indirect des patients sur l'adhérence aux traitements, à la surveillance glycémique a été totalement médié par les représentations des partenaires (intervalle de confiance 95% = 0,042 à 0,182, p <.01).
Johnson et al. (2015)	Quantitatif exploratoire	n=117 patients atteints de DT2 et leurs conjoints.	L'engagement actif, La surprotection, L'adhérence diététique, La décompensation diabétique (<i>diabetes distress</i>) Les variables de contrôle.	Un engagement actif élevé est associé à la surprotection élevée : patients (r=.49, p<.001), conjoints (r=.27, P=.005). Il existe une association entre la surprotection et l'augmentation du <i>diabetes distress</i> (r=.19, P=.07). Une surprotection est corrélée par une baisse de l'adhérence diététique (r=-.26, P=.005). Le <i>diabetes distress</i> est relié à une baisse de l'adhérence diététique (r=-.32, P=.001). Un diagnostic de longue date chez un patient DT2 était associé à plus d'engagement actif du conjoint et à une <i>diabetes distress</i> élevé. L'âge avancé du patient a été associé à moins de <i>diabetes distress</i> et la surprotection du conjoint. L'âge avancé du conjoint a été associé à plus de surprotection. Les comorbidités des patients ont été associées à une augmentation du <i>diabetes distress</i> . Les conjoints de sexe masculin ont tendance à la fois à fournir un niveau inférieur d'engagement actif et de surprotection. La satisfaction de la relation de conjoint a été associée à des niveaux plus élevés d'engagement actif. Les comorbidités du conjoint et la satisfaction de la relation du patient ne sont associés à des variables d'aucune étude, ni à aucune variable associée à l'observance diététique. L'association entre la surprotection et le <i>diabetes distress</i> élevé est significative seulement en cas d'une faible participation active du conjoint.
Stephens et al. (2013)	Quantitatif descriptif longitudinale	n= 126 couples. Il s'agit de couple dont un partenaire a été diagnostiqué DT2.	dietary adherence; Diabetes specific distress; Spouses' Diet-related involvement; Diet related support; Diet related persuasion; Diet related pressure; Day in the diary period; Severity of patients' comorbid (non diabetes) symptoms; Diabetes symptom severity.	L'effet de la pression alimentaire est positif et significatif : l'effet fixe = 0,14, t (125) = 6,98, p <.001, ce qui indique que les jours où les conjoints ont fourni un soutien plus que ce qu'ils ont fait en général, les patients ont rapporté une augmentation de l'adhérence alimentaire du jour précédent. Les effets de la persuasion et de la pression conjugale étaient négatifs et peu significatifs : l'effet fixe = -0,04, t (125) = -1,70, p = .09 et l'effet fixe = -0,05, t (125) = -1,76, p = .08, respectivement. Les jours où les conjoints sont engagés dans la persuasion ou la pression plus que d'habitude, les patients ont rapporté une diminution marginale dans le respect alimentaire. Les effets de la pression alimentaire et de la persuasion ne sont pas significatifs : l'effet fixe = -0,01, t (125) = -0,77, p = 0,44 et l'effet fixe = 0,03, t (125) = 1,18, p = 0,24, respectivement. Cependant, l'effet de la pression du conjoint était positif et significatif, l'effet fixe = 0,06, t (125) =

				2,25, p = .03. Les jours où les conjoints engagés dans la pression plus que ce qu'ils ont fait en général, les patients ont rapporté une augmentation du <i>diabetes distress</i> .
Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, (2007)	Quantitatif exploratoire	n= 184 dyades	Illness representation ; Self-management behaviors; Diet; Physical activity; Medication.	Les patients ont obtenu moins de cohérence sur la dimension de la maladie. Ils ont rapporté une moins bonne compréhension de la condition [t (163) = - 2,66, P = 0,46] que leurs partenaires. Les patients ont montré des scores plus élevés pour le contrôle personnel que leurs partenaires [t (163) = 2.01, P = 0,009]. Les représentations des patients et de leurs partenaires ont été significativement corrélées (r = 0,31, P <.01), Il y a une association entre ces représentations et l'adhérence à l'activité physique (r = 0,24, P <.01 ; r = 0,27, P <. 01) ; aux fruits et légumes (r = 0,23, P<.01 ; r = .30, P <.01) aux fibres (r = 0,27, P <.01 ; r = 0,28, P <.01). Deuxièmement, les représentations des patients et des partenaires sur les contrôles personnels étaient significativement corrélées (r = 0,37, P <.01), et chacun a été corrélée avec l'activité physique (r = 0,26, P <.01 ; r = 0,21, P <.05). Troisièmement, les représentations des patients et des partenaires sur l'adhérence au traitement sont significativement corrélées (r = .40, P <.01), et chacune ont été corrélées avec l'activité physique (r = 0,27, P<.01 ; r = 0,21, P <.01).
Mayberry & Osborn, (2012)	Méthodologie mixte (exploratoire)	n=75	Family knowledge about diabetes self- care; Family supportive and nonsupportive behaviors; Medication adherence; Glycemic control.	Il n'y avait pas de différence entre les sexes concernant les perceptions en auto-soins du diabète et sur les connaissances des membres de la famille. Un âge avancé a été associé à des comportements de soutien faible des membres de la famille ($\rho = -0.30, P <0,05$). Les participants ayant un revenu $\geq 40\ 000$ \$ étaient plus susceptibles de bénéficier de soutien que ceux dont le revenu est $<40\ 000$ \$ (U = 263,5, P <0,05). Plus les membres de la famille ont un niveau d'instruction élevé, moins ils disposent de connaissances sur la maladie ($\rho = -0.29, P <0,05$). Les participants qui vivent en couple ont plus de connaissances sur le diabète (U = 567,5, P <0,05), et bénéficient de plus de soutien (U = 560,0, P <0,05). Les participants non blancs avaient des valeurs d'HbA1C plus élevées que les participants blancs (U = 371,5, P <0,05).

Les résultats des articles mettent en évidence les caractéristiques de la famille et leurs influences sur l'adhérence aux recommandations thérapeutiques et il est donc intéressant de procéder à leur catégorisation.

Présentation des résultats

Engagement du partenaire / couple

Le soutien

Une étude de type descriptive transversale s'est penchée sur l'ajustement conjugal (marital adjustment), le soutien des partenaires et l'adaptation de la famille. Le *psychosocial adaptation model of chronic disease* de Livneh (Livneh & Antonak, 2005 cité dans Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p.199) a servi de cadre de référence pour analyser cette problématique. Cet instrument mesure les attributs psychologiques (les croyances sur les médicaments et la qualité de vie dans les maladies chroniques). Dans la relation du couple, un soutien négatif peut avoir des répercussions négatives sur l'adhérence aux médicaments et à l'alimentation (Pereira, Pedras, & Machado, 2014). Le soutien négatif du partenaire a été évalué par le *Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ)* (Talbot et al., 1997 cité dans Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p.200).

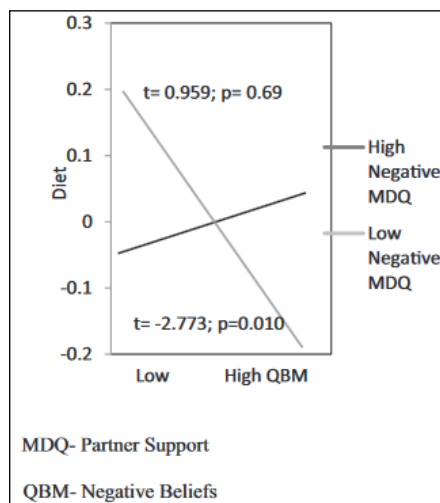


Figure 1 : Partner support – negative beliefs.

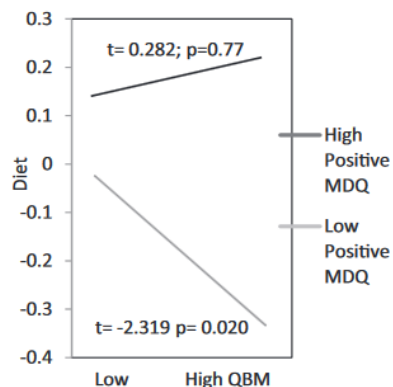
(Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p. 203).

La figure ci-dessus montre la relation entre le *partner support* (soutien du partenaire) et *negative beliefs* (croyances négatives).

Les résultats ont montré que lorsque le soutien du partenaire est plus faible, les patients diabétiques ayant des croyances négatives sur les médicaments adhèrent moins à leur régime alimentaire ($t = -2,773$; $p = 0,010$) (Pereira, Pedras, & Machado, 2014).

Par ailleurs, cette étude (voir figure 2) montre également que lorsque le partenaire apporte un soutien faible, les patients diabétiques adhèrent moins à leur régime alimentaire ($t = -2,319$; $p = .020$) (Pereira, Pedras, & Machado, 2014).

À contrario, il est démontré dans une étude quantitative exploratoire qu'une satisfaction de la relation au sein du couple est associée à des niveaux élevés d'engagement du partenaire (Johnson et al., 2015).



MDQ- Partner Support

QBM- Negative Beliefs

Figure 2 : Partner support – negative beliefs.

(Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p. 202).

Dans leur étude mixte exploratoire, Mayberry & Osborn (2012) documentent la manière dont les participants perçoivent les connaissances en auto-soins des membres de la famille atteints du diabète de type 2, les soutiens spécifiques, les comportements de non soutien, l'adhérence au traitement et au contrôle glycémique (HbA1c). Sur un échantillon de 61 participants, 3 variables ont été testées (*Family knowledge about diabetes self-care, Family supportive and nonsupportive behaviors, Family Behavior Checklist*).

Family knowledge about diabetes self-care (les connaissances de la famille par rapport à l'auto-soins du diabète). Elles sont évaluées par des questions générales comme « généralement, combien de fois, les membres de votre famille ont eu des informations sur le diabète et comment ils le gèrent ? » [traduction libre] (Mayberry & Osborn, 2012, p.1240).

Family supportive and nonsupportive behaviors (comportements de soutien ou de non soutien). Ils sont évalués par la sous-échelle adaptée de *the Diabetes Family Behavior Checklist* (Schafer, Kevin, Mccaul, Glasgow, 1986 cité dans Mayberry & Osborn, 2012, p.1240).

Le tableau suivant montre l'association entre le soutien de la famille et l'adhérence aux recommandations thérapeutiques.

Tableau 1 :

Spearman correlation coefficients between family variables and outcome variables

	Family variables			Outcome variables			
	1	2	3	ARMS			
				Total	Refill	Medications	A1C
1. Family knowledge	1.00			NS	NS	NS	NS
2. Supportive DFBC	0.35*	1.00		NS	NS	NS	NS
3. Nonsupportive DFBC	NS	0.38*	1.00	0.43**	0.24†	0.44**	NS

ρ between ARMS total and A1C marginally significant at $\rho = 0.24$; $P = 0.07$. ρ between ARMS medications (subscale) and A1C significant at $\rho = 0.29$; $P = 0.03$. NS, not significant. † $P < 0.08$. * $P < 0.05$. ** $P < 0.001$.

Source : Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245.

Les résultats montrent qu'un manque de soutien de la famille est associé à une mauvaise adhérence au traitement contre le diabète ($\rho = 0.44$, $P < 0.001$) et cette mauvaise adhérence est associée à des taux élevés de HbA1c ($\rho = 0.29$, $P = 0.03$). Ainsi, les comportements de non soutien familial sont associés à une mauvaise adhérence aux traitements ($\rho = 0.43$, $P < 0.001$). Plus les membres de la famille ont des connaissances sur le diabète, plus ils observent des comportements de soutien spécifique.

Cependant, lorsque les membres de la famille ont moins de connaissances sur le diabète, ils offrent moins de soutien [traduction libre] (Mayberry & Osborn, 2012, p. 1241-1242).

La persuasion et la pression

La figure ci-dessous met en évidence ce que les patients rapportent en lien avec le régime alimentaire lorsque les conjoints utilisent quotidiennement soit le soutien (*support*) soit la pression (*pressure*) soit la persuasion (*persuasion*).

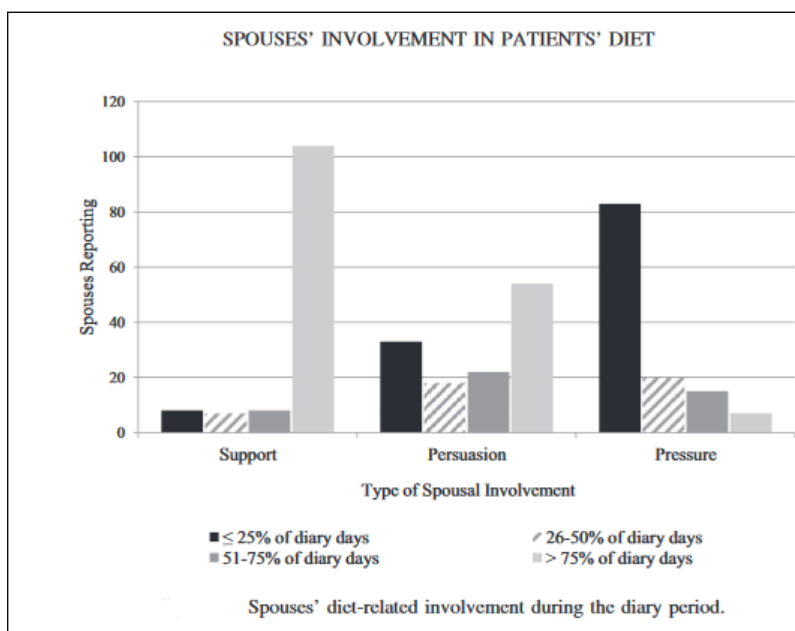


Figure 3 : Spouses' involvement in patients' diet.

(Stephens et al., 2013, p.1033)

Dans la relation du couple, certains conjoints utilisent la persuasion et la pression comme moyens de soutien dans la gestion du diabète de leur partenaire. C'est dans ce sens qu'une étude menée par Stephens et al. (2013) s'est intéressée au contrôle lié à l'alimentation et s'il existe une différence entre les couples qui valorisent la responsabilité du patient dans la gestion du diabète de type 2 et ceux qui ne le font

pas. Il ressort que les effets de la persuasion et de la pression sont négatifs et statistiquement peu significatifs. En effet, lorsque les conjoints utilisent la persuasion ou la pression, plus que d'habitude, les patients rapportent une diminution dans le respect des recommandations diététiques (persuasion : $p = .09$; pression : $p = .08$) (Stephens et al., 2013). En outre, l'effet de la persuasion et de la pression des conjoints est positif et significatif ($p < 0.01$) lorsque ces derniers fournissent un soutien plus que d'habitude. Il en résulte une meilleure adhérence aux recommandations diététiques (Stephens et al., 2013).

De plus, lorsque les conjoints mettent plus de pression que d'habitude, les patients rapportent une hausse de *diabetes distress* ($p = .03$) (Stephens et al., 2013).

Fonctionnement du couple / famille

Le coping dyadic

Johnson et al. (2013), dans leur étude quantitative exploratoire sur le *common dyadic coping* (mécanisme d'adaptation du couple), ont obtenu des résultats en lien avec la prise en charge efficace du diabète. Le *Common dyadic coping subscale of the dyadic coping inventory* (Bodenmann, 2008 cité dans Johnson et al., 2013, p.6) composé de 5 items a été utilisé pour évaluer la manière dont le couple fait face ensemble au stress de la vie en s'engageant dans des séries d'activités. L'objectif étant de tester un aspect spécifique du fonctionnement de la relation intime en lien avec l'adhérence à l'alimentation et à l'exercice physique chez les patients atteints du diabète de type 2. Cette étude s'est inspirée de la *social-cognitive theory de Bandura* (Bandura, 1986 cité dans Johnson et al., 2013, p.11).

Les participants à l'étude ont été recrutés à partir d'un registre de patients d'un centre médical aux Etats-Unis.

Parmi les résultats de cette étude, les auteurs constatent que des niveaux plus élevés de *common dyadic coping* ont été associés au *diabetes efficacy* élevé pour les patients ($p=.041$) et pour les conjoints ($p<.001$) (Johnson et al., 2013). Le *diabetes efficacy* est évalué par la sous-échelle MDQ en 7 items. Cette échelle évalue la confiance du patient dans sa capacité à adhérer au régime alimentaire prescrit (Johnson et al., 2013). Les mêmes auteurs dans une autre étude portant sur le coping du conjoint en lien avec l'adhérence aux recommandations diététiques du patient révèlent que la satisfaction de la relation du couple a été associée à des niveaux d'engagement actif plus élevé du conjoint (Johnson et al., 2015).

La surprotection

Une étude exploratoire a été menée sur 117 couples dont un membre est diagnostiqué d'un diabète de type 2. Cette recherche vise à explorer l'association indirecte de la surprotection du conjoint sur l'adhérence aux recommandations diététiques du patient à travers un mécanisme de détresse diabétique (*diabetes distress*) (Johnson et al., 2015). L'engagement actif (*active engagement*) et la surprotection (*overprotection*) sont évalués par le *patient and spouse reports of a scale* (Buunk et al., 1996 cité dans Johnson et al., 2015, p.364) qui contient 6 items. Il s'agit pour les participants d'indiquer comment ils s'impliquent dans la gestion du diabète de leur partenaire.

Le *diabetes distress* est mesuré par le *Problem Areas In Diabetes Scale* (Polonsky et al., 1995 cité dans Johnson et al., 2015, p.364). Cette échelle qui contient 20 items, évalue le degré de détresse du patient face à sa maladie.

Le *Dietary adherence* (adhérence au régime alimentaire) est évalué par la sous-échelle de *Revised summary of diabetes self-care activities measure* (2 items) (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000 cité dans Johnson et al., 2015, p.364). Cette sous-échelle évalue l'adhérence au régime alimentaire dans le diabète de type 2.

Le tableau ci-dessous met en évidence les corrélations qui existent entre les différentes variables précitées.

Tableau 2 :

Correlations and descriptive statistics for study variables

Correlations and descriptive statistics for study variables (n = 117 couples)							
Variable	1	2	3	4	M	SD	Range
1. Active engagement	.58***	.49***	-.15	.08	3.48	.96	1-5
2. Overprotection	.27**	.55***	.19 [†]	-.05	2.25	.69	1-5
3. Diabetes distress	-.10	.08	-	-.32***	1.53	1.05	0-5
4. Dietary adherence	-.01	-.26**	-	-	4.50	1.90	0-7
M	3.78	2.45					
SD	.73	.74					

Note. Patient scores are above the diagonal, spouses are below the diagonal, and between patient and spouses are along the diagonal. [†]p < .10; *p < .05; **p < .01; ***p < .001 (two-tailed).

Source: Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2015). Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 360-373.

Les résultats de cette étude soulignent qu'un engagement actif important du conjoint est associé à une surprotection du patient (patient : $r = .49$, $p < .001$; conjoints : $r = .27$, $p = .005$) (Johnson et al., 2015). De plus, cette étude indique qu'une surprotection est associée à une baisse de l'adhérence diététique ($r = -.26$, $p = 0.005$) et la surprotection est corrélée par l'augmentation du *diabetes distress* ($r = .19$, $p = .07$). L'association entre la surprotection et le *diabetes distress* élevé est significative lorsqu'il y a un faible engagement du conjoint (Johnson et al., 2015).

Représentations et croyances des patients et partenaires

Dans leur étude descriptive transversale, Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira (2015) analysent les représentations des partenaires et des patients atteints de diabète de type 2. Les variables suivantes ont été mesurées sur 340 individus (les patients et leurs partenaires) dans le nord du Portugal.

Les activités d'auto-soins du diabète sont mesurées par *Revised summary of diabetes self-care activities measure* (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000 cité dans Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira, 2015, p.4). Cette échelle évalue le niveau d'auto-soins et la gestion du diabète.

L'adhérence aux médicaments est mesurée par le *Medication adherence report scale* (Horne, 2001 ; Pereira, Pedras, & Machado, 2012 cité dans Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira, 2015, p.4). Elle évalue l'adhérence aux médicaments notamment la fréquence à laquelle les patients adhèrent aux recommandations médicales.

La perception de la famille est mesurée par *Illness perception questionnaire* (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006 ; Figueiras et al., 2010 cité dans Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira, 2015, p.4). Ce questionnaire évalue les représentations de la maladie à savoir les conséquences, la chronologie, le contrôle personnel, le contrôle du traitement, l'identité, les préoccupations, les émotions et la compréhension de la maladie.

Le tableau ci-après expose les différences ou les similitudes sur l'effet indirect des représentations entre les patients et leurs partenaires par rapport à l'adhérence aux recommandations thérapeutiques chez des patients atteints d'un diabète de type 2.

Tableau 3 :

Bootstrap analyses of the magnitude and statistical significance of indirect effects

Bootstrap analyses of the magnitude and statistical significance of indirect effects.						
Independent variable	Mediator variable	Dependent variable	B mean indirect effect	SE of mean	95% CI mean indirect effect (lower and upper)	p value
Patient (consequences)	Partner (consequences)	Exercise	-.052	.025	-.106; -.001	.047
Patient (consequences)	Partner (consequences)	Glucose monitoring	.062	.032	.013; .166	.023
Patient (consequences)	Partner (consequences)	Foot care	.090	.041	.031; .203	.005
Patient (personal control)	Partner (personal control)	Glucose monitoring	.050	.021	.017; .103	.004
Patient (treatment control)	Partner (treatment control)	Glucose monitoring	.095	.033	.042; .182	.003

($F(1, 338) = .05, p = .83$), to foot care ($F(1, 338) = .007, p = .93$) and medication ($t(337) = .82, p = .41$).

Source : Pereira, M. G., Pedras, S., Machado, J. C., & Ferreira, G. (2015). Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-8.

Les principaux résultats présentés dans le tableau 3 montrent que l'effet indirect de la représentation des patients par rapport aux conséquences du diabète sur l'adhérence à l'exercice physique a été totalement médié par les représentations des partenaires par rapport aux conséquences du diabète (intervalle de confiance à 95% = -.106 à -.001, $p < .05$). Ensuite, l'effet indirect de la représentation des patients par rapport aux conséquences du diabète sur l'adhérence à la surveillance glycémique (intervalle de confiance à 95% = .013 à .166, $p < .05$) et l'adhérence aux soins des pieds (intervalle de confiance à 95% = .031 à .203, $p < .01$) a été partiellement médié par les représentations des partenaires concernant les conséquences du diabète.

Aussi, l'effet indirect de la représentation des patients sur le contrôle personnel du diabète et l'adhérence au contrôle glycémique a été totalement médié par les représentations des partenaires sur le contrôle personnel du diabète (intervalle de confiance à 95% = .017 à .103, $p < .01$). Enfin, l'effet indirect par rapport au contrôle du traitement du diabète sur l'adhérence à la surveillance glycémique a été totalement médié par les représentations des partenaires sur le contrôle du traitement (intervalle de confiance à 95 % = .042 à .182, $p < .01$) [traduction libre] (Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira, 2015, p. 5).

Une étude quantitative descriptive de Searle, Norman, Thompson, & Vedhara (2007) intégrant 184 dyades a aussi évalué les représentations des patients et leurs partenaires. Il ressort que les représentations des patients et de leurs partenaires étaient significativement corrélées ($r = .31$, $p < .01$) et que chacune était corrélée avec l'exercice physique ($r = .24$, $p < .01$; $r = .27$, $p < .01$), avec les fruits et légumes ($r = .23$, $p < .01$; $r = .30$, $p < .01$) et les fibres ($r = .27$, $p < .01$; $r = .28$, $p < .01$). Ensuite, les représentations sur le contrôle personnel des patients et de leur partenaire étaient significativement corrélées ($r = .26$, $p < .01$; $r = .21$, $p < .05$). Pour finir, les représentations sur le contrôle du traitement des patients et des partenaires étaient significativement corrélées ($r = .40$, $p < .01$) et chacune était corrélée par l'exercice physique ($r = .27$, $p < .01$; $r = .21$, $p < .01$) [traduction libre] (Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007, p.181).

Pereira, Pedras, & Machado (2014) dans leur étude mentionnée au préalable, traitent également la problématique des croyances des patients et leur partenaire. Elles sont évaluées par le *Beliefs about Medicines Questionnaire* (Horne, Weinman, & Hankins, 1999 cité dans Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p. 200).

La figure ci- après, montre les relations entre l'équilibre familial (*marital adjustment*) et les croyances négatives en lien avec l'adhérence thérapeutique chez un patient DT2.

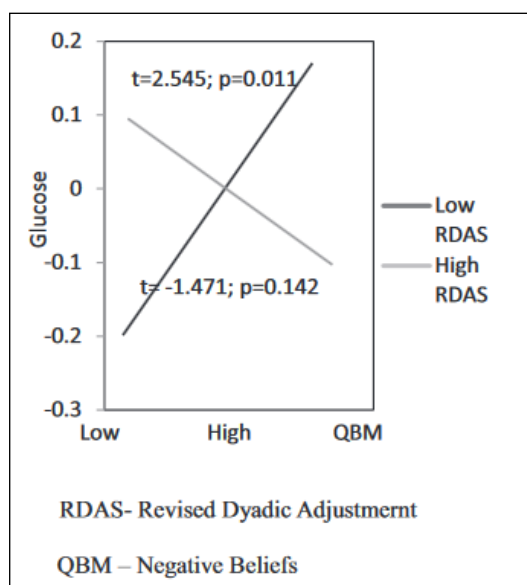


Figure 4 : Revised Dyadic Adjustment – Negative beliefs

(Pereira, Pedras, & Machado, 2014, p. 201)

Les résultats montrent que lorsque le *marital adjustment* est élevé ($t = 2.545$; $p = .011$), les patients ayant des croyances négatives sur les médicaments sont plus susceptibles à contrôler leur glycémie (Pereira, Pedras, & Machado, 2014).

Facteurs sociodémographiques

En plus des facteurs susmentionnés, les facteurs sociodémographiques influencent la prise en soins des patients atteints du diabète de type 2 et leurs proches. Ces facteurs ont des impacts sur l'adhérence aux recommandations thérapeutiques dans le diabète de type 2. Entre autres, il faut citer l'âge, le sexe, la race, le niveau d'instruction, la situation financière, la situation matrimoniale, la durée de la maladie (Mayberry & Osborn, 2012).

Le tableau suivant met en évidence les caractéristiques sociodémographiques qui influencent l'adhérence aux recommandations thérapeutiques chez les patients DT2.

Tableau 4 :
Characteristics of participants

<i>Characteristics of participants</i>		
	<i>N = 61</i>	<i>Range</i>
Age (years)	57.1 ± 8.6	40–78
Women	69	
Race/ethnicity		
African American	28	
White	67	
Other	5	
Education		
<High school degree	0	
High school degree	17	
Some college	38	
>College degree	45	
Annual household income*		
\$0–29,999	17	
\$30,000–59,999	40	
≥\$60,000	43	
Married/partnered	66	
Family diabetes knowledge	3.2 ± 0.9	1–4
DFBC: supportive subscale	2.2 ± 0.7	1–4.2
DFBC: nonsupportive subscale	2.0 ± 0.7	1–3.5
Duration of diabetes (years)	8.0 ± 6.1	0.5–25
Taking insulin	28	
Number of oral diabetes medications	1.4 ± 0.8	0–4
ARMS total	15.8 ± 3.5	12–26
Medications subscale	10.4 ± 2.5	8–18
Refills subscale	5.4 ± 1.7	4–11
A1C	7.0 ± 1.4	5.0–14.5

Data are mean ± SD and range or %. *Income was dichotomized (≥\$40,000 vs. <\$40,000) for some analyses because few participants reported annual incomes <\$30,000.

Source: Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245.

Les résultats indiquent qu'un âge avancé des patients est associé à un niveau plus élevé d'auto-soins du diabète ($p < .001$), et les comorbidités du patient sont

associées à moins de *diabetes efficacy* pour les conjoints ($p < .001$). De plus, le *diabete efficacy* des patients est relié à une meilleure adhérence diététique ($p < .001$) et à l'exercice physique ($p = 0.062$), tandis que le *diabetes efficacy* du conjoint a été associé à une meilleure adhérence alimentaire ($p = 0.012$) et à l'exercice physique ($p = 0.002$) (Johnson et al., 2013). Aussi, les comorbidités des patients ont été associées à une augmentation du *diabetes distress* et les conjoints de sexe masculin fournissent moins d'engagement et de surprotection (Johnson et al., 2015).

Par ailleurs, il est montré que l'âge avancé du patient est associé à moins de *diabetes distress* et à la surprotection du conjoint. Aussi, le *diabetes distress* est associé à une baisse d'adhérence diététique ($r = -.32$, $p = .001$). Cependant, l'âge avancé du conjoint a été associé à plus de surprotection (Johnson et al., 2015).

Les participants qui vivent en couple ont plus de connaissances sur le diabète ($p < 0.05$) et bénéficient de plus de soutien ($p < 0.05$) que les célibataires, les divorcés et les veufs / veuves (Mayberry & Osborn, 2012).

Un diagnostic de longue date chez un patient diabétique de type 2 est associé à plus d'engagement actif du conjoint et à une *diabetess distress* élevée (Johnson et al., 2015). Le diagnostic de longue durée a été associé à une faible *diabetes efficacy* ($p = 0.029$) et une faible adhérence à l'exercice physique ($p = 0.015$) du patient (Johnson et al., 2013).

La littérature montre qu'il existe une différence entre les valeurs de l'HbA1c entre la race blanche et les autres races. En effet, les participants non blancs avaient des valeurs d'HbA1c plus élevées que les participants blancs ($p < 0.05$) (Mayberry & Osborn, 2012).

La situation financière joue un rôle important dans la gestion de la maladie chez les patients atteints du diabète de type 2. Mayberry & Osborn (2012) relèvent dans leur étude que les patients ayant un revenu annuel $\geq 40'000$ dollars bénéficient de plus de soutien de la part de leur famille que ceux qui ont un revenu $< 40'000$ dollars ($p < 0.05$).

Dans cette même étude, les auteurs soulignent l'importance du niveau d'instruction en lien avec les connaissances du diabète de type 2. En effet, les auteurs ont démontré que, plus les membres de la famille ont un niveau d'instruction élevé, plus ils disposent de moins de connaissances sur la maladie ($\rho = -0.29$, $P < 0.05$) (Mayberry & Osborn, 2012).

Discussion

La discussion met en exergue les principaux résultats. Elle permet de ressortir les éléments essentiels et de les mettre en lien avec les résultats, d'identifier les limites des études, leur validité et leur transférabilité pour, à la fin, émettre des recommandations pour la pratique.

Résultats de la recherche

De la synthèse des résultats, quatre catégories ont été mises en évidence, à savoir l'engagement du partenaire / couple, le fonctionnement du couple / famille, les représentations et les croyances des patients et partenaires, les facteurs sociodémographiques. Ces catégories permettent de répondre à la question de recherche.

L'engagement du partenaire / couple

L'engagement du partenaire / couple est un élément central qui favorise l'adhérence aux recommandations thérapeutiques. En effet, il a été démontré qu'un soutien ou un manque de soutien du partenaire peut avoir une répercussion sur les comportements d'adhérence du patient (Pereira, Pedras, & Machado, 2014). Une des mesures de la non-adhérence est le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Il est montré qu'un taux élevé d'HbA1c est associé à une mauvaise adhérence (Mayberry & Osborn, 2012). D'ailleurs, Pereira, Pedras, & Machado (2014) relèvent qu'un manque de soutien ou un soutien de faible intensité du partenaire constitue des facteurs de non-adhérence du patient ayant des croyances négatives par rapport aux recommandations thérapeutiques (régime alimentaire, surveillance glycémique).

Certains partenaires usent de la persuasion et/ou de la pression pour soutenir leurs conjoints dans la gestion de leur diabète de type 2 (DT2). Or, il a été révélé que lorsque les partenaires utilisent de manière excessive la pression et/ou la persuasion, le patient respecte peu ou pas les recommandations diététiques, avec pour conséquence directe une augmentation du *diabetes distress*. Toutefois, les résultats montrent aussi que si le partenaire a recours à la persuasion et/ou la pression avec un fort soutien, le patient adhère mieux aux recommandations (Stephens et al., 2013).

Le fonctionnement du couple / famille

Le fonctionnement du couple influence fortement l'adhérence du patient. En effet, il est démontré que si le couple dispose d'un bon coping, il en résulte une gestion efficace de la maladie (Johnson et al., 2013).

Par ailleurs, il est montré qu'un engagement de forte intensité peut déboucher sur une surprotection du patient avec comme conséquences une diminution de l'adhérence diététique et l'augmentation du *diabetes distress* de ce dernier (Johnson et al., 2015).

Les représentations et les croyances des patients et partenaires

Les représentations des patients diabétiques par rapport aux conséquences du DT2 sont fortement liées à celles des partenaires. De plus, ces représentations influencent les comportements d'adhérence à l'alimentation, à l'exercice physique, à la surveillance glycémique et aux soins des pieds chez les patients (Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira, 2015).

Il est montré que le contrôle perçu du patient par rapport au comportement dans la gestion de la maladie est en accord total avec ceux des partenaires en termes d'adhérence à l'alimentation (fruits, légumes et fibres), à l'exercice physique, au contrôle de la glycémie et à la prise de médicaments. Il existe ainsi une forte concordance entre les croyances du patient et celles des partenaires concernant le diabète (Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007). Il apparaît qu'un patient ayant des fausses croyances au sujet de l'efficacité du traitement sera plus susceptible de contrôler sa glycémie (Pereira, Pedras, & Machado, 2014).

Les facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques jouent un rôle non-négligeable dans la prise en charge du DT2. Il est relevé que moins la famille dispose des connaissances sur la maladie, moins elle offre de soutien (Mayberry & Osborn, 2012). De plus, les résultats semblent indiquer qu'en plus des connaissances de la maladie qui sont importantes, d'autres facteurs tels que l'âge (âge avancé), le sexe, la race, le niveau d'éducation, la situation financière, la situation matrimoniale, les comorbidités ainsi que la durée de la maladie jouent un rôle prépondérant dans l'adhérence aux recommandations thérapeutiques (Mayberry & Osborn, 2012).

Qualité et limites des études

Cette revue de littérature comporte des qualités et des limites. La première limite est l'accès aux études. En effet, l'accès à tous les articles pour ce travail a été difficile de sorte qu'il était nécessaire d'utiliser plusieurs stratégies pour les trouver. Au niveau de la qualité, l'ensemble des sept articles retenus a reçu l'approbation des comités éthiques de recherche des pays de publication.

De manière générale, la taille des échantillons est relativement importante. Par exemple, l'étude menée par Mayberry & Osborn (2012) comporte un échantillon de $n = 75$ participants, ceci peut biaiser l'interprétation ou le sens des résultats. Toutefois, les résultats de l'étude de Pereira, Pedras, & Machado (2014), qui inclut $n = 387$ participants, peuvent s'avérer plus significatifs. Toutes les études ont mesuré avec des instruments fiables et valides les variables en lien avec la question de ce travail.

D'autre part, cette revue de littérature comporte d'autres limites. D'abord, l'ensemble des études était en anglais, ce qui a été un frein pour nous et surtout pour la traduction des termes utilisés. Nous nous sommes vite rendus compte de la difficulté de traduire ces termes qui n'ont pas toujours été traduits. Il nous a été difficile de trouver la traduction française étant donné que des auteurs francophones les ont également écrits en anglais. Par ailleurs, aucune des études n'a été réalisée en Suisse. De ce fait, l'interprétation et la transférabilité dans la pratique peut comporter des biais. De plus, la généralisation des résultats comporte aussi des limites car il existe des diversités et disparités en termes de population et de participants (âge, setting).

La population de l'étude de Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira (2015) est composée d'un grand échantillon ($n=340$). Les résultats présentent des données très significatives sur les représentations des patients et leurs partenaires par rapport aux conséquences du DT2. Il apparaît que ces représentations influencent fortement les comportements d'adhérence. De plus, l'instrument utilisé, *Illness Perception Questionnaire* est fiable et valide. Cependant, cette étude ne propose pas de pistes d'intervention pour la pratique.

De la même façon, l'étude de Mayberry & Osborn (2012) comporte aussi des points forts et des limites. Comme points forts, elle propose de bonnes pistes et des points d'investigation pour le processus de soins. Les résultats montrent que le soutien et les connaissances sur la maladie influencent positivement l'adhérence aux recommandations thérapeutiques. La limite de cette étude est qu'elle ne s'intéresse pas au fardeau des proches, ce qui peut avoir une grande influence sur l'adhérence. En effet, selon Sager Tinguely et al., (2011), le soutien des proches aidants peut être source de stress et d'épuisement avec comme conséquences des risques de maltraitance et/ou de négligence envers le patient.

Résultats : importance, transférabilité, limites

Cette revue de littérature ne montre pas d'intervention qui favorise l'adhérence thérapeutique. Parmi les sept études, aucune n'utilise un devis randomisé contrôlé, ce qui aurait permis de déboucher sur des interventions concrètes. Cependant, les principaux résultats ressortis des études peuvent être potentialisés en vue de soutenir cette problématique de soin. Parmi les résultats, le soutien de la famille, l'importance des connaissances de la maladie et son monitoring (l'auto-contrôle de la glycémie, l'alimentation, l'activité physique et les soins des pieds) sont les plus évoqués (Pereira, Pedras, & Machado, 2014). Ces résultats apparaissent comme les plus pertinents et intéressants pour la pratique.

Toutefois, il est important de souligner que certains facteurs sociodémographiques ont un grand impact dans la gestion de la maladie (Mayberry & Osborn, 2012).

Bien que l'infirmière ne puisse pas directement agir sur ces facteurs (âge, sexe, race, situation matrimoniale, situation financière, le niveau d'éducation, les comorbidités), ils sont importants car ils peuvent être intégrés lors de l'anamnèse ou la récolte des données. Il s'agit par exemple de documenter des informations utiles en se basant sur les connaissances, les croyances et les représentations de la personne et sa famille. Aussi, il faut prendre en compte la situation financière, la prise en soins des comorbidités afin d'orienter le patient et sa famille vers des institutions spécialisées.

Implication théorie, famille, pratique

La quasi-totalité des études met l'accent sur le soutien et l'engagement des familles /proches si les professionnels veulent favoriser l'adhérence thérapeutique auprès du patient atteint de DT2. La littérature démontre que le modèle de McGill est le cadre théorique idéal de mise en œuvre de ce processus. Ce modèle accorde une place importante à l'aspect environnemental dans la gestion quotidienne de la maladie (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015). Ce modèle privilégie la collaboration entre la famille et les professionnels. Dans la pratique, les professionnels prennent en compte les ressources du patient et de sa famille. En effet, « la famille et l'environnement prédisposent ou renforcent les comportements de santé ou à l'opposé, les fragilisent » (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015, p. 38). Ceci démontre une fois encore l'importance du soutien et de l'engagement de la famille dans la gestion de la maladie. Par ailleurs, Garbacz et al. (2015), soulignent l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en soins des maladies chroniques. Les résultats montrent que le soutien et l'engagement sont des éléments importants pour l'adhérence thérapeutique.

En conséquence, si la famille ou le proche est impliqué dans l'éducation thérapeutique, l'adhérence sera renforcée (Li, Drury, & Taylor, 2014).

Non seulement Mayberry & Osborn (2012) mettent en avant le soutien mais ils accordent une importance aux connaissances des proches sur la maladie. En effet, le proche aidant doit être performant dans la prise en soins de la maladie du patient (Sager Tinguely et al., 2011). Cette prise en charge peut engendrer un stress important dans l'exercice de son rôle. Ce qui veut dire que la maladie du patient a des impacts sur la santé de l'aidant. Par conséquent, l'adhérence des patients est importante pour sa survie. Ainsi, les proches aidants doivent aussi préserver leur état de santé et il est important de leur donner les moyens pour qu'ils agissent de manière efficace dans le but de prévenir un éventuel burn-out et diminuer le fardeau. Pour ce faire, l'infirmière doit évaluer constamment leurs capacités et leur ressource en vue de les soutenir dans ce processus.

Recommandations pour la pratique et la formation

Il est vrai que les études ne donnent pas concrètement des pistes d'intervention pour la pratique infirmière. Toutefois, ce travail nous oriente vers des éléments incontournables pour favoriser ou soutenir l'adhérence aux recommandations thérapeutiques du patient atteint du diabète de type 2. Ces données concernent notamment le soutien, les connaissances et les facteurs sociodémographiques.

Pereira, Pedras, & Machado (2014) suggèrent qu'un soutien négatif peut avoir des répercussions négatives sur l'adhérence.

Pour ce faire, le proche doit apporter un soutien positif au patient. Or, un bon soutien est basé sur des connaissances et une bonne gestion de la maladie.

D'où la nécessité des infirmières de faire des enseignements aussi bien aux patients qu'aux proches. Il s'agit concrètement de récolter les données lors de l'anamnèse qui sera centrée à la fois sur le patient et les proches.

Lorsque la famille dispose de connaissances suffisantes sur la maladie, elle offre plus de soutien et ceci favorise l'adhérence aux recommandations thérapeutiques (Mayberry & Osborn, 2012). Il est alors utile de vérifier les connaissances des proches / conjoints et de leur apporter un enseignement sur la maladie. Ceci, afin de favoriser leur implication dans le processus d'adhérence aux recommandations thérapeutiques tout en tenant compte de leurs besoins, leurs croyances, leurs perceptions et leurs convictions.

Les infirmières doivent être formées à l'éducation thérapeutique afin de soutenir et/ou favoriser l'adhérence chez les patients. Pour ce faire, des programmes intensifs d'éducation thérapeutique doivent être initiés dans les lieux de formation pour les étudiants en soins infirmiers. Dans les institutions de soins (surtout en diabétologie), les professionnels de la santé devraient avoir accès aux formations à l'éducation thérapeutique et disposer des outils fiables (guidelines, questionnaires spécifiques...) dans le but de favoriser l'adhérence aux recommandations thérapeutiques.

Conclusion

Ce travail de Bachelor avait pour objectif de réaliser une revue de littérature afin de montrer l'influence des caractéristiques de la famille sur l'adhérence chez les personnes âgées atteintes du diabète de type 2. Il a été constaté après moult recherches, qu'il existe peu d'études qui se sont intéressées à des interventions infirmières visant à favoriser l'adhérence thérapeutique chez le patient atteint de diabète de type 2. En conséquence, le choix a été porté sur des études impliquant la famille. Malgré ce choix, peu de recherche ont traité cette thématique.

Cette revue de littérature a mis en évidence des facteurs de risques et fait émerger des recommandations pour la pratique en soins infirmiers.

Par ailleurs, le temps imparti à la réalisation de ce travail a été relativement court ce qui a limité la recherche. Ensuite, le peu d'expérience dans la réalisation d'un travail aussi conséquent et l'utilisation de la langue anglaise pour toutes les études ont constitué des défis de taille que nous avons dû relever pour mener ce travail à bien. Tout en reconnaissant que ce travail reste perfectible, il a le mérite de nous offrir des pistes pour la réalisation de futurs travaux et des ressources pour notre pratique professionnelle.

Etant donné que la proportion des personnes atteintes du DT2 est en forte progression dans le monde, la question de l'adhérence aux recommandations thérapeutiques reste d'actualité.

Ne serait-il pas intéressant de mener des études longitudinales avec un échantillon conséquent afin de comprendre les enjeux liés à la problématique de l'adhérence et proposer surtout des interventions adaptées à ces caractéristiques ?

Liste des références bibliographiques

- Ardigo, S., Perrenoud, L., & Philippe, J. (2013). Diabète de la personne âgée : une prise en charge sur mesure. *Rev Med Suisse*, 9(389), 1192–9.
- Bare, B., Smeltzer, S., Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2011). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie 3 : Fonctions digestive, métabolique et endocrinienne* (Vol. 3). Groupe de Boeck.
- Berben, L., De Geest, S. (2012). Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz. *Krankenpflege*.
- Biro, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 28.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04745.x>.
- Bordier, L., Doucet, J., Boudet, J., & Bauduceau, B. (2014). Update on cognitive decline and dementia in elderly patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 40(5), 331-337. <http://doi.org/10.1016/j.diabet.2014.02.002>.
- Confédération des organisations familiales de l'Union européenne. (2009). *Charte Européenne de l'aidant familial*. Repéré à http://www.coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterFR.pdf.
- Conn, V. S., Rupp, T. M., Chan, K. C., Dunbar-Jacob, J., Pepper, G. A., & De Geest, S. (2015). Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*, 31(1), 145-160. <http://doi.org/10.1185/03007995.2014.978939>.
- Doggrell, S. A., & Kairuz, T. (2014). Comparative studies of how living circumstances influence medication adherence in ≥65 year olds. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(1), 30-35. <http://doi.org/10.1007/s11096-013-9894-5>.
- Garbacz, L., Juillièr, Y., Alla, F., Jourdain, P., Guyon, G., Coudane, H., ... Claudot, F. (2015). Perception of therapeutic patient education in heart failure by healthcare providers. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 108(8-9), 446-452. <http://doi.org/10.1016/j.acvd.2015.03.008>.
- Hagon-Traub, I., Hirsiger, P., Bovet, P., Ruiz, J., Peytremann-Bridevaux, I., Noth, C., & Hauschild, M. (2010). Programme cantonal Diabète, présentation du programme. *Service de la Santé Publique du canton de Vaud*. Lausanne, Suisse.
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 299-305. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.015>.

- Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2013). Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. *Journal of Family Psychology, 27*(5), 722-730. <http://doi.org/10.1037/a0034006>.
- Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2015). Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. *British Journal of Health Psychology, 20*(2), 360-373. <http://doi.org/10.1111/bjhp.12105>.
- Kichler, J. C., Kaugars, A. S., Maglio, K., & Alemzadeh, R. (2012). Exploratory analysis of the relationships among different methods of assessing adherence and glycemic control in youth with type 1 diabetes mellitus. *Health psychology, 31*(1).
- Laginha, T., Covinhas, A.L., do O, D., Boavida, J-M., Raposo, J.F. (2016, Mai). Diabète Type 3, Maladie Chroniques et Familles. Communication présentée au 6ème Congrès Européen de la SETE Education Thérapeutique du Patient: Santé-Créativité, Genève, Suisse. Repéré à <http://www.sete2016.org/wp-content/uploads/2016/05/SETE-Programme-final-v6.pdf>.
- Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2014). A systematic review of the experience of older women living and coping with type 2 diabetes: Older women's experiences of type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Practice, 20*(2), 126-134. <http://doi.org/10.1111/ijn.12135>.
- Loiselle, C.-G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care, 35*(6), 1239-1245. <http://doi.org/10.2337/dc11-2103>.
- McCulloch, D.-K. (2016). Initial management of blood glucose in adults with type 2 diabetes mellitus. Repéré à http://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?source=search_result&search=diabete+type+2+prise+en+charge&selectedTitle=1~150#H6.
- McCulloch, D.-K., Robertson, R.P. (2016). Patient information: Diabetes mellitus type 2: Overview (Beyond the Basics). Repéré à <http://www.uptodate.com/contents/diabetes-mellitustype-2-overview-beyond-the-basics>.
- Monod, S., & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *Rev Med Suisse, 5*, 2353-2357.
- Mukhtar, O., Weinman, J., & Jackson, S. H. D. (2014). Intentional Non-Adherence to Medications by Older Adults. *Drugs & Aging, 31*(3), 149-157. <http://doi.org/10.1007/s40266-014-0153-9>.

- Néron, A. (2012). Le partenariat de soins entre le patient et l'équipe médicale CSSS Alphonse Desjardins [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://www.csssalphonsedesjardins.ca/fileadmin/CSSSAD/PDF/Centres_d_expertises_et_services_r%C3%A9gionaux/Clinique_plaies_complexes/Pr%C3%A9sentation_congr%C3%A8s/Partenariat_soins_patient_%C3%A9quipe_m%C3%A9dicale.pdf.
- Observatoire suisse de la santé. (2015). Communiqué de presse. Le système de santé se concentre sur les maladies chroniques. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/press.html?pressID=10346>.
- Observatoire suisse de la santé. (2015). Diabète sucré (RNS). Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/diabete-sucre-rns>.
- Organisation mondiale de la Santé (1946). La définition de la santé de l'OMS. *In Who. Int.* Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). Diabète. Aide-mémoire n° 312. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Maladie chroniques. Repéré à http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Rapport Mondial sur le Diabète. *Résumé d'orientation*. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204875/1/WHO_NMH_NVI_16.3_fre.pdf?ua=1.
- Paquette-Desjardins, D. (2013). Au-delà des mots. L'intégration d'une approche collaborative à notre pratique professionnelle. *Savoir-Vouloir-Pouvoir*. [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/ORIILL/2013/oriill_approche_collaborative_notre_pratique_professionnelle.pdf.
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle de McGill. Une approche collaborative en soins infirmiers (2^{ème} éd)*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2014). Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 32(2), 198-206. <http://doi.org/10.1037/fsh0000029>.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Machado, J. C., & Ferreira, G. (2015). Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-8. <http://doi.org/10.1080/13548506.2015.1118517>.
- Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. Repéré à <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>.

- Reach, G. (2006). *Clinique de l'observance: l'exemple des diabetes*. John Libbey Eurotext. Montrouge, France.
- Sager Tinguely, C., Weber, C., Gasser, C., Graber, J., Gross, J., Progin, E., ... Schenevey Perroulaz, E. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison : Éd. Lamarre.
- Schneider, M. P., Herzig, L., Hugentobler Hampai, D., & Bugnon, O. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Revue Médicale Suisse*, 386, 1032-1036.
- Schneider, M.-P., Locca, J.-F., Bugnon, O., & Conzelmann, M. (2006). L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien ? *Revue médicale Suisse*, 56. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2006/RMS-56/31120>.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 175-184. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.02.006>.
- Skyler, J. S., Bergenstal, R., Bonow, R. O., Buse, J., Deedwania, P., Gale, E. A. M., ... Sherwin, R. S. (2009). Intensive Glycemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials: A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care*, 32(1), 187-192. <http://doi.org/10.2337/dc08-9026>.
- Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., Iida, M., Hemphill, R. C., & Salem, J. K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 32(10), 1029-1037. <http://doi.org/10.1037/a0030018>.
- Tang, T. S., Brown, M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 266-276. DOI:10.1177/0145721708315680.
- Zomahoun, H. T. V., de Bruin, M., Guillaumie, L., Moisan, J., Grégoire, J. P., Pérez, N., ... & Guénette, L. (2015). Effectiveness and content analysis of interventions to enhance oral antidiabetic drug adherence in adults with type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Value in Health*, 18(4), 530-540.

Appendices

Appendice A :
Déclaration d'authenticité

Nous soussignés, Gezim Morina et Komi Agbekponou déclarons sur l'honneur que ce travail de Bachelor est le fruit d'une réalisation personnelle, authentique et sans aide illicite. Ce travail est en conformité avec les directives de la Haute Ecole de Santé-Fribourg.

Fribourg, le 14 juillet 2016

Gezim Morina

Komi Agbekponou

Rapport-Gratuit.com

Appendice B :

Grille d'évaluation et de lecture, approche mixte

Article de Mayberry & Osborn (2012)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. <i>Diabetes Care</i> , 35(6), 1239-1245
Résumé	<p>L'objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est d'explorer les relations entre les perceptions des membres de la famille diabétique sur les connaissances en auto-soins - Les membres de la famille qui ont des comportements qui n'offre pas de soutien - L'adhérence des participants aux traitements ainsi que le contrôle glycémique (HbA1c). <p>La méthode :</p> <p>Les adultes atteints de diabète de type 2 ont participé à des séances de groupes de discussion qui ont discuté des obstacles et les facilitateurs à la gestion du diabète (n = 45) et / ou complété des enquêtes (n = 61) pour collecter des informations démographiques, des mesures de diabète observance du traitement, les perceptions du diabète de membres de la famille, la connaissance d'auto-soins et les perceptions spécifique au soutien du diabète et les comportements des membres qui n'offrent pas de soutien à la famille. La plupart HbA1C récente a été extrait du dossier médical.</p> <p>Les résultats :</p> <p>Les perceptions des membres de la famille qui étaient mieux informées sur le diabète a été associé à des membres de la famille percevant plus de comportements de soutien spécifique au diabète.</p> <p>Cependant, il n'a pas été associé à la perception des comportements des membres de la famille qui n'offrent pas de soutien. Les membres de la famille qui ne percevaient pas des comportements de soutien étaient moins adhérents à son traitement médicamenteux pour le diabète et de ce fait le patient était moins adhérent pour son contrôle glycémique.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Les rapports des participants concernant les comportements des membres de la famille qui n'offrent pas de soutien ont été associés à une faible adhérence médicamenteuse contre le diabète. Les participants ont souligné l'importance de l'aide instrumentale pour l'auto prise en charge de leur diabète et ont déclaré que les comportements familiaux qui n'offrent pas de soutien ont saboté leurs efforts.</p>

<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>Le but</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est d'explorer les relations entre les perceptions des membres de la famille diabétique sur les connaissances en auto-soins - Les membres de la famille qui ont des comportements qui n'offre pas de soutien - L'adhérence des participants aux traitements ainsi que le contrôle glycémique (HbA1c).
<p>Recension des écrits</p>	<p>Pour les adultes atteints de diabète de type 2, la performance des activités d'auto-soins du diabète est associé à un meilleur contrôle glycémique et de prévenir les complications liées au diabète, les hospitalisations et la mortalité.</p> <p>La plupart des théories du changement de comportement de santé requis pour l'exécution d'auto-soins du diabète comprennent une composante de soutien social, et les membres de la famille sont considérés comme une source importante de soutien social pour les adultes atteints de diabète.</p> <p>Les membres de la famille peuvent avoir un impact positif et / ou négatif sur la santé des personnes atteintes de diabète, interférer avec ou faciliter des activités de soins, et contribuer ou atténuer les effets néfastes du stress sur le contrôle glycémique.</p> <p>Bien que les membres de la famille puissent fournir de nombreux types de soutien social (par exemple, émotionnel, informatif, et le soutien de l'évaluation), le soutien instrumental (c. -à- actions observables qui le rendent possible ou plus facile pour un individu d'effectuer des comportements sains) a été le plus fortement associé à l'adhérence à des comportements d'auto-soins à travers les maladies chroniques.</p> <p>Même avec des données corrélationnelles soutenant l'importance du soutien instrumental, les interventions ciblent rarement le soutien de la famille comme un moyen de promotion de comportements de diabète auto-soins chez les adultes. La plupart des essais d'intervention du diabète examine l'effet de l'éducation individuelle sur le contrôle glycémique, sans engager ou l'éducation des membres de la famille ou de la comptabilité pour le soutien des membres de la famille comme un résultat de processus.</p> <p>Les quelques interventions pour les adultes atteints de diabète qui ont inclus les membres de la famille ont été à la fois largement incompatibles dans leur approche et inefficace pour influencer les résultats de santé. Par exemple, Kang et al. (12) ont testé une intervention qui comprenait des séances individuelles de la famille de l'éducation, des séances d'éducation familiale de groupe, et les appels téléphoniques hebdomadaires de plus de 6 mois. Les participants avec l'intervention de la famille ont signalé une augmentation des comportements de soutien des membres de la famille et une diminution des membres de la famille qui n'offre</p>

	<p>pas de comportement de soutien. L'amélioration des comportements des auto-soins liés au diabète, le poids et le contrôle glycémique ont été notées, bien que ces changements observés ne soient pas significatives (probablement en raison de la petite taille de l'échantillon). En outre, Wing et al. (13) ont comparé l'efficacité d'une intervention de perte de poids avec les conjoints contre une intervention individuelle de perte de poids et a trouvé aucun effet significatif de l'intervention du conjoint sur l'exercice, l'apport calorique, la perte de poids, ou le contrôle de la glycémie par rapport à l'intervention individuelle. Gilliland et al. (14) a effectué un essai d'intervention à trois bras dans les communautés amérindiennes qui comprenait des groupes de psychoéducation avec les adultes atteints de diabète et leurs membres de la famille, en tête-à-tête de psychoéducation sans membres de la famille, et un groupe de contrôle. Incompatible avec les prédictions, les groupes d'intervention ont démontré de faibles augmentations de contrôle de la glycémie par rapport au groupe témoin. Cependant, les participants ont été randomisés pour ne pas conditionner, et l'étude n'a pas évalué les effets des interventions sur les comportements de diabète auto-soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les théories du changement de comportement de santé. L'adhérence Les comportements de soutien</p>
Hypothèses	
Méthodes Devis de recherche	<p>Méthodologie mixte (exploratoire)</p>

Population et contexte	<p>Echantillon :</p> <p>Parmi les personnes admissibles qui ont consenti à participer (N = 75) :</p> <p>61% (n = 45) ont participé à une séance de groupe de discussion qui comprenait une discussion, enquête, des rafraîchissements.</p> <p>Tous les participants inscrits qui ne fréquentent pas un groupe de discussion ont été invités à remplir le questionnaire par téléphone et / ou par la poste.</p> <p>Seize participants supplémentaires ont répondu au sondage, fournissant des données quantitatives pour n = 61.</p> <p>Contexte (recrutement) :</p> <p>Les groupes de discussion ont été menées dans le cadre d'un projet plus vaste étude obstacles et les facilitateurs du diabète observance du traitement et l'utilisation de la technologie pour gérer le diabète et les médicaments régimes. De Juin à Décembre 2010, nous avons recruté des adultes diagnostiqués avec le diabète de type 2 qui ont été prescrits médicaments contre le diabète hypoglycémiant anglophone. Les assistants de recherche ont approché les participants dans les salles d'attente de la clinique et ont répondu aux demandes de renseignements au sujet de l'étude de tracts ou des annonces de listserv.</p> <p>Ethique :</p> <p>L'Institutional Review Board Vanderbilt University Medical Center a approuvé toutes les procédures avant inscription des participants.</p>
Collecte des données et	<p>Tous les tests statistiques ont été effectués en utilisant la version STATA 11. Les statistiques descriptives caractérisent l'échantillon. Ils ont effectué des tests de Shapiro-Wilk de normalité et ensuite utilisé un échantillon indépendant- t tests pour</p>

mesures	<p>explorer les différences de groupe pour les variables normalement distribuées et Mann-Whitney U des tests pour les variables non normally distribués. Ils avaient déjà examiné les différences démographiques entre les participants aux groupes de discussion (n = 45) et les non (n = 16) et trouvé aucune différence. Nous avons testé les relations entre les variables, la famille, et les résultats démographiques (c. -à- dire l'observance du traitement et de contrôle de la glycémie) à l'aide de l'échantillon indépendante de t tests, Mann-Whitney U tests, ou des coefficients de corrélation de Spearman (p), selon le cas.</p> <p>Des cassettes audio ont été transcrites. Ils ont utilisé NVivo 9 à code, analyser et interpréter les transcriptions en utilisant des éléments de la théorie à la terre. Tout d'abord, ils ont identifié toutes les références aux membres de la famille dans les transcriptions. Ils ont ensuite effectué une analyse thématique sur les commentaires des participants au sujet des membres de la famille, à l'exclusion des commentaires sur des antécédents familiaux de diabète. Les thèmes majeurs identifiés comprenaient 1) le soutien des membres de la famille et 2) les comportements membres de la famille qui n'offrent pas de soutien ». Ils ont ensuite utilisé l'analyse comparative pour classer les commentaires des participants au sujet du soutien de la famille soit comme instrumental, informationnel, émotionnel, ou le soutien d'évaluation. Des analyses comparatives des comportements des membres de la famille qui n'offrent pas de soutien a conduit à l'élaboration de deux sous - thèmes comme suit : 1 comportements) sabotage et 2) échouer.</p> <p>Les efforts visant à assurer la qualité (Efforts to ensure quality).</p> <p>Pour assurer la fiabilité de notre approche méthodologique, nous avons participé à, enregistré et transcrit des séances de débriefing après chaque groupe de discussion pour discuter des thèmes émergents. Nous avons également utilisé la triangulation méthodologique et analyste. Les désaccords sur la signification d'un commentaire du participant ou le type de support décrit ont été résolus par la discussion et le consensus. Dans le cas où un commentaire des participants n'a pas pu être clairement identifiée comme soutien ou offrent pas de soutien, il a été exclu de l'analyse. Enfin, le soutien de la famille est apparu sans enquête de facilitateur dans 11 groupes de discussion avec deux animateurs différents.</p> <p>Ainsi, la cohérence des participants commente sur la participation de la famille à travers les groupes améliore la validité de nos résultats qualitatifs.</p>
---------	---

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Aspect qualitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont mené 11 groupes de discussion avec deux à six participants, un animateur qualifié (LSM ou CYO), et un preneur de notes formé. - Chaque groupe de discussion comprenait une discussion de -60-min et enquête ~20-30-min. - Conformément au protocole d'étude des parents, des questions des groupes de discussion portaient sur les obstacles et les facilitateurs de l'observance du traitement, des expériences avec et les attitudes envers l'utilisation de la technologie de l'information sur la santé pour gérer le diabète et les médicaments des régimes, et des idées pour tirer parti de la technologie pour améliorer l'autogestion du diabète. - Toutes les sessions étaient émergentes, semi - structurées et ont permis à l'animateur d'adapter les questions aux expériences des participants. - Les discussions ont été enregistrées et transcrites mot à mot. <p>Ainsi, on n'a pas eu une question a priori sur le rôle des membres de la famille dans les comportements en auto-soins des participants.</p> <p>Aspect quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une brève enquête a recueilli des renseignements démographiques, y compris les participants de l'âge, le sexe, la race / l'origine ethnique, l'éducation, le revenu des ménages, et l'état matrimonial. - Les participants ont également signalé les perceptions des membres de la famille de la connaissance du diabète auto-soins et complété des mesures validées de perceptions des membres de la famille spécifique au diabète comportements favorables et offrent pas de soutien et leur adhérence aux médicaments contre le diabète. - Les membres des familles comprenaient des personnes de la part du participant considéré de son / sa famille
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Aspect qualitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des séances de groupe de discussion ont été stratifiées par la fréquence de l'information sanitaire quant à l'utilisation de la technologie auto-déclarée des participants pour faciliter la discussion spécifique aux questions de recherche d'étude des parents. <p>Aspect quantitatif :</p>

- La connaissance de la famille sur les auto-soins liée au diabète. (**Family knowledge about diabetes self-care**).

Les perceptions de la connaissance du diabète en auto-soins de membres de la famille a été évaluée en demandant : « En général, combien sont membres de votre famille informés de ce qu'est le diabète et ce qu'il faut pour le gérer ? » Les réponses étaient sur une échelle de quatre points, allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup).

- La famille qui a des comportements favorables et qui n'offre pas de soutien (**Family supportive and nonsupportive behaviors**)

Les perceptions de soutien spécifique au diabète et les comportements des membres n'offrent pas de soutien de la famille ont été évalués avec les sous - échelles adaptées de la liste de contrôle du comportement du diabète de famille (CNB). Depuis notre échantillon comprenait des participants avec des prescriptions d'agents oraux et / ou de l'insuline, les participants pouvaient indiquer « sans objet » pour les éléments spécifiques à l'insuline.

Par conséquent, le CNB pour les participants avec une insuline prescrite est composée de 16 articles, alors que le CNB pour les participants prescrits que les agents oraux consistait en 13 articles.

Les articles évaluant les comportements de soutien comprenaient des questions telles que : « Combien de fois les membres de votre famille exercent avec vous ? » Et « Combien de fois les membres de votre famille mangent en même temps que vous ? » Les produits qui n'offrent pas de soutien comprenaient des questions telles que "Quelle est la fréquence de votre membre de la famille vous critiquent pour ne pas exercer régulièrement ? » et « à quelle fréquence les membres de votre famille font valoir avec vous au sujet de vos activités d'auto-soins diabète ? » les réponses allaient de 1 (jamais) à 5 (au moins une fois par jour), avec des scores plus élevés membres de la famille indiquant effectuent des comportements plus favorables ou offrent pas de soutien, respectivement. Nous avons fait la moyenne des éléments applicables pour chaque participant de créer des notes graduées de soutien et offrent pas de soutien. Pour les participants qui ont été prescrits insuline (n = 17), la fiabilité de la cohérence interne (Cronbach de α) de la 16-article CNB était de 0,82 pour la sous - échelle de soutien et de 0,74 pour la sous - échelle n'offrent pas de soutien. Pour les participants que sur les agents oraux (n = 44), la fiabilité de la cohérence interne du 13 point CNB (c. -à-articles trois insuline spécifiques ont été enlevés) était de 0,79 pour la sous - échelle de soutien et de 0,73 pour la sous - échelle n'offrent pas de soutien.

- L'adhérence médicamenteuse (**Medication adherence**)

L'adhérence aux médicaments oraux pour le diabète et l'insuline a été évaluée en utilisant le 12-item Respect des Recharges et

	<p>médicaments Échelle (ARMS), qui comprend un élément à quatre recharge adhésion sous - échelle et un huit-point adhésion dose sous - échelle. Nous avons légèrement modifié chaque élément de se concentrer sur les médicaments contre le diabète (par exemple, « Combien de fois avez- vous oubliez de prendre votre médicament de diabète ou de l'insuline ?»). Le BRAS est un instrument fiable et valide pour l'évaluation de l'observance du traitement et a été montré pour prédire le contrôle glycémique. Les options de réponse sont sur une échelle de quatre points, allant de 1 (pas du temps) à 4 (tout le temps), et sont additionnées pour produire une adhésion score global allant de 12 à 48, avec des scores plus élevés représentant pire adhésion aux médicaments. Dans notre échantillon, la fiabilité de la cohérence interne était de 0,75.</p> <p>- Le contrôle glycémique (Glycemic control)</p> <p>Le contrôle glycémique a été évalué par la plus récente valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans le dossier médical.</p>
Présentation des résultats	<p>Le tableau 1 :</p> <p>Il présente les caractéristiques des participants qui ont rempli le questionnaire avec des moyens (M) et SD ou des pourcentages. Les caractéristiques de l'échantillon séparées pour les participants aux groupes seulement discussion ont été rapportés. Les résultats sont présentés comme M et SD. En moyenne, les participants ont indiqué que les membres de leur famille ont été « un peu » informés sur ce qu'est le diabète et ce qu'il faut pour le gérer.</p> <p>Les deux distributions des sous - échelles étaient presque normale CNB et a eu une légère asymétrie positive. Scores A1C variaient de 5,0 à 14,5, avec une HbA1c moyenne de 7,0 (SD = 1,4).</p> <p>Sur la base de la définition American Diabetes Association, 34% de l'échantillon avait une glycémie incontrôlée. Les participants aux groupes de discussion (n = 45) ont également signalé que les membres de leur famille étaient « quelque peu » informés sur le diabète (M = 3.1, SD = 0,9).</p> <p>Ils ont rapporté des fréquences similaires de comportements des membres de la famille de soutien (M = 2.2, SD = 0,7) et des comportements (M = offrent pas de soutien 2.1, SD = 0,6).</p> <p>Les ARMS score moyen pour les participants aux groupes de discussion était de 16,3 (SD = 3,6) et l'A1C moyen était de 6,9 (SD = 1,1).</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre les participants aux groupes de discussion et l'enquête uniquement les participants sur nos variables d'intérêt.</p> <p>Il n'y avait pas de différences de sexe dans les perceptions du diabète en auto-soins et sur les connaissances des membres de</p>

la famille, les comportements de soutien spécifique au diabète, ou les comportements n'offrent pas de soutien.

Un âge avancé a été associé à des membres de la famille ayant déclaré effectuer des comportements ayant moins d'offrent et pas de soutien ($\rho = -0.30$, $P < 0,05$).

Les participants ayant un revenu $\geq 40\ 000$ \$ étaient plus susceptibles que ceux dont le revenu $< 40\ 000$ \$ pour signaler que les membres de la famille exercent plus de comportements de soutien spécifique au diabète ($U = 263,5$, $P < 0,05$).

Cependant, plus d'éducation a été associée à des rapports ses membres de la famille étaient moins bien informés sur le diabète ($\rho = -0.29$, $P < 0,05$). Participants mariés / en partenariat étaient plus susceptibles que les célibataires, divorcées ou veuves participantes de signaler que les membres de leur famille étaient mieux informés sur le diabète ($U = 567,5$, $P < 0,05$), et étaient plus susceptibles de déclarer que leurs membres de la famille effectuent des comportements plus offrent pas de soutien ($U = 560,0$, $P < 0,05$). Les participants non blancs avaient des valeurs d'HbA1C plus élevés que les participants blancs ($U = 371,5$, $P < 0,05$). Les autres caractéristiques démographiques ont été associées à nos variables d'intérêt.

Le tableau 2 : le coefficient de corrélation (Spearman) entre les variables de la famille, l'observance du traitement et le contrôle glycémique.

La perception de ses membres de la famille qui ont des comportements qui n'offrent pas de soutien a été associés à la déclaration de la pire adhérence de dose à des médicaments contre le diabète ($\rho = 0,44$, $P < 0,001$), ce qui à son tour, a été associée à des valeurs plus élevées (A1C $\rho = 0,29$, $P = 0,03$).

L'adhérence de la dose (médicament) a conduit l'association entre les comportements familiaux et la non-adhérence qui n'offrent pas de soutien global des médicaments ($\rho = 0,43$, $P < 0,001$). Comme indiqué dans le tableau 2 , percevoir les membres de sa famille étaient mieux informés sur le diabète a été associé à percevoir ses membres de la famille effectuent plus de comportements de soutien spécifique au diabète, mais n'a pas été associée à la perception des membres de la famille qui ont des comportements avec moins de soutien. Cependant, percevant ses membres de la famille effectuent des comportements plus favorables a également été associés à percevoir ses membres de la famille effectuent des comportements plus offrent pas de soutien.

Tableau 3 :

- **Le soutien des membres de la famille**

Le soutien instrumental était la forme la plus commune de soutien familial discuté dans les groupes de discussion. Les participants ont partagé le soutien instrumental qu'ils ont reçu des membres de la famille dans des domaines tels que l'alimentation, l'exercice, l'observance du traitement, la surveillance de la glycémie, et la gestion des rendez-vous médicaux. Un

	<p>participant a partagé que son mari a été particulièrement favorable à ses activités d'auto-soins du diabète.</p> <p>Plusieurs participants ont indiqué que la prise de conscience d'un membre de la famille de leurs besoins spécifiques au diabète est le comportement le plus efficace pour les auto-soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les comportements des membres de la famille qui n'offrent pas de soutien <p>Plusieurs participants ont exprimé leur frustration avec leurs membres de la famille concernant leurs comportements qui n'offrent pas de soutien, en particulier en réponse à d'autres participants de commentaires au sujet de recevoir le soutien instrumental pour effectuer des activités d'auto-soins.</p> <p>Les participants ont signalé deux types de comportements qui n'offrent pas de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) sabotent les comportements des membres de la famille qui ont été bien informés sur le diabète, mais n'a pas aidé le participant effectue des comportements de diabète auto-soins - 2) Il y a des conflits qui ne favorisent pas les comportements pour aider la personne dans les auto-soins. <ul style="list-style-type: none"> • Le sabotage des comportements <p>Certains participants ont déclaré que leurs membres de la famille (ceux avec et sans diabète) ne sont pas motivés à faire des changements de style de vie ou de soutenir leurs propres comportements de diabète en auto-soins. Ces participants ont exprimé leur frustration et ont exprimé des préoccupations que l'information sur le diabète peut être insuffisante pour motiver les membres de la famille à adopter des comportements favorables.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats sont cohérents avec d'autres études indiquant que le soutien social influe directement sur la performance des adultes des comportements d'auto-soins du diabète et, indirectement, il affecte leur contrôle glycémique. Bien que d'autres études aient rapporté que les comportements qui n'offrent pas de soutien, ils entravent la capacité des adultes atteints de diabète à effectuer certaines activités de soins, à notre connaissance, ceci est le premier examen de la relation entre les comportements de soutien / offrent pas de soutien de membres de la famille et l'adhérence aux médicaments contre le diabète.</p> <p>Il est à noter que le soutien familial était pas a priori objectif de l'étude des parents, et les participants ont discuté les comportements des membres de la famille spontanément et fréquemment, soulignant ainsi son importance dans la gestion du diabète.</p>

<p>Perspectives futures</p>	<p>Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour développer des interventions fondées sur l'efficacité de la famille pour les adultes atteints de diabète.</p> <p>Les résultats suggèrent une nouvelle orientation pour les travaux futurs pour développer des interventions en fonction de la famille efficaces pour les adultes atteints de diabète. La recherche qualitative à venir devraient identifier tous les comportements familiaux pertinents et offrent pas de soutien comprendre le rôle d'aider avorta chez les adultes atteints de diabète.</p> <p>Une recherche quantitative supplémentaires (par exemple, des études prospectives) est nécessaire pour comprendre les relations de causalité entre le diabète auto-soins les connaissances des membres de la famille et de comportements de soutien / offrent pas de soutien, et les comportements de diabète auto-soins d'une personne et les résultats de santé.</p> <p>Une recherche peut faciliter le développement d'interventions pour les adultes atteints de diabète qui mettent l'accent sur la réduction de la fréquence des communications ou des actions des membres de la famille qui interfèrent avec la performance des comportements de diabète auto-soins de un.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	
<p>Evaluation globale</p>	<p><i>La recherche est complexe. Les résultats sont clairement mis en avant.</i></p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il décrit les objectifs, la méthode (mixte), les résultats et les conclusions. La théorie ne figure pas directement dans le résumé mais elle est mise en lien directement avec la recension des écrits
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Il est juste mentionné que les auteurs s'appuient sur « les théories du changement de comportement de santé ».
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Méthodologie mixte (exploratoire)
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Parmi les personnes admissibles qui ont consenti à participer (N = 75) : 61% (n = 45) ont participé à une séance de groupe de discussion qui comprenait une discussion, enquête, des rafraîchissements. Tous les participants inscrits qui ne fréquentent pas un groupe de discussion ont été invités à remplir le questionnaire par téléphone et / ou par la poste. Seize participants supplémentaires ont répondu au sondage, fournissant des données quantitatives pour n = 61.

	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'Institutional Review Board Vanderbilt University Medical Center a approuvé toutes les procédures avant inscription des participants.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Tous les tests statistiques ont été effectués en utilisant la version STATA 11. Ils ont effectué des tests de Shapiro-Wilk de normalité et ensuite utilisé un échantillon indépendant- t tests pour explorer les différences de groupe pour les variables normalement distribuées et Mann-Whitney U des tests pour les variables non normally distribués.</p> <p>Ils ont testé les relations entre les variables, la famille, et les résultats démographiques (c. -à- dire l'observance du traitement et de contrôle de la glycémie) à l'aide de l'échantillon indépendante de t tests, Mann-Whitney U tests, ou des coefficients de corrélation de Spearman (p), selon le cas.</p> <p>Des cassettes audio ont été transcrites. Ils ont utilisé NVivo 9 à code, analyser et interpréter les transcriptions en utilisant des éléments de la théorie à la terre.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X			Avec des tableaux qui synthétisent les données recueillies

	graphiques, etc.) ?				
Discussion				X	
Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales		X			
Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Il met en évidence les problématiques que les professionnels de soins pourraient rencontrer et à quoi il serait important de prêter attention.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Appendice C :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Pereira, Pedras, & Machado (2014)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2014). Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. <i>Families, Systems, & Health</i> , 32(2), 198-206.
Résumé	<p>Cette étude a analysé si les variables de la famille telles que l'ajustement conjugal, le soutien des partenaires, l'adaptation de la famille, et le stress de la famille a modéré la relation entre les croyances négatives au sujet des médicaments et l'adhérence aux comportements d'auto-soins (alimentation, surveillance de la glycémie, l'exercice, les soins des pieds et médicaments), des patients atteint de diabète de type 2.</p> <p>L'échantillon était composé de 387 personnes atteintes de diabète de type 2, diagnostiqués au cours des 12 derniers mois. Les patients ont été évalués sur les comportements en auto-soins dans le cas du diabète, l'adhésion aux médicaments, les croyances au sujet des médicaments, l'adaptation de la famille, le stress de la famille, l'adaptation conjugale, et le soutien des partenaires.</p> <p>Les résultats ont montré que l'adaptation conjugale, l'adaptation de la famille, le soutien des partenaires, et le stress de la famille comme modérateurs dans la relation entre les croyances négatives et l'adhérence. Les patients qui avaient des croyances négatives concernant les médicaments ont déclaré avoir une bonne adaptation conjugale et familiale. Ils étaient plus susceptibles de tester leur glycémie ; et s'ils ont déclaré avoir un faible soutien de leurs partenaires, ils étaient moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire qui était prescrit. Enfin, les patients atteints de croyances négatifs au sujet des médicaments, ils ont déclaré que s'ils avaient un haut stress familial, ils étaient moins susceptibles de prendre leur médicament. Les résultats soulignent l'importance de la variable familiale sur l'adhérence aux comportements d'auto-soins et aux médicaments. Cette étude a révélé l'importance d'inclure des partenaires sur les interventions concernant le diabète type 2 parce qu'ils semblent jouer un rôle important dans l'adhérence des patients.</p>
Introduction Enoncé du problème	L'adhérence à des comportements d'auto-soins est un problème majeur dans le diabète, en particulier, l'adhérence aux médicaments (Osterberg & Blaschke 2005). De nombreux facteurs ont été trouvés pour influencer l'observance du traitement, tels que les facteurs liés au patient; facteurs socio - économiques, les facteurs liés à la thérapie, facteurs liés état-et facteurs du système de soins de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2003).
Recension des	La prévalence du diabète a augmenté de façon alarmante, atteignant environ 8,3% de la population adulte et il est prévu que, en

écrits

2030, un adulte sur 10 développera le diabète (Fédération Internationale du Diabète 2011). Au Portugal, 11,7% de la population sont diagnostiqués avec le diabète et 23,2% à un pré-diabète (Société portugaise du diabète 2009).

Les croyances au sujet des médicaments sont l'un des facteurs des patients qui affectent le plus l'observance du traitement sur le diabète (Britten, 1994 ; Horne, 1997 ; Horne, 2006 ; Horne & Weinman, 1999) et sont également des prédicteurs forts de l'adhésion par rapport aux facteurs sociodémographiques (Mann, Ponieman , Leventhal, & Halm 2009). Mardby, Akerlind et Jorgensen (2007) ont constaté que 54% des clients de la pharmacie étaient non adhérentes en raison de leurs fortes croyances au sujet du mal des médicaments.

La gestion du diabète est également affectée par les variables familiales qui influent sur l'observance du traitement, comme l'ajustement conjugal (Garay-Sevilla et al . , 1995 ; Trief, Grant, Elbert, & Weinstock 1998 ; Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002), le soutien du partenaire (. Trief et al, 2003 ; . Trief et al, 2011), le stress de la famille, et l'adaptation de la famille (Fisher et al. 1998). L'adaptation conjugale est un facteur important dans la gestion des maladies (Trief, Ploutz-Snyder, Dee Britton, & Weinstock 2004 ; Trief et al . , 2002).

Les couples qui ont déclaré une bonne satisfaction conjugale et l'ajustement dyadique, fait mieux face avec le diabète depuis que cette maladie nécessite un niveau élevé de comportement coopératif (Dempster, McCarthy, & Davies 2011 ; Trief, Himes, Orendorf, & Weinstock 2001 ; . Trief et al, 2004). L'influence de l'appui des partenaires est particulièrement importante dans le diabète parce que cette maladie implique souvent le partenaire dans la préparation des aliments, l'administration des médicaments, et l'exercice physique (Stephens, Rook, Franks, Khan, et Lida, 2010).

La famille est considérée comme la principale source de soutien, dans la gestion de la maladie, pour les patients diabétiques (Coffman 2008 ; DiMatteo 2004 ; Garay-Sevilla et al . , 1995 ; van Dam et al . , 2005). Un soutien plus fort de la famille est associée à l'ajustement psychologique (des patients Fisher et al., 1998) et l'adhérence aux traitements médicaux (DiMatteo 2004).

Une meilleure adaptation à la maladie et l'observance du traitement sont liées à la cohésion de la famille et de faible conflit familial (Garay-Sevilla et al . , 1995 ; Trief et al . , 1998). Les patients avec une meilleure adhérence appartiennent à des familles qui offrent un environnement flexible, un bon soutien de famille (Karlsen, Offedal, & Bru 2012), et la cohésion familiale adéquate (Fisher, Chesla, Skaff, Mullan, & Kanter, 2002).

Les patients, qui ont rapporté plus de stress de la famille, ont tendance à ignorer leur régime alimentaire, l'auto-surveillance

	négligé de glucose dans le sang et, dans certains cas, n'a pas réussi à administrer l'insuline avec la fréquence prescrite par leur médecin (Surwit 2002).
Cadre théorique ou conceptuel	Selon le modèle d'adaptation psychosociale des maladies chroniques de Livneh (Livneh 2001 ; Livneh & Antonak 2005), les variables de la famille sont considérés comme des variables contextuelles qui peuvent modérer la relation entre les attributs psychologiques tels que les croyances dans les médicaments et la qualité de vie, dans les maladies chroniques . Sur la base de ce modèle , la présente étude a analysé si les variables contextuelles telles que l'ajustement conjugal, le soutien des partenaires, adaptation de la famille, et le stress de la famille a atténué la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et les comportements d'auto-soins (alimentation, surveillance de la glycémie, l'exercice, les soins des pieds, et l'adhérence aux médicaments) inclus dans la dimension de la santé de la qualité de vie.
Hypothèses	Dans cette étude, le soutien négatif fonctionne aussi bien que le soutien positif en ce qui concerne la probabilité des patients suite à leur régime alimentaire prescrit. Ce résultat soulève l'hypothèse que les compensations de soutien positifs les effets du soutien négatif a été suggéré (Schokker et al., 2010) étant également efficace sur l'adhérence du patient. Une autre explication, pour ce résultat, peut avoir à faire avec des facteurs culturels.
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif transversale.
Population et contexte	L'échantillon (population) était composé de 387 personnes atteintes de diabète de type 2 ; <ul style="list-style-type: none"> - 58% de l'échantillon étaient de sexe masculin. - L'âge moyen était de 59 ans (SD = 10,41). - La majorité de l'échantillon était marié / vivant ensemble (98,9%) - 67,2% avaient seulement 4 ans d'éducation de base de l'école. <p>Critère d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients prenant de l'insuline ont des défis différents que ceux qui prennent des médicaments par voie orale pour le diabète de type 2 et, pour cette raison, dans cette étude, seuls ceux qui prennent des médicaments par voie orale ont été sélectionnés. <p>Critères d'inclusion :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un diagnostic de diabète de type 2, plus d'un an avant l'évaluation, - Être sur les médicaments oraux seulement, - Avoir un partenaire, et être âgé de 18 ans ou plus. - La présente étude a inclus des patients récemment diagnostiqués. <p>La raison de ce choix était fondée sur l'intérêt de suivre ces patients et d'évaluer plus tard sur les mêmes comportements d'auto-soins et l'adhérence au traitement. Dans le présent article, seuls les résultats de la première évaluation sont présentés.</p> <p>Contexte : L'échantillon a été recueilli dans plusieurs centres de soins de santé dans le Nord du Portugal. Les professionnels de santé qui ont accepté de participer ont identifié des patients récemment diagnostiqués. Les professionnels de la santé ont signé un consentement éclairé et rempli un formulaire avec des informations cliniques des patients. La participation était volontaire. Les patients et les partenaires ont complété les instruments le même jour de rendez-vous médical régulier du patient.</p> <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Association régionale de santé du Nord - Les patients et les partenaires ont été informés de l'objet de l'étude, et ont signé un consentement éclairé
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été collectées par les échelles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résumé révisé du diabète des mesures des activités de soins (RSDSCA) (Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) • Le rapport de l'échelle sur l'observance du traitement [Medication Adherence Report Scale (MARS; Horne, 2001)]. • Le rapport de l'échelle sur l'observance du traitement [Medication Adherence Report Scale (MARS; Horne, 2001)]. • Le questionnaire sur les croyances au sujet des médicaments [Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ ; Horne, Weinman, & Hankins, 1999)] • Crise familiale axée sur l'échelle d'évaluation personnelle [Family Crisis-Oriented Personal Evaluation scale (F-Copes;

	<p>McCubbin, Olson, &Larsen, 1987)].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventaire de la famille des évènements de la vie [Family Inventory of Life Events (FILE; McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981)]. • L'échelle révisé sur l'ajustement dyadique [Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS; Busby, Christensen, Crabe, & Larson, 1995)]. • Questionnaire Multidimensionnel sur le Diabète [Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ; Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin, & Audet, 1997)].
Dérroulement de l'étude	L'analyse de modération a été réalisée selon la méthode de l'étape de causalité proposée par Baron et Kenny (1986) pour savoir si le stress de la famille, l'adaptation de la famille, le soutien des partenaires, et l'ajustement conjugal modéré, la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et les comportements d'auto-soins (alimentation, exercice, soins des pieds, la surveillance du glucose), ainsi que l'adhérence aux médicaments, dans le diabète de type 2.
Résultats Traitement des données	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé révisé du diabète des mesures des activités de soins (RSDSCA) (Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) <p>RSDSCA a été développé par Toobert, Hampson et Glasgow (2000) en 2000. Cette échelle évalue les niveaux d'auto-soins et la gestion du diabète et se compose de 11 articles (par exemple, « Combien d'entre les 7 derniers jours avez-vous suivi une alimentation saine ? », " sur combien des 7 derniers jours avez-vous participé à au moins 30 minutes d'activité physique ? (Nombre de minutes d'activité continue, y compris la marche "). Des scores élevés indiquent une plus grande adhérence aux comportements d'auto-soins liée au diabète. Dans notre échantillon, le coefficient alpha de Cronbach pour l'exercice de la sous-échelle était 0,76; la surveillance du glucose 0,93; soins des pieds .72 et .60 pour l'alimentation. Compte tenu de l'importance clinique de la sous-échelle de l'alimentation et le fait qu'il ne comprenait que quatre éléments, l'alpha peut être considéré comme acceptable (Nunnally, 1978) et l'échelle a donc été inclus dans le test d'hypothèse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rapport de l'échelle sur l'observance du traitement [Medication Adherence Report Scale (MARS ; Horne, 2001)]. <p>MARS mesure l'adhérence aux médicaments, y compris la fréquence avec laquelle les individus omettent ou modifier la dose prescrite par leur médecin. Cet instrument se compose de cinq éléments (par exemple, « J'oublie de prendre mes médicaments pour le diabète", "je modifie la dose de mes médicaments pour le diabète », « Je cesse de prendre mes médicaments contre le</p>

diabète pendant un certain temps"). Dans cet exemple, l'alpha de Cronbach était .74. Les plus hauts scores indiquent des niveaux plus élevés d'adhérence.

- Le questionnaire sur les croyances au sujet des médicaments [**Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ ; Horne, Weinman, & Hankins, 1999)**]

BMQ évalue les croyances communes concernant les médicaments. La version originale se compose de deux parties : la 1ère partie est sur des croyances négatives concernant les médicaments (huit points) et la 2ème partie est sur des croyances spécifiques concernant les médicaments (10 items). Dans cette étude, seule la 1ère partie sur les croyances négatives concernant les médicaments (dommages et surmenage) a été utilisée (par exemple, "les médicaments font plus de mal que de bien", "Les médecins utilisent trop de médicaments »). L'alpha de Cronbach pour cette échelle était .76. Des scores plus élevés indiquent plus fortes croyances négatives sur les médicaments concernant des dommages et de la surexploitation.

- Crise familiale axée sur l'échelle d'évaluation personnelle [**Family Crisis-Oriented Personal Evaluation scale (F-Copes; McCubbin, Olson, & Larsen, 1987)**].

F-Copes évalue l'adaptation de la famille et comprend 29 articles dans cinq sous-échelles. Dans cette étude, seule la sous-échelle totale a été utilisée (par exemple, « Quand nous sommes confrontés à des problèmes ou des crises dans notre famille, nous répondons par : " Partageons nos difficultés avec des parents ", " a la recherche d'informations et des conseils de personnes dans d'autres familles qui ont fait face à des problèmes identiques ou similaires »). L'alpha de Cronbach pour l'échelle totale était .75. Des scores plus élevés indiquent une meilleure adaptation de la famille.

- Inventaire de la famille des événements de la vie [**Family Inventory of Life Events (FILE ; McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981)**].

Cela évalue le stress familial (stress et les tensions dans la famille). Cet instrument comprend 71 articles et neuf sous-échelles (par exemple, ce que le changement se produise à l'augmentation de votre famille en conflit entre mari et femme, conjoint / parent a été séparé ou divorcé). Dans cette étude, seul le score global a été utilisé. L'alpha de Cronbach était .84. Des scores plus élevés indiquent un stress plus élevé dans la famille.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'échelle révisé sur l'ajustement dyadique [Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS ; Busby, Christensen, Crabe, & Larson, 1995)]. <p>Cette échelle se compose de 14 articles qui évaluent l'ajustement dyadique et comprend trois sous-échelles : démonstrations d'affection ; la gestion des finances de la famille ; la prise de décisions importantes (par exemple, indiquer l'étendue approximative d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire). Dans cette étude, seule l'échelle totale a été utilisée. L'alpha de Cronbach était .85. Des scores plus élevés indiquent un meilleur ajustement dyadique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire Multidimensionnel sur le Diabète [Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ ; Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin, & Audet, 1997)]. <p>L'échelle se compose de 41 articles, répartis en trois sections représentant les facteurs cognitifs et sociaux associés au diabète. Dans cette étude, seule la section II qui traite de l'appui des partenaires a été utilisée. Cette sous-échelle évalue la fréquence des comportements de soutien du conjoint dans les comportements d'auto-soins diabète (médicaments, alimentation, contrôle glycémique, l'exercice et les soins des pieds) et comprend 12 articles (par exemple, "me Félicite quand je suis mon régime alimentaire," "quand je prends mon médicament contre le diabète "). Dans cet exemple, l'alpha de Cronbach pour un soutien positif était .85 et .78 pour le soutien négatif. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés de comportements de soutien positifs ou négatifs, respectivement.</p>
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables familiales comme modérateurs dans les relations entre croyances négatives sur les médicaments et les soins Comportements <p>Les résultats ont montré l'ajustement conjugal comme modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments (dommages et surmenage) et la surveillance du glucose.</p> <p>Figure 1 (Echelle RDAS) : Lorsque l'ajustement conjugal était élevé ($t = 2.545$; $p = 0,011$), les patients diabétiques qui ont déclaré des croyances négatives sur les médicaments étaient plus susceptibles de tester leur glycémie. Le réglage de la famille en tant que modérateur dans la relation entre les croyances négative et les médicaments et la surveillance du glucose.</p>

Figure 2 (Echelle F-Copes) :

Le coping de la famille a également animé la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et la surveillance du glucose. Lorsque l'adaptation de la famille était élevée ($t = 3,436$; $p = 0,006$), les patients diabétiques qui avaient des croyances négatives sur les médicaments étaient plus susceptibles de tester leur glycémie. L'adaptation de la famille comme modérateur dans la relation entre croyances négatives sur les médicaments et la surveillance du glucose.

Figure 3 (Echelle MDQ) :

Les résultats ont également montré un soutien positif du partenaire comme une variable de modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et l'alimentation. Lorsque le soutien positif du partenaire était plus faible ($t = -2,319$; $p = 0,020$), les patients diabétiques étaient moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire prescrit. Le soutien positif des partenaires en tant que modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur médicaments et de l'alimentation.

Figure 4 (Echelle MDQ) :

Le soutien négatif du partenaire était aussi un modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et l'alimentation. Lorsque le soutien négatif du partenaire a été plus faible ($t = -2,773$; $p = 0,010$), les patients diabétiques qui ont des croyances négatives sur les médicaments étaient moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire prescrit. L'appui négatif des partenaires comme modérateur de la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et l'alimentation.

Figure 5 (Echelle FILE) :

Aucun autre modérateur avec des variables de la famille ont été trouvés sur les comportements d'auto-soins tels que l'exercice et les soins des pieds.

- **Les variables familiales comme modérateurs dans les relations entre croyances négatives sur les médicaments et leur adhérence.**

Les résultats ont montré que le stress de la famille était un modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments (dommages et surmenage) et l'observance du traitement. Lorsque le stress de la famille était élevé ($t = -4,0999$; $p \leq 0,000$), les patients diabétiques qui ont déclaré des croyances négatives sur les médicaments, étaient moins susceptibles de prendre leurs médicaments (voir Figure 5). Le stress familial entant que modérateur dans la relation entre

	<p>croyances négatives sur les médicaments et l'adhésion aux médicaments.</p> <p>Aucun autre modérateur avec des variables de la famille ont été trouvés en ce qui concerne l'adhésion aux médicaments.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La présente étude est l'une des rares études portant sur les variables de la famille en tant que modérateurs entre les croyances négatives sur les médicaments et les comportements d'auto-soins ou l'observance du traitement chez les patients atteints de diabète de type 2.</p> <p>Le patient est un agent actif dans la prise de décisions au sujet du traitement. Les représentations des patients du diabète affectent la façon dont les patients traitent de la maladie et son traitement. De ses croyances personnelles, il est possible de prédire des comportements différents de la santé en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé (Teixeira & Leal 1993). Les croyances sur les médicaments sont prédicteurs de l' inobservance et influence l' adhésion à des comportements d' auto-soins et des médicaments (Britten, 1994 ; Horne, 1997 , 1999 ; Horne & Weinman, 1999).</p> <p>L'adaptation conjugale et familiale coping étaient les modérateurs de la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et la surveillance du glucose. Lorsque l'adaptation conjugale et le coping familiale étaient élevés, les patients diabétiques étaient plus susceptibles de tester leur glycémie. Ce résultat est en accord avec la littérature qui a révélé le rôle important de l' ajustement conjugal dans le diabète (Trief et al., 1998 , 2001 , 2004).</p> <p>De même, adaptation familiale qui traite des ressources familiales pour traiter le diabète montrent également l'importance de la famille, dans l' observance du traitement dans le diabète de type 2 (Garay-Sevilla et al ., 1995 ;. Trief et al, 1998 , 2001 ; 2004).</p> <p>Les soutiens positifs du partenaire étaient les modérateurs entre les croyances négatives sur les médicaments et l'alimentation. Lorsque le soutien positif du partenaire et le soutien négatif étaient plus faibles, les patients diabétiques étaient moins susceptibles d'adhérer à leur régime alimentaire prescrit. Quel que soit le type de support (négatif ou positif), le soutien des partenaires semble être crucial pour l'adhérence.</p> <p>Habituellement, le partenaire joue un rôle déterminant dans l'achat d'ingrédients alimentaires, la préparation des repas, ainsi que de rappeler au patient de manger plusieurs fois par jour (Fisher 2006 , Marcy, Britton, et Harrison, 2011 ; . Schokker et al, 2010 ; Stephens et al . , 2010 ; . Trief et al, 2002).</p> <p>Il est intéressant, à la fois positif (par exemple, la louange, encouragements) et le soutien négatif des partenaires (par exemple, la critique, lancinante) sont importants pour l'adhérence à un régime alimentaire sain (Fisher, 2006).</p>

Cependant, la littérature montre que seulement un soutien positif a été associé à une meilleure adhérence, mais pas un soutien négatif (Marcy et al . , 2011 ; Mayberry & Osborn 2012 ; Schokker et al . , 2010 ; Stephens et al . , 2010 ; Trief et al . , 2002).

Mayberry et Osborn (2012) ont constaté que les comportements ont été associés à offrent pas de soutien d'une adhésion inférieure aux médicaments, ce qui suggère que ces comportements peuvent saboter le soutien des efforts des patients pour effectuer des comportements d'auto-soins.

Les patients peuvent interpréter un soutien négatif de la même façon d'un soutien positif qui est, le partenaire étant inquiet et soucieux de la santé et le bien - être du patient.

Enfin, les résultats ont montré que le stress de la famille était un modérateur dans la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et l'observance du traitement.

Lorsque le stress de la famille était élevé, les patients étaient moins susceptibles de prendre leurs médicaments. Peyrot, McMurry et Kruger (1999) a constaté que le stress psychosocial a été associé à une mauvaise observance et un mauvais contrôle métabolique, avec le diabète.

Dans un environnement familial stressant, les patients qui ont connu le diabète lié au stress, peuvent être prises avec l'anxiété et être plus susceptibles d'adhérer moins à la médication prescrite.

Scheurer et al. (2012) ont constaté que la lecture de la boîte à pilules, ramasser les prescriptions et le transport de patients ont été considérés comme des comportements de soutien pratiques qui augmentent l'adhérence aux médicaments et réduit les effets du stress de la famille, dans les maladies chroniques.

Faiblesse de l'étude (limite de l'étude) :

- L'alpha pour la sous-échelle de l'alimentation était également faible et ces limites doivent être prises en considération.
- Cette étude a inclus un échantillon de patients récemment diagnostiqués (moins d'un an) qui ont eu seulement des médicaments oraux pour leur diabète. Par conséquent, les recherches futures devraient inclure des patients ayant une durée de la maladie plus et les patients qui administrent l'insuline plutôt que de prendre des médicaments par voie orale afin de comprendre l'impact des variables de la famille sur l'adhésion à des comportements d'auto-soins et l'observance du traitement.

	<p>En conclusion :</p> <p>Les résultats soulignent l'importance des variables familiales sur l'adhésion à des comportements d'auto-soins, chez les patients atteints de diabète de type 2. Même lorsque les patients présentent des croyances négatives sur les médicaments (dommages et la surexploitation), ils adhèrent à la surveillance de la glycémie, de l'alimentation et l'adhérence aux médicaments quand ils signalent l'ajustement élevé matrimonial, adaptation familiale, le soutien des partenaires positifs et négatifs, et le stress familial inférieur, respectivement.</p> <p>Le stress familial, adaptation de la famille, l'ajustement conjugal, et le soutien des partenaires semblent jouer un rôle important sur l'adhésion des patients.</p> <p>Obtenir le soutien des partenaires et leur compréhension du diabète et de ses complications est primordial pour l'adhérence des patients. Pour ces patients, qui peuvent lutter avec la gestion du diabète, la thérapie de couple médical peut être recommandée pour aider à la dyade augmentée l'ajustement conjugal, adaptation familiale et gérer le stress de la famille en ce qui concerne le diabète, afin d'augmenter l'adhérence du patient à des comportements d'auto-soins et de médicaments.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des études qualitatives futures devraient poursuivre cette hypothèse (voir point hypothèse). • Fait intéressant, aucun des variables de la famille dans cette étude a animé la relation entre les croyances négatives sur les médicaments et les soins des pieds ou de l'exercice. Il est possible que ces comportements d'auto-soins puissent être plus influencés par la perception des partenaires plutôt que la perception de ces variables de la famille du patient. Les recherches futures devraient poursuivre cette ligne de recherche. • Les décideurs, les fournisseurs et les chercheurs de la pratique sur la base qui sont concernés ou traitent des patients atteints de diabète de type 2 devrait inclure les membres de la famille, en particulier les partenaires, les rendez-vous de routine de leurs patients. • Les recherches futures devraient inclure des patients ayant une durée de la maladie plus et les patients qui administrent

	l'insuline plutôt que de prendre des médicaments par voie orale afin de comprendre l'impact des variables de la famille sur l'adhésion à des comportements d'auto-soins et l'observance du traitement.
Questions générales Présentation	
Evaluation globale	<i>Présentation synthétique</i>

Références bibliographique : Loïselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2014). Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health, 32*(2), 198-206

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'adhérence à des comportements d'auto-soins est un problème majeur dans le diabète, en particulier, l'adhérence aux médicaments (Osterberg & Blaschke 2005).
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Cette étude a analysé si les variables de la famille telles que l'ajustement conjugal, le soutien des partenaires, l'adaptation de la famille, et le stress de la famille a modéré la relation entre les croyances négatives au sujet des médicaments et l'adhérence aux comportements d'auto - soins (alimentation, surveillance de la glycémie, l'exercice, les soins des pieds et médicaments), des patients atteint de diabète de type 2.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis quantitatif transversale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			L'échantillon était composé de 387 personnes atteintes de diabète de type 2 ; - 58% de l'échantillon étaient de sexe masculin.

					<ul style="list-style-type: none"> - L'âge moyen était de 59 ans - La majorité de l'échantillon était marié / vivant ensemble (98,9%)
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - Medication Adherence Report Scale - Beliefs about Medicines Questionnaire - Family Crisis-Oriented Personal Evaluation scale - Family Inventory of Life Events - Revised Dyadic Adjustment Scale - Multidimensional Diabetes Questionnaire
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Association régionale de santé du Nord - Les patients et les partenaires ont été informés de l'objet de l'étude, et ont signé un consentement éclairé
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Cinq tableaux présentent les résultats des différentes échelles.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> • L'alpha pour la sous-échelle de l'alimentation était également faible et ces limites doivent être prises en considération.

					<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a inclus un échantillon de patients récemment diagnostiqués (moins d'un an) qui ont eu seulement des médicaments oraux pour leur diabète. Par conséquent, les recherches futures devraient inclure des patients ayant une durée de la maladie plus et les patients qui administrent l'insuline plutôt que de prendre des médicaments par voie orale afin de comprendre l'impact des variables de la famille sur l'adhésion à des comportements d'auto-soins et l'observance du traitement.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Appendice D :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Searle, Norman, Thompson, & Vedhara (2007)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 63(2), 175-184
Résumé	<p>Objectif : Les buts de la présente étude étaient</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'évaluer les représentations de la maladie des patients avec le diabète de type 2 et leurs partenaires - De déterminer l'étendue de l'accord entre le patient et les représentations de partenaires - D'examiner si les représentations des partenaires médiatisent les relations entre les représentations des patients et leurs comportements potentiels d'autogestion <p>La méthode : Les patients et des partenaires de représentations du diabète ont été évalués à la maladie révisée <u>Perception</u> Questionnaire [Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron LD, Buick, D. Le questionnaire révisé de la perception de la maladie (IPQ-R). <i>Psychol Santé</i> 2002 ; 17 : 116] à l'inclusion (n = 164). Les comportements d'autogestion ont été évalués 12 mois plus tard avec des mesures d'auto-évaluation de l'activité physique, les médicaments, et un questionnaire de fréquence alimentaire.</p> <p>Les résultats : Les patients ont obtenu moins de cohérence sur la dimension de la maladie, ce qui indique qu'ils ont rapporté une moins bonne compréhension de la condition (t = -2.66, df = 163, P= 0,009) par rapport à leurs partenaires. Les patients ont montré des scores plus élevés pour le contrôle personnel que leurs partenaires (t = 2,01, df = 163, P = 0,046). L'analyse médiationnel ont indiqué que les partenaires de la perception de la chronologie du diabète ont partiellement médiée la relation entre les patients de représentations et de leurs comportements d'autogestion, y compris l'activité physique et l'apport alimentaire.</p> <p>La conclusion : Il a été démontré que les partenaires dyades des patients partagent généralement des représentations similaires du diabète de type 2 et le contrôle perçu sur la condition. En outre, il a été prouvé que les partenaires de représentations partiellement médiés les relations entre les patients de représentations et de leurs comportements d'autogestion potentiels.</p>
Introduction Enoncé du problème	Des preuves suggérant que les interactions familiales peuvent entraver la participation à des comportements d'auto-soins tels que l'activité physique et l'alimentation existe aussi. La question est par quels mécanismes les personnes font pour exercer leur influence sur les autres ?
Recension des écrits	La littérature de soutien social indique que les individus dans le réseau de soutien d'un patient peuvent influencer leurs réponses comportementales à la maladie. Dans le cas du diabète, cette littérature a identifié les deux effets bénéfiques et néfastes. La réception de l'aide sociale, par exemple, a été montrée pour favoriser une meilleure autogestion du diabète. Il est proposé que la perception de la maladie détenus par d'autres personnes importantes peut être l'un des mécanismes par lesquels d'autres

personne influencent les résultats des patients.

Description du modèle de l'autoréglementation [The theoretical framework of the Self-Regulatory Model (SRM)]

Le SRM stipule que le patient est un participant actif dans le processus de soins de santé. Il est également fait valoir que l'expérience d'une maladie individuelle peut percevoir une série de problèmes qui sont pertinents uniquement à cette personne, tandis que d'autres à la même condition ont leurs propres expériences uniques. Afin de donner un sens et de répondre à ces problèmes, les patients créent leurs propres « modèles » ou des représentations de leur maladie qui influencent alors leur adaptation et de soins comportement de recherche. Le processus est considéré comme autoréglementation parce que, ont été montré que les trois composantes du modèle, qui est, l'interprétation, l'adaptation et l'évaluation de mettre en relation afin de maintenir le statu quo. Par conséquent, si l'état normal d'un individu de la santé est perturbée par la maladie ou la menace de la maladie, le modèle propose qu'il ou elle est motivée pour retrouver l'équilibre.

Le diabète de type 2 :

En plus d'être une grave maladie chronique et un problème social, les patients atteints de diabète de type 2 ont la responsabilité principale de la gestion de leur maladie. En particulier, la gestion quotidienne du diabète implique des repas sains réguliers alimentaires, en prenant l'exercice physique, l'auto-test des niveaux de glucose dans le sang, et, pour de nombreux patients, la prise de médicaments. Le but de cette combinaison de tâches est de maintenir la glycémie niveaux au sein d'une fourchette cible par la réalisation étanche glycémie contrôle, le taux de complications diminue. L'autogestion implique non seulement la réalisation de ces activités, mais aussi en tenant compte des interrelations entre ces tâches et mettre en œuvre les changements appropriés dans le plan quotidien si nécessaire. Toutefois, les taux de non-observance avec ces comportements sont élevés, allant de 30% à 75%, et aboutissent souvent à l'issue des maladies pauvres. En effet, il a été suggéré que le risque de diabète de complications peut être réduit jusqu'à un tiers, si de tels facteurs « évitables » pourraient être supprimés. Par conséquent, une préoccupation majeure dans la gestion du diabète de type 2 est de savoir comment encourager l'adhérence aux régimes prescrits.

À ce jour, aucune étude n'a été menée pour étudier l'impact des représentations des autres importantes sur les comportements d'autogestion des patients atteints de diabète de type 2. Il y a trois principales raisons pour lesquelles une telle enquête apparaîtrait appropriée dans ce groupe de patients.

- Premièrement, comme les taux d'engagement avec les comportements d'autogestion du diabète sont faibles, il est reconnu comme étant particulièrement problématique.
- Deuxièmement, la responsabilité principale de la gestion de la maladie se trouve avec le patient.
- Troisièmement, il est probable que les patients nécessitent un soutien considérable et, comme il ressort de travail avec d'autres maladies chroniques, le soutien fourni par les conjoints est souvent la forme la plus influente de soutien

Cadre théorique ou conceptuel	La présente étude a été conçue pour examiner cette question chez les patients atteints de diabète de type 2 et leurs partenaires, en utilisant le cadre théorique de l'autoréglementation Modèle (SRM).
Hypothèses	L'hypothèse proposée est que les partenaires « croyances médiatisent la relation entre les patients des représentations de la maladie et leurs comportements d'autogestion.
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif
Population et contexte	<p>Population : un échantillon de 184 dyades hétérosexuelles</p> <p>Critère d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les médecins ont été invités à donner leur approbation à contacter diabétiques patients sous leurs soins qui répondaient aux critères d'inclusion <p>Critère d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les Dyades où le patient et son conjoint qui avaient le diabète ont été exclus <p>Contexte :</p> <p>Les patients éligibles avaient un diagnostic de type 2 diabète (> 6 mois) et se sont mariés et / ou vivant avec un partenaire sans un diagnostic de type 2 ou diabète de type 1 . Des participants à l'étude potentiels ont été approchés en deux phases.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la première phase, 506 patients atteints de diabète de type 2 qui avaient participé à l'Enquête sur Somerset et Avon de la Santé (SASH) ont été approchés. La cohorte de SASH se compose de 28,080 individus âgés de 35 ans et plus qui ont été à partir d'un échantillon aléatoire âge et le sexe stratifié de 40 pratiques générales entre 1993 et 1995. Les pratiques ont été sélectionnées à partir d'un mélange de zones rurales, suburbaines et du centre-ville. Sur les 225 patients de la cohorte de SASH, 95 dyades patient partenaire consenti à participer (taux de réponse de 42%). - Dans la deuxième phase, 150 autres patients (qui ne faisaient pas partie de la cohorte de SASH d'origine) ont été identifiés à travers les pratiques de SASH et six cabinets de médecins généralistes supplémentaires, ce qui donne 89 autres participants (taux de réponse de 59%). La procédure de recrutement a donné un échantillon final de 184 dyades hétérosexuelles (taux de réponse de 51%). Tous les participants ont reçu un rappel postal à 3 semaines, et ceux qui ne sont pas revenus de leurs questionnaires de 6 semaines a été rappelé par téléphone. Cependant, 20 partenaires des patients (11%) ont échoué à remplir les questionnaires et ont donc été omis dans les analyses ultérieures.

	<p>Ethique :</p> <p>L'approbation éthique pour l'étude a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche Ouest Multicentre Sud. Tous les patients ont signé un consentement éclairé avant de participer.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été recueillies sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les représentations de la maladie [Illness representation] : ➤ Les comportements d'autogestion [Self-management behaviors] à travers : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le régime [Diet] ⇒ L'activité physique [Physical activity] ⇒ La médication [Medication]
Déroulement de l'étude	<p>Procédure pour le recueil des données</p> <p>Les données ont été recueillies à deux moments : au départ et à 12 mois. Un questionnaire marqué "pour les patients » et « pour les partenaires » ont été envoyé à l'adresse de la maison des participants. Les participants ont été invités à remplir les questionnaires de façon indépendante. Cent soixante-quatre dyades ont retourné les questionnaires de base remplie et ont reçu le questionnaire de suivi à 12 mois.</p> <p>Parmi ceux-ci, 134 dyades (82%) ont retournés à la fois le questionnaire de base et le questionnaire de suivi.</p>
Résultats Traitement des données	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concernant les représentations de la maladie <p>Les représentations de la maladie des patients et des partenaires ont été évaluées à l'aide de [The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)]</p> <p>La dimension de la chronologie est une mesure de la durée perçue de la maladie. La dimension des conséquences est une mesure de l'impact perçu de la maladie sur la vie d'un patient</p> <p>Premièrement, les mesures de contrôle de traitement de la perception des patients que le traitement est efficace pour contrôler la maladie (cinq articles, par exemple, « Mon traitement sera efficace pour contrôler ma maladie"). La sous -échelle de contrôle personnel mesure l'efficacité des patients perçue dans le contrôle de leur maladie (six éléments, par exemple : « Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler ma maladie »).</p> <p>Pour la mesure de la représentation, une sous échelle émotionnelle perçoit les états émotionnels qu'un patient peut associer à la maladie (six éléments, par exemple, « Ma maladie me fait me sentir en colère »). Un score plus élevé à cette échelle est indicative</p>

d'un impact émotionnel.

Les représentations de la cause du diabète ont été évaluées avec une liste de 13 « potentiel » causes de leur diabète (par exemple, « le stress ou d'inquiétude", "héréditaire", "germe ou virus", "régime alimentaire ou les habitudes alimentaires »). Ils ont demandé aux participants d'évaluer sur une échelle de 5 points (de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord) la mesure dans laquelle ils ont cru que chaque cause était responsable de leur diabète.

Des échelles plus significatives ont été faites pour opérationnaliser les représentations de la cause du diabète des patients et des partenaires » et de permettre d'identifier les différences entre les patients et leurs partenaires. Ainsi, la construction de la balance a été informée par une distinction entre les causes internes et externes.

- Pour l'échelle interne, six éléments considérés comme étant sous le contrôle volontaire du patient ont été additionnées (le tabagisme, l'alcool, le poids, le comportement, l'alimentation et le manque d'exercice). Cette échelle a été étiquetée « comportement propre » (patients, $\alpha = 0,71$; partenaires, $\alpha = .69$).
- Pour l'échelle extérieure, il y a sept éléments qui pourraient être décrits comme étant hors du contrôle du patient (c. -à dire : le hasard, le germe / virus, mauvais soins médicaux, et de la pollution, ainsi que le stress, d'autres personnes et les facteurs héréditaires) qui sont étiquetés « cause-externe » (patients, $\alpha = 0,54$; partenaires, $\alpha = 0,56$).

➤ Les comportements d'autogestion [**Self-management behaviors**]

- **Le régime [Diet] :**

Le questionnaire : [The Health Education Authority (HEA3)] est un outil simple d'auto-évaluation alimentaire qui a été développée initialement par le Royaume - Uni HEA. La mesure a été créée pour analyser les méthodes consommatrices. Les chercheurs ont demandé aux répondants d'indiquer combien de fois, en moyenne, ils avaient mangé une gamme d'aliments au cours du mois passé

- **L'activité physique [Physical activity]**

Pour évaluer les niveaux d'activité physique intentionnelle, Ils ont utilisé deux sous – échelles (The Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire).

- ⇒ L' « indice de sport » a évalué l'ampleur et l'intensité d'une activité particulière comme le vélo et la marche. Ils ont demandé aux répondants d'indiquer leurs deux sports les plus fréquemment jouées et indiquer combien d'heures par semaine et combien de mois par année, ils engagés dans le sport.

	<p>⇒ <u>L' « indice de non sports »</u> a évalué l'exercice au cours des activités quotidiennes telles que la marche. Par exemple, les répondants sont invités à évaluer leur degré d'accord ou de désaccord à des déclarations telles que « Pendant le temps libre je regarde la télévision, » 1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois, 4 = souvent, 5 = très souvent.</p> <p>- La médication [Medication]</p> <p>L'étendue de l'adhérence des patients aux médicaments par voie orale a été évaluée avec une échelle (The Medication Adherence Report Scale (MARS)). Le coefficient de fiabilité interne pour l'échelle était $\alpha = 0,83$. Il a également été trouvé pour obtenir une excellente fiabilité de test et re-test chez les patients hypertendus ($r = 0,97$). La version six points du MARS a été utilisée pour évaluer la fréquence des défaillances de médicaments dans les 7 jours précédents. Les répondants sont invités à évaluer leur degré d'accord ou de désaccord à chaque déclaration sur une échelle de 5 points (par exemple, « J'évite d'utiliser mes médicaments si je peux, » 1 = toujours vrai, 2 = souvent vrai, 3 = parfois vrai, 4 = rarement vrai, 5 = jamais vrai).</p>
Présentation des résultats	<p>Tableau 1 : les participants</p> <p>L'âge moyen des patients était de 67 ans (gamme = 32-86, SD = 10,5). La durée moyenne de la cohabitation était de 35,5 ans (médiane = 38, distance = 2-64 ans), ce qui indique que la plupart des participants étaient dans des relations de longue date. Seulement 5% des participants étaient issus de groupes ethniques non européens. L'IMC moyen pour les patients était de 31,5 (gamme = 16-48, SD = 5,53), avec 82% notation dessus du seuil pour l'excès de poids (> 25). Seuls 37 patients ont déclaré utiliser l'insuline pour contrôler leur diabète.</p> <p>Tableau 2 : la représentation du diabète</p> <p>L'examen des scores moyens a révélé que les patients et les partenaires ont tenu des croyances fortes dans une chronologie chronique, de telle sorte que l'on croyait que le diabète était une maladie à long terme.</p> <p>Les patients et les partenaires croyaient aussi que les conséquences du diabète sont sérieuses tout en percevant qu'ils avaient un degré élevé de cohérence ou de compréhension de l'état de maladie. En outre, les scores des dyades pour le contrôle de traitement ont démontré de fortes croyances en l'efficacité des traitements pour le diabète ($P < 0,05$. $P < .01$).</p> <p>Tableau 3 : les comportements d'autogestion</p> <p>Un total de 107 patients (65%) a déclaré prendre des médicaments par voie orale pour contrôler leur diabète. Les scores du MARS allaient de 6 à 30, bien que la plupart des patients ont rapporté des niveaux élevés d'adhérence thérapeutique (moyenne = 28,3, SD = 5,0).</p>

Les scores pour le questionnaire de l'activité physique Baecke (n = 134) ont varié de 2 à 16, avec une moyenne de 7,6 (SD = 3,0). Les données ont démontré que 72% des patients sont engagés dans l'exercice de faible intensité.

Concernant le bilan énergétique, la moyenne de l'apport en amidon est de 141,5 g / jour ce qui est bien inférieur au recommandé 325 g / jour. L'apport de fibres moyenne était de 19 g / jour et, par conséquent, ce qui correspond à la recommandation 18 g / jour. La consommation totale de gras recommandée est d'environ 33% de l'énergie totale par jour, 10% pour les graisses saturées. La consommation de glucides quotidienne recommandée est d'environ 50%.

Les représentations des patients et des partenaires

Pour tester les différences entre les représentations du diabète des patients et des partenaires, (n = 164), les chercheurs ont mené un t test jumelé pour toutes les dimensions mesurées. Cette procédure a révélé des différences significatives pour seulement 2 (contrôle personnel et de la maladie cohérence) des 12 représentations de la maladie. Les patients ont obtenu moins de cohérence sur la dimension maladie, ce qui indique qu'ils ont rapporté une moins bonne compréhension de la condition [t (163) = - 2,66, P = 0,46] par rapport à leurs partenaires. Les patients ont montré des scores plus élevés pour le contrôle personnel que leurs partenaires [t (163) = 2.01, P = 0,009].

Les relations entre les représentations des partenaires et des patients et les comportements d'autogestion

Cette étape de l'analyse s'est portée sur la mesure dont les partenaires du diabète médiatisent l'impact des représentations sur les patients concernant leur condition d'autogestion. Les corrélations de Pearson ont d'abord été menées afin de déterminer si les relations répondaient aux critères pour l'application de Baron et Kenny. Pour que la médiation se produise, il est nécessaire d'établir que les relations significatives existent entre (a) la variable indépendante (les représentations) et (b) la variable dépendante (les comportements d'autogestion).

Les analyses de corrélation ont montré que seulement les dimensions de représentation de la maladie répondaient aux critères de la médiation.

Premièrement, les patients et les partenaires de la chronologie des représentations ont été significativement corrélés (r = 0,31, P < .01), et chacun a été corrélé avec l'activité physique (r = 0,24, P < .01 ; r = 0,27, P < .01) et avec des fruits et légumes (r = 0,23, P < .01 ; r = .30, P < .01) et de fibres (r = 0,27, P < .01 ; r = 0,28, P < .01).

Deuxièmement, les patients et des partenaires de représentations de contrôle personnels étaient significativement corrélés (r =

0,37, $P < .01$), et chacun a été corrélée avec l'activité physique ($r = 0,26$, $P < .01$; $r = 0,21$, $P < .05$).

Troisièmement, les patients étaient significativement corrélés et les partenaires des représentations de contrôle de traitement ($r = .40$, $P < .01$), et chacun a été corrélée avec l'activité physique ($r = 0,27$, $P < .01$; $r = 0,21$, $P < .01$).

Pour chaque comportement d'autogestion et chaque représentation de la maladie à son tour, des analyses de régression hiérarchique ont été menées afin de déterminer si les partenaires de représentations médiés l'impact des patients de représentations sur les comportements d'autogestion ultérieurs. Les variables ont été saisies en deux blocs : (a) « représentation de la maladie et (b) les partenaires « patients représentation de la maladie. La force des effets médiationnels des représentations des partenaires a été déterminée en utilisant le test de Sobel.

La chronologie perçue du comportement du diabète et de l'autogestion

La chaîne médiationnel entre les patients et des partenaires de la chronologie perçue a été testée par rapport à l'engagement des patients avec l'activité physique.

La chronologie perçue des patients et des partenaires explique 9% de la variance de l'activité physique [$R^2 = 0,09$, $F(2, 121) = 8,84$, $P < .001$], avec la chronologie des représentations des patients ($\beta = 0,011$, $P = .003$) qui apportent des contributions significatives à l'équation de régression.

La chaîne médiationnel entre les représentations de la chronologie des patients et des partenaires et la consommation de fruits et légumes des patients a été testé.

La perception de la chronologie des patients et des partenaires a expliqué 11,6% de la variance de consommation de fruits et légumes [$R^2 = 0,116$, $F(2, 121) = 7,88$, $P = .001$], avec la chronologie perçue des patients faisant une contribution significative à l'équation de régression (de $\beta = 0,016$, $P < 0,001$).

Perception de contrôle du diabète et de l'activité physique de traitement

La chaîne médiationnel entre les patients et des partenaires de la perception du contrôle du diabète de traitement a été testé par rapport à l'engagement des patients avec l'activité physique.

La perception du contrôle de traitement des patients et des partenaires explique 7,8% de la variance [$R^2 = 0,078$, $F(1, 129) = 5,41$, $P = 0,006$], avec (des partenaires de $\beta = 0,006$, $P < 0,004$) mais pas (de patients de $\beta = 0,011$, $P = 0,064$) contrôle de

	<p>traitement des perceptions qui apportent une contribution significative à l'équation de régression.</p> <p>L'équation de régression a été testée et jugée non significative, $z = 1,86$, $P = 0,062$, ce qui indique que les partenaires de représentations de contrôle de traitement ne médient pas l'influence des patients.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>En ce qui concerne le premier objectif, il était évident que les deux patients et partenaires des représentations sur le diabète de type 2 sont en ligne avec un avis médical en ce qu'elle a été perçue comme une maladie chronique avec des conséquences graves qui pourraient être contrôlés de manière efficace avec le traitement.</p> <p>En général, les patients et les partenaires ont démontré un haut niveau de prise de conscience de la nature de la maladie et son traitement. Ces représentations peuvent avoir été formulées par l'accumulation d'informations sur la maladie pendant de nombreuses années à travers leurs partenariats.</p> <p>Le second objectif de cette étude était de déterminer l'étendue de l'accord entre les représentations de la maladie des patients atteints de diabète de type 2 et de leurs partenaires. Il a été constaté que des différences significatives existent pour seulement 2 des 12 représentations de la maladie. Les patients avaient une moins bonne compréhension de l'état par rapport à leurs partenaires. Les patients ont démontré une plus grande maîtrise personnelle qui a été perçue par leurs partenaires. Il a également été notable que 7 des 12 mesures des patients et des partenaires du diabète représentations étaient significativement corrélées.</p> <p>Il est apparu qu'il y avait un haut degré de concordance entre les patients et les croyances des partenaires concernant le diabète. De tels niveaux de concordance sont évidents dans les études antérieures de croyances de maladie dans des conditions chroniques.</p> <p>Les présents résultats indiquent que bien des patients ont une moins bonne compréhension de l'état, ils perçoivent un plus grand contrôle personnel sur leur diabète que ce qui est perçu par leurs partenaires.</p> <p>Dans l'ensemble, il semble qu'il y ait une relation entre les perceptions de la durée de la maladie et de son traitement, ce qui a une influence positive sur les aspects des patients concernant les auto-soins. Toutefois, l'absence d'une relation entre médiationnel de représentations et les patients des partenaires de l'adhérence aux médicaments suggère que ce comportement autogestion peut être au-delà de l'influence des partenaires.</p>

	<p>Les limites de l'étude</p> <p>La généralisation des résultats sont tempérés par le taux de réponse de 51%. Ce taux de réponse doit cependant être considéré dans le contexte de la recherche à double consentement des deux parties de la dyade.</p> <p>En outre, il convient de noter que les participants de la cohorte de SASH avaient été approché à plusieurs reprises avant la présente étude et peuvent avoir vécu «la fatigue de l'étude.»</p> <p>Une autre limite concerne la possibilité que les résultats ne peuvent refléter les croyances des couples qui fonctionnent bien dans leur relation. Ces couples peuvent être plus susceptibles d'être en accord sur la participation commune à une étude sur le diabète.</p>
Perspectives futures	Aucune piste n'est mentionnée
Questions générales Présentation Evaluation globale	

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 175-184

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il contient les objectifs de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La question est par quels mécanismes les personnes font pour exercer leur influence sur les autres ?
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La présente étude a été conçue pour examiner cette question chez les patients atteints de diabète de type 2 et leurs partenaires, en utilisant le cadre théorique de l'autorégulation Modèle (SRM).
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'hypothèse proposée est que les partenaires « croyances médiatisent la relation entre les patients des représentations de la maladie et leurs comportements d'autogestion.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			La généralisation des résultats sont tempérés par le taux de réponse de 51%. Ce taux de réponse doit cependant être considéré dans le contexte de la recherche à double consentement des deux parties de la dyade. En outre, il convient de noter que les participants de la cohorte de SASH avaient été approché à plusieurs reprises avant la présente étude et peuvent avoir vécu «la fatigue de l'étude." Une autre limite concerne la possibilité que les résultats ne peuvent refléter les croyances des couples qui fonctionnent bien dans leur relation. Ces couples peuvent être plus susceptibles d'être en accord sur la participation commune à une étude sur le diabète.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des		X		

	conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Appendice E :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Stephens et al. (2013)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., Iida, M., Hemphill, R. C., & Salem, J. K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes. <i>Health Psychology, 32</i> (10), 1029-1037
Résumé	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquêter quotidiennement sur l'adhérence alimentaire et la détresse du diabète chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 (DT2). - Enquêter sur le soutien au régime alimentaire des conjoints - Enquêter sur le contrôle lié à l'alimentation (la persuasion et dépression) de et si ces processus quotidiens diffèrent entre Les couples qui font et ne valorisent pas la responsabilité de la gestion de DT2. <p>Méthodes :</p> <p>A la fin de la journée, des journaux ont été remplis par 126 couples dont l'un des partenaires avait DT2 (patients) et l'autre non (conjoint). En utilisant des méthodes de journal électronique, chaque partenaire a enregistré de manière indépendante les données pour 24 jours consécutifs (patients ont enregistré leur adhérence alimentaire et la détresse diabétique ; les conjoints ont enregistré leur niveau d'implication concernant la gestion de l'alimentation). Pour évaluer l'adhérence alimentaire, les patients ont rapporté la mesure dans laquelle ils ont suivi les recommandations alimentaires quotidiennes. Pour évaluer la détresse diabétique, les patients ont rapporté la mesure dans laquelle ils se sont inquiétés au sujet du diabète tous les jours en utilisant des éléments des zones à problème dans le diabète (PAID) échelle.</p> <p>Résultats :</p> <p>La modélisation multiniveau a révélé que, par rapport au jour d'avant, Le soutien des conjoints concernant le régime alimentaire a été associée à l'augmentation de l'adhérence des patients alors que la persuasion et la pression liée au régime alimentaire ont été associés à une diminution de l'adhérence, la pression des conjoints a été associée à l'augmentation à une détresse diabétique. Lorsque les partenaires ont évalué partage de la responsabilité de gérer le DT2, un soutien a été associée à une diminution dans détresse diabétique, la pression a été associée à une diminution de l'adhérence.</p> <p>Conclusions :</p> <p>Nos résultats offrent un aperçu quotidien concernant des partenaires, les interactions liées à la maladie et d'identifier ceux qui sont susceptibles d'être bénéfiques ou nuisible pour la santé physique et psychologique des patients.</p>
Introduction Enoncé du problème	Les chercheurs savent peu sur l'implication quotidienne des conjoints dans la gestion du diabète avec leurs partenaires et dont la manière ces interactions quotidiennes se rapportent à des comportements des patients et sur l'adhérence.

Recension des écrits	<p>Le diabète de type 2 (DT2) est un problème majeur de santé publique, et son incidence augmente avec l'âge (sauvage, Roglic, Vert, Sicree, & King, 2004). Si les tendances actuelles se poursuivent, un Américain sur trois auront le diabète d'ici 2050 (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Le DT2 peut entraîner des complications graves, y compris les maladies cardiaques, la perte de vision, et la neuropathie (CDC, 2011). Bien que ces complications peuvent souvent être évités ou retardés par les habitudes de vie, notamment par des choix alimentaires appropriés, de nombreux patients ont du mal à maintenir le strict respect nécessaire pour gérer avec succès cette maladie (CDC, 2011 ; Gonder-Frederick, Cox, et Ritterband 2002). En outre, les patients éprouvent souvent la détresse liée à leur maladie et de sa gestion (par exemple, Polonsky et al., 1995).</p> <p>L'implication conjugale chez les patients pour la gestion du diabète a le potentiel de faciliter les patients à l'observance du traitement et l'adaptation psychologique (par exemple, Stephens, Rook, Franks, Khan, & Iida 2010) ;</p> <p>Le soutien des membres de la famille est une critique, encore peu étudié, une composante de la capacité des patients à maintenir le régime de traitement complexe associé à DT2 (par exemple, Gonder-Frederick et al . , 2002 ; Goodall & Halford, 1991).</p> <p>Recevoir un soutien lié à la santé des membres de la famille (le plus souvent les conjoints) semble favoriser l'adhésion des patients au régime du diabète, y compris l'alimentation (par exemple, Garay-Sevilla et al . , 1995 ; Glasgow & Toobert 1988 ; Williams & Bond 2002).</p> <p>De nombreux patients identifient la pension alimentaire pour l'adhérence alimentaire comme une forme primaire d'assistance qui est particulièrement utile dans la gestion du diabète (Trief et al., 2003).</p> <p>Le soutien social a également été trouvé pour être associé à des niveaux inférieurs de la dépression chez les patients atteints de diabète (Connell, Davis, Gallant, & Sharpe, 1994 ; Littlefield, Rodin, Murray, et Craven, 1990), ainsi que moins de soucis liés au diabète et l'anxiété (Kaplan & Hartwell, 1987).</p> <p>Ainsi, en plus de faciliter l'adhérence, le soutien lié à la santé alimentaire peut améliorer l'adaptation psychologique des patients au diabète.</p> <p>L'étude présentée ici à étudier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les associations quotidiennes entre trois types d'implication chez les patients, les conjoints et la gestion du diabète (liées

	<p>au régime alimentaire de soutien, la persuasion et la pression)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adhérence des patients au régime alimentaire - La détresse spécifique au diabète. - La responsabilité des partenaires (partagé VS patients)
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie sur les comportements et le soutien social
Hypothèses	<p>Les chercheurs prédisent que le soutien du conjoint ainsi que la persuasion sera lié à des niveaux plus élevés d'observance diététique des patients et des niveaux inférieurs de détresse spécifiques au diabète.</p> <p>En revanche, les chercheurs s'attendent à ce que la pression du conjoint serait liée à des niveaux inférieurs concernant l'adhérence alimentaire et des niveaux plus élevés de détresse spécifiques au diabète.</p> <p>Les chercheurs ont également prédit que parmi les couples dont les partenaires voient de la gestion des maladies comme une responsabilité partagée, par rapport à ceux dans lesquels les partenaires considèrent les patients des patients de la gestion des maladies comme la responsabilité du patient seul, les effets positifs de la pension alimentaire et de persuasion sur le diabète les résultats des patients serait être améliorés et les effets négatifs de la pression seraient atténués (Berg et al . , 2009 ; Berg & Upchurch, 2007).</p>
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif descriptif
Population et contexte	<p>Population : Les analyses présentées ici sont basées sur <u>126 couples</u>. Les Dyades dans notre étude étaient des couples mariés âgés dont un partenaire a été diagnostiqué avec le DT2.</p> <p>Critère d'inclusion : Pour être admissibles, les patients devaient avoir un diagnostic médical principal de DT2, être d'au moins 55 ans et dans un mariage ou d'une relation semblable au mariage, résider dans la communauté, et qui ont reçu au cours des 3 derniers mois une recommandation d'une santé fournisseur de soins à apporter des améliorations alimentaires. Les critères d'admissibilité pour les conjoints inclus vivant dans le même foyer que le patient, étant la première personne pour aider le patient avec le traitement du diabète, et ne pas être diagnostiqué avec le diabète</p> <p>Contexte :</p>

	<p>Les brochures décrivant l'étude ont été placées dans les cabinets médicaux, les cliniques d'éducation sur le diabète, et les centres pour personnes âgées. Les publicités ont été publiées / diffusées dans les médias commerciaux. Les couples intéressés ont appelé le bureau de recherche en utilisant un numéro sans frais et ont été sélectionnés pour l'admissibilité.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Un membre du personnel formé était chargé de montrer aux couples comment utiliser l'ordinateur portable fourni par l'étude et ce professionnel a démontré le contenu et le format des enregistrements de journal électronique. Le logiciel de journal a été conçu pour faciliter l'accès par les personnes âgées et les personnes ayant une expérience informatique minimale (fonctionnalités accessibles inclus police de grande taille, un élément de journal par écran, et de multiples options pour les réponses enregistrement). Les participants ont rempli les journaux tous les soirs 20h00-à-23h59 pendant 24 jours consécutifs. Chaque enregistrement quotidien était une heure et une date spécifique et ne peut être consulté au cours de cette fenêtre 4 h. Les patients et leurs conjoints ont reçu des journaux séparément et complets puis ils ont reçu des mots de passe individuels à leurs propres dossiers quotidiens pour encourager la réponse indépendante.</p> <p>➤ Les mesures du journal quotidien [Measures From End-of-Day Diary Records]</p> <p>Les variables dépendantes et indépendantes dans les analyses présentées ici sont basées sur des données provenant des dossiers du journal quotidien des participants. Les variables dépendantes proviennent des rapports de patients et les variables indépendantes proviennent des rapports de conjoints. Les articles comprenaient les variables dépendantes et indépendantes et ils avaient les mêmes options de réponse.</p> <p>En utilisant une échelle de 3 points, les participants ont indiqué la mesure dans laquelle ils étaient engagés dans un comportement donné ce jour-là (1 = pas du tout, 2 = un peu, 3 = très bien). Tous les écarts types rapportés pour les mesures de journal reflètent la variation intra-sujet (Cranford et al., 2006).</p> <p>➤ L'adhérence diététique [dietary adherence]</p> <p>Les patients ont signalé la mesure dans laquelle ils avaient suivi un régime alimentaire recommandé ce jour - là avec des éléments de la sous - échelle de l'alimentation (Résumé du diabète Activités d'auto-soins Mesure) (SDSCA; Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000). Une mesure largement utilisée de la gestion du diabète. Un point a été modifié pour poser des questions sur l'adhérence alimentaire sur la journée en cours. L'échelle est une moyenne de cinq éléments (par exemple, mangeaient cinq portions ou plus de fruits et légumes) (M = 2.39, SD = 0,32, R changement = 0,64 ; R 1F = 0,73).</p>

➤ **La détresse spécifique du diabète [Diabetes specifi distress]**

Les patients ont signalé la mesure dans laquelle ils avaient inquiets au sujet du diabète ce jour - là en utilisant les éléments des zones à problème dans le diabète (PAID) échelle (Polonsky et al., 1995). Cette échelle est une moyenne de trois items (constamment préoccupés par la nourriture et l'alimentation, inquiets de l'avenir et la possibilité de complications graves, coupables ou anxieux quant à la gestion du diabète) (M = 1.59, SD = 0,29, R changement = 0,47 ; R 1F = 0,82).

➤ **La participation liée au régime alimentaire des conjoints [Spous'es Diet-related involvment]**

Nous avons étudié la structure factorielle des mesures de participation des conjoints (liées au régime alimentaire de soutien, la persuasion, la pression) dans une analyse factorielle confirmatoire. Chaque élément chargé uniquement sur son facteur respectif, et le modèle correspondent bien aux données ($\chi^2 [24] = 338,36$, erreur quadratique moyenne d'approximation = .07, comparative indice de forme = .92, et incrémental indice de forme = .92). Toutes les estimations étaient significatives à $p < .01$.

➤ **Le soutien lié au régime alimentaire [Diet related support]**

Les conjoints ont rapporté la mesure dans laquelle ils avaient fourni un soutien au patient à adhérer aux recommandations diététiques ce jour - là. Cette échelle est une moyenne de trois items (M = 1.95, SD = 0,37, R changement = 0,51 ; R 1F = .80).

➤ **La persuasion liée au régime alimentaire [Diet related persuasion]**

Les conjoints ont rapporté la mesure dans laquelle ils avaient essayé de convaincre ou de motiver le patient pour améliorer les choix alimentaires ce jour - là. Cette échelle est une moyenne de trois items (a essayé de persuader le patient de suivre le régime diabétique, a essayé de faire quelque chose pour le patient pour améliorer les choix alimentaires, laissez patients faire de mauvais choix alimentaires étaient inquiétants) (M = 1,45, SD = 0,33, R changement = 0,54 ; R 1F = .78).

➤ **La pression liée au régime alimentaire [Diet related pressure]**

Les conjoints ont rapporté la mesure dans laquelle ils avaient essayé de forcer ou de contraindre le patient à améliorer les choix alimentaires ce jour - là. Cette échelle est une moyenne de trois items (irritation exprimée au sujet de pauvres alimentaires, des doutes interrogés ou exprimées au sujet de mauvais choix alimentaires des patients, a critiqué les mauvais choix alimentaires du patient) (M = 1.16, SD = 0,26, R changement = 0,72 ; R 1F = .79).

Nous avons calculé les corrélations entre les trois types d'engagement conjoint en faisant la moyenne des coefficients de corrélation pour chaque conjoint pour tous les jours. Pour le soutien et la persuasion, la moyenne $r = 0,33$; pour le soutien et

	<p>la pression, la moyenne $r = .10$; et pour la persuasion et la pression de la moyenner = .43.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le jour de la période du journal [Day in the diary period] Des relevés quotidiens de chaque participant ont été numérotés consécutivement (1-24). Cette variable a été incluse dans les analyses pour ajuster les effets temporels potentiels des évaluations répétées. ➤ Gravité de la comorbidité des patients (non diabétique) symptômes [Severity of patients' comorbid (nondiabetes) symptoms]. Chaque soir, patients ont signalé la gravité des symptômes dus à d'autres conditions de santé sur une échelle de 0 = pas grave du tout à 10 = aussi graves qu'ils pourraient éventuellement être ($M = 1.99$, $SD = 1.75$). Cette variable a été incluse comme co variable dans les analyses afin d'exclure la possibilité que d'autres conditions de la maladie ont contribué aux résultats du diabète (d'adhérence et de détresse). ➤ La sévérité des symptômes du diabète [Diabetes symptom severity] La sévérité des symptômes du diabète des patients au cours du dernier mois a été évaluée en utilisant la mesure Impact Scale Diabète (Hammond & Aoki, 1992). Pour chacun des cinq symptômes, les patients ont indiqué combien de fois certains symptômes (par exemple, une miction excessive) ou l'intensité d'autres symptômes (par exemple, un engourdissement dans les pieds ou les mains) avait été sur une échelle de 6 points allant de 1 = jamais / pas de gêne à 6 = toujours / insupportable ($M = 2.16$, $SD = 0,76$, $\alpha = 0,58$). Cette variable a été utilisée comme co variable dans les analyses afin d'exclure la possibilité que les différences individuelles dans la gravité de la maladie ont contribué aux résultats du diabète.
Déroulement de l'étude	Les résultats présentés ici sont issus d'une étude plus large des couples avec le DT2 dans lequel chaque partenaire a complété le journal en fin de journée (Stephens, Rook, Franks, et Salem, 2010). Sur chacun des 24 jours, les patients ont enregistré la mesure dans laquelle ils avaient adhéré à un régime alimentaire recommandé et la mesure dans laquelle ils avaient expérimenté une détresse sur leur maladie ce jour - là. Les conjoints enregistrés façons dont ils avaient été impliqués dans la gestion des choix alimentaires des patients ce jour - là.
Résultats Traitement des données	En utilisant des analyses descriptives, les chercheurs ont calculé le nombre de conjoints qui ont déclaré fourni un soutien lié à l'alimentation, la persuasion et la pression au cours de la période de journal de 24 jours. Les conjoints ont été classés en fonction de la fréquence à laquelle ils ont fourni un type donné d'engagement (une échelle avec un score supérieur à zéro) pendant la période de journal (avec le nombre de jours du journal divisé en quartiles).

	<p>Ils ont ensuite examiné comment la participation du conjoint dans la gestion quotidienne diététique était associée à une observance au régime et à la détresse spécifique au diabète. La modélisation multiniveau a été utilisée pour tester les hypothèses de l'étude. Nous avons exclu les 3 premiers jours d'entrées de journal dans les analyses à cause de la réactivité potentielle, tels que le changement temporaire du comportement suscité par l'acte d'enregistrement quotidien (par exemple, Clemes & Parker, 2009). Cependant, les résultats des analyses qui incluaient des données enregistrées sur ces jours - ci ne diffèrent pas de ceux que nous rapportons.</p>
Présentation des résultats	<p>Figure 1 : La figure 1 montre que la plupart des conjoints (81,9%) pris en charge des choix alimentaires sains des patients sur plus de trois quarts des jours du journal, alors que la plupart des conjoints (66,4%) ont essayé de faire pression sur les patients à améliorer leurs choix alimentaires sur moins d'un quart de tous les jours du journal. La proportion de conjoints qui a essayé de persuader les patients pour améliorer les choix alimentaires a été distribuée plus équitablement entre les quartiles, et la plus grande proportion (42,5%) a utilisé cette stratégie de contrôle sur plus de trois quarts des jours du journal. Tous les jours pour tous les conjoints, la mesure dans laquelle les conjoints engagés dans le soutien liées à l'alimentation d'une journée moyenne (1 = pas du tout, 2 = un peu, 3 = très bien) étaient de 1,95 (SD = 0,37), la persuasion était de 1,45 (SD = 0,33), et la pression était de 1,16 (SD = 0,26).</p> <p>➤ La participation conjugale, l'observance spécifique du diabète et la détresse des patients Les variables-alimentaires adhésions dépendantes et spécifiques au diabète détresse ont été modélisées séparément. Chaque modèle avait deux niveaux : - <u>Niveau 1</u> (seul) - Le niveau 2 (entre-couple). Les analyses ont été effectuées en utilisant SAS PROC MIXED. L'intérieur de couple analyse a permis le résultat de chaque patient (tel que rapporté par le patient) à modéliser en fonction simultanée des trois types de participation du conjoint (tel que rapporté par le conjoint).</p> <p>Tableau 2 : <u>La moitié supérieure du tableau 2</u> présente les résultats à plusieurs niveaux pour l'adhésion alimentaire des patients. L'effet de la pension alimentaire est positif et significatif, l'effet fixe = 0,14, $t(125) = 6,98$, $p < .001$, ce qui indique que les jours où les conjoints ont fourni un soutien plus que ce qu'ils ont fait en général, les patients ont rapporté une augmentation de l'adhésion alimentaire du jour précédent.</p>

	<p>Les effets de la persuasion et la pression conjugale étaient négatifs et peu significative, l'effet fixe = -0.04, $t(125) = -1,70$, $p = .09$ et l'effet fixe = -0.05, $t(125) = -1,76$, $p = .08$, respectivement.</p> <p>Les jours où les conjoints engagés dans la persuasion ou de pression plus que ce qu'ils avaient l'habitude, les patients ont rapporté une diminution marginale dans le respect alimentaire. Les effets de la participation du conjoint : Résultats multiniveaux pour Dietary Adhérence et détresse du diabète spécifique (N = 126 Couples, N = 2468 Jours).</p> <p><u>La moitié inférieure du tableau 2</u> présente les résultats à plusieurs niveaux pour la détresse spécifique au diabète des patients. Les effets de la pension alimentaire et de la persuasion ne sont pas significatifs, l'effet fixe = -0.01, $t(125) = -0,77$, $p = 0,44$ et l'effet fixe = 0,03, $t(125) = 1,18$, $p = 0,24$, respectivement. Cependant, l'effet de la pression du conjoint était positif et significatif, l'effet fixe = 0,06, $t(125) = 2,25$, $p = .03$. <u>Les jours où les conjoints engagés dans la pression plus que ce qu'ils ont fait en général, les patients ont rapporté une augmentation de la détresse spécifique au diabète.</u></p> <p>➤ L'appréciation de la responsabilité pour la gestion du diabète comme un modérateur</p> <p>Dans l'analyse de l'observance diététique des patients, la responsabilité d'expertise n'a pas modéré les effets du soutien liés à l'alimentation ou la persuasion, les effets d'interaction = -0.02, $t(125) = -0,51$, $p = 0,61$ et 0,08, $t(125) = 1,42$, $p = 0,16$, respectivement.</p> <p>Parmi les couples à responsabilité partagée, l'adhésion alimentaire a diminué les jours où les conjoints engagés dans la pression liée au régime alimentaire plus que ce qu'ils avaient l'habitude, l'effet fixe = -0.12, $t(125) = -3,51$, $p = .001$, mais il n'y avait pas d'association entre la pression et l'adhésion des patients pour les couples patient responsabilité, effet fixe = 0,08, $t(125) = 1,54$, $p = 0,12$.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats ont révélé que toutes les formes de la participation liée au régime alimentaire des conjoints (soutien, la persuasion, la pression) ont contribué de façon unique à la prédiction d'un ou deux résultats pour les patients (observance diététique quotidienne et de détresse spécifique au diabète).</p> <p>Certaines associations entre la participation du conjoint et l'adhésion alimentaire des patients ont été trouvées seulement parmi les partenaires qui ont consulté la gestion des patients DT2 comme leur responsabilité partagée (par rapport à la responsabilité du patient seul).</p> <p>Tous les résultats de l'étude ont émergé même après l'ajustement pour les caractéristiques démographiques des patients, La pression liée au régime alimentaire était le seul type de participation du conjoint qui a été lié à la fois les résultats des patients.</p>

Conformément à notre première hypothèse, de l'utilisation de la pression pour obtenir des améliorations chez les patients de choix alimentaires conjoints est non seulement associée à une légère baisse de l'adhérence au régime alimentaire des patients à la veille, mais aussi a été associée à une augmentation de leurs inquiétudes et leurs préoccupations au sujet de diabète. Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures sur les conséquences comportementales et psychologiques involontaires de formes "négatives" de contrôle social (par exemple, Fekete et al . , 2009 ; . Tucker et al, 2006).

Toujours en accord avec notre première hypothèse, les résultats indiquent que les jours où les conjoints ont fourni plus de soutien qu'ils ne le faisaient en général, l'adhésion alimentaire des patients est passé de la veille. Nos résultats en matière de soutien quotidien et l'adhésion sont conformes aux recherches antérieures sur les formes mondiales de soutien social et l'adhésion des processus (par exemple, Garay-Sevilla et al . , 1995 ; Glasgow & Toobert, 1988 ; Williams & Bond, 2002).

Soutenir les patients avec des habitudes alimentaires saines sur un jour peut renforcer les croyances des patients croyances qu'ils possèdent les compétences et la capacité de continuer à bien gérer l'alimentation.

Les résultats actuels, conjugués à ceux de la dernière série d'études, suggèrent que les patients souffrant d'une maladie chronique réagissent négativement, même à des formes légères de contrôle.

Sensibiliser pour contrôler les tentatives peut être dû à la difficulté d'amorcer et maintenir un changement de comportement à long terme.

Parmi les partenaires qui ont consulté la responsabilité de la gestion des maladies comme une responsabilité partagée, se livrer à une pression plus que d'habitude a été associée à une diminution de l'adhésion alimentaire relative aux patients de la veille, une conclusion opposée à nos prévisions.

Limite de l'étude :

Il est important de noter que les rapports provenant d'autres sources (par exemple, un médecin, dossier médical, conjoint) sont sensibles à d'autres formes de biais (par exemple, une connaissance limitée de l'exposition et au comportement d'adhérence des patients). Il convient également de noter que les patients dans notre étude ont enregistré en privé des comportements d'adhérence relativement proches dans le temps de leur apparition, réduisant ainsi l'impact des préjugés sociaux et de mémoire potentiel.

Perspectives futures	Les recherches futures bénéficieraient de stratégies d'évaluation qui reposent sur des évaluations multiples tout au long de la journée pour (a) accroître la précision en obtenant des informations sur les patients et les conjoints de leurs expériences momentanées (au lieu de les obliger à rappeler les expériences à la fin de la journée) et (b) permettre des déductions plus fortes au sujet de l' ordre temporel des événements (Cain, Depp, et Jeste, 2009 ; Shiffman, Pierre, & Hufford 2008).
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	

Références bibliographique : Loïselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., Iida, M., Hemphill, R. C., & Salem, J. K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes. *Health Psychology, 32*(10), 1029-1037

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il contient les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion (avec les perspectives futures)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les chercheurs savent peu sur l'implication quotidienne des conjoints dans la gestion du diabète avec leurs partenaires et dont la manière ces interactions quotidiennes se rapportent à des comportements des patients sur l'adhérence.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les chercheurs prédisent que le soutien du conjoint ainsi que la persuasion sera lié à des niveaux plus élevés d'observance diététique des patients et des niveaux inférieurs de détresse spécifiques au diabète. En revanche, les chercheurs s'attendent à ce que la pression du conjoint serait liée à des niveaux inférieurs concernant l'adhérence alimentaire et des niveaux plus élevés de détresse spécifiques au diabète. Les chercheurs ont également prédit que parmi les couples dont les partenaires voient de la gestion des maladies comme une responsabilité partagée, par rapport à ceux dans lesquels les partenaires considèrent les patients des patients de la gestion des maladies comme la responsabilité du patient seul, les effets positifs de la pression alimentaire et de persuasion sur le diabète les résultats des patients serait être améliorés et les effets négatifs de la pression seraient atténués (Berg et al . , 2009 ; Berg & Upchurch, 2007).

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les analyses présentées ici sont basées sur <u>126 couples</u> . Les Dyades dans notre étude étaient des couples mariés âgés dont un partenaire a été diagnostiqué avec le DT2.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont expliqués à l'aide de deux tableaux
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question			X	

	de la généralisation des conclusions ? -les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il est important de noter que les rapports provenant d'autres sources (par exemple, un médecin, dossier médical, conjoint) sont sensibles à d'autres formes de biais (par exemple, une connaissance limitée de l'exposition et au comportement d'adhérence des patients). Il convient également de noter que les patients dans notre étude ont enregistré en privé des comportements d'adhérence relativement proches dans le temps de leur apparition, réduisant ainsi l'impact des préjugés sociaux et de mémoire potentiel.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Des faits sont décrits cependant, aucune piste concrète n'est donnée.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Appendice F :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Pereira, Pedras, Machado, & Ferreira (2015)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Pereira, M. G., Pedras, S., Machado, J. C., & Ferreira, G. (2015). Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 1-8.
Résumé	<p>Le but de cette étude était d'analyser des représentations des partenaires du diabète en tant que médiateurs entre les représentations du patient de sa maladie et l'adhésion à tous les comportements d'auto-soins, dans le diabète de type 2 récemment diagnostiqué (DT2) chez des patients. L'échantillon comprenait 340 patients et leurs partenaires respectifs.</p> <p>Cette étude fournit des preuves de la nécessité de traiter DT2 au sein de la dyade pour améliorer l'adhérence, en commençant après le diagnostic.</p>
Introduction Enoncé du problème	Au Portugal, 13% de la population sont diagnostiqués avec le diabète et 27% ont le pré-diabète (Société portugaise du diabète, 2014). Le diabète implique l'adoption de comportements d'auto-soins quotidiens qui sont obligatoires pour le contrôle des maladies (American Diabetes Association [ADA], 2015).
Recension des écrits	<p>Des études sur l'alimentation saine ont montré que les taux d'observance varient entre 30 et 87% (McCabe, 2003), plus de 50% des patients ont déclaré ne pas faire de l'exercice régulier (Geulayov, Goral, Muhsen, Lipsitz, & Gross, 2010) et seulement 20% des patients examinés leurs pieds tous les jours, 38% les examina une fois ou deux fois par mois et 33% aavoué avoir jamais examiné leurs pieds (DeBerardis et al., 2005). En outre, 67% des patients, atteints de DT2 n'a pas surveillé leur glycémie comme recommandé (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, & Selby, 2000). Non-respect des médicaments est responsable d'un mauvais contrôle métabolique et est associée à des coûts plus élevés dans les services de soins de santé (Lin et al., 2004). Le non-respect affecte négativement l'évolution de la maladie ayant des conséquences personnelles, sociales et économiques (Marinker & Shaw, 2003).</p> <p>Les représentations de la maladie comprennent les conséquences, le calendrier, le contrôle personnel et le traitement, l'identité, les préoccupations, les émotions et la compréhension de la maladie évaluée par le questionnaire de perception de la maladie (Figueiras et al. 2010 ; Theunissen, de Ridder, Bensing, & Rutten, 2002). Le modèle de Leventhal d'autorégulation (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) suggère que les croyances et les attentes des patients au sujet de leur maladie prédit l'adhésion à des comportements d'auto-soins dans le diabète (Abubakari et al. 2011 , Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011). La littérature a également montré que les représentations des partenaires de la maladie influencent les représentations des patients de la maladie et, par conséquent, l'adaptation des patients au diabète (Dimitraki & Karademas, 2014; Searle, Norman, Thompson, et Vedhara, 2007).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	

Hypothèses	Thompson, et Vedhara, 2007). Cependant, aucune étude à notre connaissance n'a mis l'accent sur les croyances des partenaires en tant que médiateurs dans tous les comportements d'auto-soins, chez les patients atteints de DT2 diagnostiqués récemment. La présente étude a analysé si représentations des partenaires de la maladie étaient des médiateurs dans la relation entre les représentations du patient de la maladie et l'adhésion, chez les patients diagnostiqués récemment atteints de DT2, afin d'informer les programmes d'intervention, dès le début. Etant donné que les partenaires sont la principale source de soutien pour l'adhésion et l'adaptation aux DT2 (Trief et al., 2003), nous nous espérons que les représentations des partenaires et patients, lorsque congruent, d'être des médiateurs.
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative transversale
Population et contexte	L'échantillon était composé de 340 patients atteints de DT2 diagnostiqués au cours des 12 derniers mois, et leurs partenaires dans le nord du Portugal Les professionnels de santé ont identifié les patients et les deux ont signé un consentement éclairé. La participation était volontaire. Les critères d'inclusion pour les patients inclus : un diagnostic de DT2 plus d'un an avant l'évaluation, en ne prenant que les médicaments oraux pour le DT2, avoir un partenaire, et être âgé de 18 ans ou plus. Étant donné que les demandes des patients prenant de l'insuline sont différentes de ceux qui prennent des médicaments par voie orale, seuls ces derniers ont été inclus dans l'étude. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Association régionale de santé du Nord
Collecte des données et mesures	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les activités d'auto-soins (11 items) mesurées par le résumé révisé (Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000) Cette échelle évalue les niveaux d'auto-soins et la gestion de plusieurs composants du régime du diabète <p>Des scores élevés indiquent une plus grande adhésion à des comportements d'auto-soins du diabète. Dans le présent exemple, de Cronbach α était 0,76 pour l'exercice, 0,93 pour la surveillance du glucose, 0,72 pour les soins des pieds et .60 pour le régime.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Adhérence aux médicaments (5 items) échelle de rapport (Horne, 2001 ; Pereira, Pedras, et Machado, 2012). Cette échelle évalue l'adhésion aux médicaments, en particulier la fréquence à laquelle les patients adhèrent aux recommandations des médecins et se compose de cinq éléments. Des scores plus élevés indiquent une plus grande adhésion. Dans le présent exemple, de Cronbach α pour l'échelle totale était .70 ➤ La perception de la maladie (8 items) (Broadbent, Petrie, Main, et Weinman, 2006 . Figueiras et al, 2010) pour

	<p>les patients et les partenaires. Ce questionnaire permet d'évaluer les représentations de la maladie : conséquences, chronologie, contrôle personnel, contrôle de traitement, l'identité, préoccupations, émotions et la compréhension. Étant donné que chaque échelle a un seul élément, alphas ne peut pas être calculée. Dans cet échantillon, les corrélations entre les sous - échelles étaient significatives variant entre .35 et .53 chez les patients et entre .32 et .50, chez les partenaires. Des scores plus élevés indiquent une perception de la maladie plus menaçante (compréhension, personnelle et de contrôle de traitement sont inversement marqués).</p>
Déroulement de l'étude	Décrit avec les collectes des données
Résultats Traitement des données	<p>Les fréquences, la moyenne et les écarts - types des variables échantillons ont été calculés. Pour analyser les différences sur les comportements d'auto-soins et les médicaments selon le sexe, un MANOVA et un <i>t</i>-test ont été effectuées, respectivement. Un modèle de régression linéaire multivariée a été conçu pour les variables d'adhérence avec les effets médiateurs de la représentation des partenaires sur le diabète. L'ajustement du modèle a été évalué en utilisant l'indice comparatif de forme (FCI), l'erreur quadratique moyenne approximative (RMSEA) et la racine carrée moyenne normalisée résiduelle (SRMR). Ajustement adéquat a été défini comme $\chi^2 p$-value sur .05, par rapport $\chi^2 (\chi^2 / d f)$ ci - dessous 2, CFI sur .95, .07 RMSEA ci - dessous et ci - dessous SRMR .08 (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). Toutes les analyses statistiques standard ont été effectuées en utilisant les SPSS Statistics IBM 22 et le chemin des analyses ont été effectuées en utilisant IBM SPSS Amos 22 (SPSS Inc, Chicago, IL).</p>
Présentation des résultats	<p>Il n'y avait aucune différence entre les hommes et les femmes sur l'adhésion au régime alimentaire ($F(1, 338) = .04, p = 0,85$), d'exercer ($F(1, 338) = 3,79, p = 0,052$), à l'auto surveillance de la glycémie ($F(1, 338) = .05, p = 0,83$), pour les soins des pieds ($F(1, 338) = 0,007, p = 0,93$) et les médicaments ($t(337) = 0,82, p = 0,41$).</p> <p>Le modèle de régression linéaire à variables multiples a montré un ajustement acceptable $\chi^2_{(28)} = 40,4, p = 0,060; \chi^2 / d f = 1,444; CFI = 0,956; RMSEA = 0,036; SRMR = .050$. L'effet indirect de la représentation des patients sur les conséquences du diabète, sur l'adhésion à exercice, a été totalement médiée par la représentation des partenaires sur les conséquences du diabète (effet de médiation = $-.052$; intervalle de confiance à 95% = $-.106$ à $-.001, p < .05$) et l'effet indirect de la représentation des patients au sujet des conséquences du diabète sur l'adhésion de la surveillance de la glycémie (effet de médiation = $0,062$; intervalle de confiance à 95% = de $0,013$ à $0,166, p < .05$), et les soins des pieds adhésion (effet de médiation = $.090$; 95% intervalle de confiance = $0,031$ à $0,203, p < .01$) a été en partie médiée par la représentation des partenaires sur les conséquences du diabète. En outre, l'effet indirect de de la représentation sur le diabète de patients contrôle personnel, sur</p>

	<p>l'adhésion au glucose surveillance, a été totalement médiée par la représentation des partenaires sur le contrôle personnel du diabète (effet de médiation = 0,050; intervalle de confiance à 95% = de 0,017 à 0,103, $p < .01$).</p> <p>Enfin, l'effet indirect de la représentation des patients sur le contrôle du traitement du diabète sur l'adhésion de la surveillance de la glycémie a été totalement médiée par les représentations des partenaires au sujet du contrôle de traitement (effet de médiation = 0,095; intervalle de confiance à 95% = 0,042 au 0,182, $p < .01$) (Tableau 2).</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le respect de l'exercice, les soins des pieds et de la surveillance de la glycémie ont été médiée par des représentations sur les conséquences du diabète. En fait, la littérature a suggéré que l'auto-surveillance du glucose et de l'adhésion à l'exercice ont été associés à des conséquences du diabète (Broadbent et al., 2011 ; Hampson, 1997). La même chose vaut pour le respect des soins des pieds (Abubakari et al., 2011). Par conséquent, selon les résultats chez les patients diagnostiqués récemment, la convergence des représentations des partenaires et des patients au sujet de ces comportements d'auto-soins peut être utile dans la conception des interventions pour améliorer l'adhérence à ces comportements d'auto-soins.</p> <p>Dans cette étude, le contrôle personnel et le traitement étaient des médiateurs totaux de l'adhésion à la surveillance de la glycémie. Par conséquent, il semble que lorsque les partenaires croient qu'ils ont le contrôle de la maladie et son traitement, les patients adhèrent à la surveillance de la glycémie. Ces résultats mettent en évidence l'importance de l'enseignement aux patients et aux partenaires comment effectuer la surveillance de la glycémie afin d'augmenter leur contrôle personnel et de traitement. Etant donné que la perception des partenaires des conséquences du diabète a un impact sur les comportements d'auto soins des patients, il est également important que les partenaires reçoivent une éducation sur le diabète, aussi bien.</p> <p>Enfin, les représentations de la maladie du diabète des partenaires ne sont médiées par la relation entre la représentation du patient et l'adhésion du patient aux médicaments et de l'alimentation. Étant donné que ces deux comportements sont les premiers comportements d'auto-soins abordés dans l'enseignement des soins infirmiers dans les consultations des patients, au Portugal, juste après le diagnostic, les patients peuvent se sentir confiants qu'ils ne nécessitent pas l'aide de partenaires ou que ces comportements peuvent être au-delà de leur influence.</p> <p>Cependant, cette hypothèse doit être poursuivie dans d'autres études. En outre, les études futures, en utilisant une conception longitudinale, sont nécessaires pour analyser la façon dont les représentations des patients et représentations des partenaires</p>

	peuvent changer au fil du temps, comme la durée du diabète augmente, y compris les patients ayant déclaré ne pas avoir une bonne relation conjugale.
Perspectives futures	<p>Cependant, cette hypothèse doit être poursuivie dans d'autres études. En outre, les études futures, en utilisant une conception longitudinale, sont nécessaires pour analyser la façon dont les représentations des patients et représentations des partenaires peuvent changer au fil du temps, comme la durée du diabète augmente, y compris les patients ayant déclaré ne pas avoir une bonne relation conjugale.</p> <p>Les représentations des partenaires sur les conséquences du diabète et le contrôle personnel et le traitement étaient des médiateurs dans la relation entre les représentations des patients de et l'adhérence à l'exercice, les soins des pieds, et l'auto-surveillance de la glycémie. Ces résultats soulignent l'importance du rôle joué par les partenaires sur l'adhésion, en particulier chez les patients nouvellement diagnostiqués avec le DT2, sans distinction de sexe.</p> <p>Pratique : En termes de pertinence pour la pratique clinique et éducation à la santé, cette étude met en évidence la nécessité d'une évaluation des croyances des patients et des partenaires sur le diabète. Par conséquent, les interventions psychosociales en matière d'éducation du patient devraient promouvoir la convergence entre les représentations des partenaires et des patients au sujet du diabète. Enfin, pour les couples aux prises avec l'adhésion à des comportements d'auto-soins, la thérapie familiale médicale peut être utile (Shields, Finley, Chawla, & Meadors, 2012).</p>
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	Synthétique, concise et claire

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Pereira, M. G., Pedras, S., Machado, J. C., & Ferreira, G. (2015). Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-8

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Partners' representations of diabetes as mediators between patients' representations and adherence to self-care behaviors, in type 2 diabetes
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Le but de cette étude était d'analyser des représentations des partenaires du diabète en tant que médiateurs entre les représentations du patient de sa maladie et l'adhésion à tous les comportements d'auto-soins, dans le diabète de type 2 récemment diagnostiqué (DT2) chez des patients. L'échantillon comprenait 340 patients et leurs partenaires respectifs. Cette étude fournit des preuves de la nécessité de traiter DT2 au sein de la dyade pour améliorer l'adhérence, en commençant après le diagnostic
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Au Portugal, 13% de la population sont diagnostiqués avec le diabète et 27% ont le pré-diabète (Société portugaise du diabète, 2014). Le diabète implique l'adoption de comportements d'auto-soins quotidiens qui sont obligatoires pour le contrôle des maladies (American Diabetes Association [ADA], 2015).
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Des études sur l'alimentation saine ont montré que les taux d'observance varient entre 30 et 87% (McCabe, 2003), plus de 50% des patients ont déclaré ne pas faire de l'exercice régulier (Geulayov, Goral, Muhsen, Lipsitz, & Gross, 2010) et seulement 20% des patients examinés leurs pieds tous les jours, 38% les examina une fois ou deux fois par mois et 33% avoué avoir jamais examiné leurs pieds (DeBerardis et al., 2005). En outre, 67% des patients, atteints de DT2 n'a pas surveillé leur glycémie comme recommandé (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, &

				<p>Selby, 2000). Non-respect des médicaments est responsable d'un mauvais contrôle métabolique et est associée à des coûts plus élevés dans les services de soins de santé (Lin et al., 2004). Le non-respect affecte négativement l'évolution de la maladie ayant des conséquences personnelles, sociales et économiques (Marinker & Shaw, 2003).</p> <p>Les représentations de la maladie comprennent les conséquences, le calendrier, le contrôle personnel et le traitement, l'identité, les préoccupations, les émotions et la compréhension de la maladie évaluée par le questionnaire de perception de la maladie (Figueiras et al., 2010 ; Theunissen, de Ridder, Bensing, & Rutten, 2002). Le modèle de Leventhal d'autorégulation (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) suggère que les croyances et les attentes des patients au sujet de leur maladie prédit l'adhésion à des comportements d'auto-soins dans le diabète (Abubakari et al., 2011 , Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011). La littérature a également montré que les représentations des partenaires de la maladie influencent les représentations des patients de la maladie et , par conséquent, l'adaptation des patients au diabète (Dimitraki & Karademas, 2014; Searle, Norman, Thompson, et Vedhara, 2007).</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x	<p>Thompson, et Vedhara, 2007). Cependant, aucune étude à notre connaissance n'a mis l'accent sur les croyances des partenaires en tant que médiateurs dans tous les comportements d'auto-soins, chez les patients atteints de DT2 diagnostiqués récemment. La présente étude a analysé si les représentations des partenaires de la maladie étaient des médiateurs dans la relation entre les représentations des patients de la maladie et l'adhésion, chez les patients diagnostiqués récemment atteints de DT2, afin d'informer les programmes d'intervention, dès le début. Étant donné que les partenaires sont la principale source de soutien pour l'adhésion et l'adaptation aux DT2 (Trief et</p>

				al., 2003), nous nous espérons que les représentations des partenaires et patients, lorsque congruent, d'être des médiateurs.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x		
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x		Etude quantitative transversale
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x		L'échantillon était composé de 340 patients atteints de DT2 diagnostiqués au cours des 12 derniers mois, et leurs partenaires dans le nord du Portugal
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x		
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x		résumé révisé (Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000) <i>échelle</i> de rapport (Horne, 2001 ; Pereira, Pedras, et Machado, 2012) Questionnaire de (Broadbent, Petrie, Main, et Weinman, 2006 . Figueiras et al, 2010) pour les patients et les partenaires
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x		Les activités d'auto-soins Adhérence aux médicaments La perception de la maladie
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x		Les professionnels de santé ont identifié les patients et les deux ont signé un consentement éclairé. La participation était volontaire. Les critères d'inclusion pour les patients inclus : un diagnostic de DT2 plus d'un an avant l'évaluation, en ne prenant que les médicaments oraux pour le DT2, avoir un partenaire, et être âgé de 18 ans ou plus. Étant donné que les demandes des patients prenant de l'insuline sont différentes de ceux qui prennent des médicaments par voie orale, seuls ces derniers ont été inclus dans l'étude L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Association régionale de santé du Nord

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Les fréquences, la moyenne et les écarts - types des variables échantillons ont été calculés. Pour analyser les différences sur les comportements d'auto-soins et les médicaments selon le sexe, un MANOVA et un <i>t</i> -test ont été effectuées, respectivement. Un modèle de régression linéaire multivariée a été conçu pour les variables d'adhérence avec les effets médiateurs de la représentation des partenaires sur le diabète. L'ajustement du modèle a été évalué en utilisant l'indice comparatif de forme (FCI), l'erreur quadratique moyenne approximative (RMSEA) et la racine carrée moyenne normalisée résiduelle (SRMR). Ajustement adéquat a été défini comme $\chi^2 p$ -value sur .05, par rapport $\chi^2 (\chi^2 / d f)$ ci - dessous 2, CFI sur .95, .07 RMSEA ci - dessous et ci - dessous SRMR .08 (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). Toutes les analyses statistiques standard ont été effectuées en utilisant les SPSS Statistics IBM 22 et le chemin des analyses ont été effectuées en utilisant IBM SPSS Amos 22 (SPSS Inc, Chicago, IL).
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			En outre, les études futures, en utilisant une conception longitudinale, sont nécessaires pour analyser la façon dont les représentations des patients et représentations des partenaires peuvent changer au fil du temps, comme la durée du diabète augmente, y compris les patients ayant déclaré ne pas avoir une

					bonne relation conjugale.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?		x		En termes de pertinence pour la pratique clinique et éducation à la santé, cette étude met en évidence la nécessité d'une évaluation des croyances des patients et des partenaires sur le diabète. Par conséquent, les interventions psychosociales en matière d'éducation du patient devraient promouvoir la convergence entre les représentations des partenaires et des patients au sujet du diabète. Enfin, pour les couples aux prises avec l'adhésion à des comportements d'auto-soins, la thérapie familiale médicale peut être utile (Shields, Finley, Chawla, & Meadors, 2012).

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Rapport-Gratuit.com

Appendice G :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Johnson et al. (2013)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2013). Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. <i>Journal of Family Psychology, 27</i> (5), 722-730
Résumé	<p>Common Dyadic Coping Is Indirectly Related to Dietary and Exercise Adherence via Patient and Partner Diabetes Efficacy</p> <p>Diabète de type 2 est une maladie chronique qui afflige près de 350 millions de personnes à travers le monde, un chiffre qui a plus que doublé au cours des 30 dernières années (Danaei et al., 2011). Les dépenses de soins de santé sont 2,3 fois plus élevé pour les personnes diagnostiquées avec le diabète et le total des coûts médicaux directs pour le traitement du diabète aux États-Unis ont été de 116 milliards \$ en 2007 (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). En plus de l'intervention pharmacologique, la gestion efficace du diabète de type 2 nécessite l'adhésion à un régime alimentaire et l'exercice strict (Wing et al., 2001).</p> <p>À la lumière de ce problème de santé de plus en plus, un corps en plein essor de la recherche documente l'importance du soutien au sein de la relation de couple pour la réalisation des patients de l'adhésion alimentaire et l'exercice.</p> <p>L'étude en cours vise à tester la liaison d'un aspect spécifique de la relation intime qui fonctionne un modèle (coping dyadique commune) pour alimentation et l'exercice observance chez les patients diagnostiqués avec le diabète de type 2 indirectement par l'intermédiaire du mécanisme du patient et conjoint diabète efficacité</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Coping dyadique commun fait référence aux efforts collectifs des deux partenaires pour atténuer l'impact du stress et englobe des stratégies centrées sur les problèmes (par exemple, la recherche de solutions ensemble, participer à des discussions sérieuses à réfléchir à ce problème, et d'aider les uns les autres voient des problèmes dans une nouvelle stratégie de lumière) et l'émotion axé (par exemple, aider l'autre détendre et montrer de l'affection à l'autre). Le but de coping dyadique commun est de résoudre un problème ensemble ou aider chaque partenaire à réduire l'excitation émotionnelle.</p> <p>Notre focalisation sur cette forme spécifique de coping découle de preuves empiriques et théoriques que les efforts d'adaptation spécifique à la maladie sont les plus efficaces à produire des résultats positifs lorsque les deux partenaires collaborent activement à la gestion de la maladie (Berg & Upchurch 2007 ; Hagedoorn et al . , 2000 ; Kuijer et al., 2000)</p>
Recension des écrits	
Cadre théorique ou conceptuel Hypothèses	Théorie du coping dyadic (par exemple, Bodenmann 2005) et la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986 ; 1997

Méthodes Devis de recherche	Quantitative exploratoire
Population et contexte	<p>Les participants ont été recrutés à partir d'un registre de patients dans un grand centre médical Midwest. Les critères de recherche sélectionnent uniquement les patients diagnostiqués avec diabète de type 2 entre les âges de 18-74 qui n'ont pas subi une amputation, cécité ou de basse vision, la maladie rénale chronique ou d'insuffisance rénale ont été mariées, leur conjoint n'a pas été diagnostiqué avec le diabète de type 2, et les deux patient et son conjoint étaient prêts à participer.</p> <p>Un total de 525 patients a été sélectionné par le biais de ce processus de sélection. 180 patients ne sont pas admissibles et 105 patients ne pouvaient pas être contactés après plusieurs tentatives pour les atteindre, laissant 240 patients éligibles.</p> <p>Parmi ces 240 patients éligibles, 85 ont refusé de participer et 155 ont consenti à participer. Après avoir consenti à participer, l'assistant de recherche a obtenu une adresse e-mail distincte pour le patient et le conjoint du patient et envoyé à chaque personne un lien unique pour compléter un sondage en ligne.</p> <p>Si l'on préfère, des copies papier de l'enquête ont été envoyées aux participants et sont revenues avec une enveloppe timbrée auto-adressée qui a été fournie pour eux. Sur les 155 patients qui ont consenti à l'origine, 117 patients et leurs conjoints ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 49% des 240 participants admissibles). À la fois le patient et son conjoint remplir le questionnaire, le couple a été envoyé 30 \$ en guise de remerciement pour leur participation.</p> <p>Les patients avaient reçu un diagnostic de diabète de type 2 pour 10,98 ans (SD = 9,19), en moyenne. Un peu plus de patients diabétiques étaient des hommes (57,3%) que de femmes (42,7%). La majorité des patients et les conjoints étaient européens américains (87,0% et 83,3%, respectivement), 7,0% des patients et 5,3% des conjoints étaient afro - américains, 3,5% des patients et 4,4% des conjoints étaient Latino / a, et le reste 2.6 % des patients et 7% des conjoints sont une autre race qui ne figurent pas. L'âge moyen des patients était de 57,44 ans (SD = 9,83) et était 57,38 ans (SD = 10,15) pour les conjoints. Ces couples ont tendance à être dans les mariages à long terme, avec la longueur de la relation moyenne déclarée comme 29.40 ans (SD= 13,88). Près des deux tiers des participants étaient dans leur premier mariage (61,5%), 27,4% avait été marié deux fois, et 11,1% avaient été marié trois fois ou plus.</p>

	<p>En termes de l'éducation des patients, .9% avaient moins d'un diplôme d'études secondaires, 12,1% étaient diplômés du secondaire, 43,1% ont terminé des études collégiales ou avaient un diplôme d'associé / formation technique, 21,6% détenaient un diplôme de baccalauréat, et 22,4% avaient un diplôme de troisième cycle. Pour l'éducation des conjoints, 19,1% étaient diplômés du secondaire (aucun avait moins d'un diplôme d'études secondaires), 31,3% ont terminé des études collégiales ou avaient degré / formation technique d'un associé, 28,7% détenaient un diplôme de baccalauréat, et 20,9% avaient un diplôme d'études supérieures. Seulement 18,5% des couples ont indiqué leur revenu du ménage était inférieur à 50 000 \$ par année, 24,1% ont fait entre 50 000 \$ et 69 999 \$ par année, 31,5% gagnaient entre 70 000 \$ et 99 999 \$ par année, et 25,9% avaient un revenu familial de 100 000 \$ ou plus par année.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Dyadique Common Coping 5 items mesurés par la sous - échelle d'adaptation dyadique de l'inventaire d'adaptation dyadique (DCI ; Bodenmann 2008) a été utilisé pour évaluer la façon dont le couple fait face collectivement au le stress de la vie en général.</p> <p>Les patients et les conjoints ont indiqué à quelle fréquence ils sont, ensemble, engagés dans une série d'activités pour faire face au stress. Voici des exemples : « Nous essayons de faire face au problème ensemble et cherchons des solutions," et "Nous aidons les uns les autres à mettre le problème en perspective et voir dans une nouvelle lumière." Les réponses vont de 1 = <i>très rarement</i> à 5 = <i>très souvent</i>, et les scores moyens ont été calculés. La fiabilité alpha de Cronbach pour les patients est $\alpha = 0,83$ et $\alpha = .89$ pour les conjoints.</p> <p>La fiabilité alpha de Cronbach pour les patients est $\alpha = 0,83$ et $\alpha = .89$ pour les conjoints. Les corrélations entre coping dyadique commun et la satisfaction de la relation dans la présente étude sont similaires en amplitude ($r = 0,66$ pour les patients et $r = 0,71$ pour les conjoints).</p> <p>Diabète efficacité (diabetes efficacy) 7 items mesurés avec la sous - échelle du questionnaire Multidimensional Diabète (MDQ, Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin, et Audet, 1997) a été utilisé pour évaluer l'efficacité du diabète. Cette échelle évalue la confiance du patient dans sa capacité à adhérer à divers aspects du régime de traitement du diabète. Pour les conjoints, libellé des articles a été modifié pour refléter la confiance du partenaire dans la capacité du patient à suivre le mode de vie diabétique. Voici des exemples : « Comment êtes-vous confiant dans votre capacité à suivre votre régime alimentaire ? » Et « Comment êtes-vous confiant dans votre capacité à</p>

maintenir votre glycémie sous contrôle ?" Les réponses vont de 0 = *pas du tout confiant* à 5 = *tout à fait confiant* et les scores moyens ont été calculés. Alpha fiabilité de Cronbach dans l'étude actuelle pour les patients était $\alpha = 0,87$ et $\alpha = 0,91$ pour les conjoints.

Cronbach dans l'étude actuelle pour les patients était $\alpha = 0,87$ et $\alpha = 0,91$ pour les conjoints. Talbot et ses collègues ont fourni des informations psychométriques sur la MDQ avec un échantillon de adultes de type 2 patients diabétiques. La structure de la mesure du facteur sous - jacent a été établi avec une analyse factorielle confirmatoire et la validité conceptuelle était évident en examinant les corrélations entre les sous - échelles avec co-variables théoriquement pertinents. L'auto-efficacité du diabète a été négativement associée à des symptômes dépressifs ($r = -.36$) et positivement avec l'adhésion alimentaire ($r = 0,58$), l'exercice physique ($r = 0,48$), et un meilleur contrôle glycémique ($r = 0,28$; Talbot et al., 1997).

L'adhésion diététique et exercice

2 items pour le régime alimentaire général et 2 items pour l'exercice physique. Le résumé de la sous - échelles révisé des activités de l'auto- soins (SDSCA) de (Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000) ont été utilisés pour évaluer l'adhésion des patients aux régimes alimentaires et l'exercice nécessaires pour la gestion du diabète de type 2. Des recherches antérieures ont démontré que le patient rapporte de meilleur comportement d'autogestion du diabète (y compris l'exercice et le respect alimentaire) prédit de façon significative les niveaux inférieurs de HbA_{1c}, un indicateur biologique du contrôle glycémique, obtenu à partir des dossiers médicaux des patients après la comptabilisation d'une variété de variables de contrôle ($\beta = -.13$, $p < .001$; Heisler, Smith, Hayward, Krein, et Kerr, 2003).

Les questions liées à l'adhésion alimentaire sont « Combien des sept derniers jours avez- vous suivi un régime alimentaire sain ? » Et « En moyenne, au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez- vous suivi votre régime alimentaire ? » L'inter-corrélation de ces articles était $r = 0,83$ ($p < .001$). Les éléments d'adhérence à l'exercice sont, "Sur combien des sept derniers jours avez - vous participé à au moins 30 minutes d'activité physique ? » Et « Sur combien des sept derniers jours avez- vous participé à une session spécifique d'exercice (comme la natation, marche, vélo) autre que ce que vous faites dans la maison ou dans le cadre de votre travail ? "L'inter-corrélation de ces articles était $r = 0,70$ ($p < .001$). Les réponses vont de 0 = 0 jours 7 = 7 jours et les scores moyens ont été calculés pour chaque échelle

Variables de contrôle

Comorbidités des patients, des années diagnostiqués avec le diabète de type 2, l'âge, le sexe et la satisfaction de la relation et les comorbidités du conjoint, l'âge et la satisfaction de la relation ont été explorés en tant que variables de contrôle possibles. Comorbidités pour le patient et son conjoint ont été calculés à partir de l'indice de comorbidité de Charlson (Charlson,

	<p>Pompei, Ales, et MacKenzie, 1987).</p> <p>Cet indice évalue la présence d'un large éventail de conditions de santé concomitantes potentiels, tels que les maladies cardiaques, l'asthme, les ulcères, accident vasculaire cérébral, etc. Les répondants déclarent qu'ils ont connu l'état de santé (1 = <i>oui</i>) ou non (0 = <i>pas</i>). Les éléments ont été additionnés pour produire un score total qui reflète le nombre total de problèmes de santé concomitantes. En moyenne, les patients ont rapporté 2,09 problèmes de santé concomitantes (SD = 1,82), alors que les conjoints ont rapporté 1,14 (SD = 1,43). Les patients ont signalé leur âge du diagnostic de diabète de type 2. Cela a été soustrait de leur âge actuel afin de déterminer la durée de leur diagnostic au cours des années. La version 4-items de l'indice de satisfaction Couples (CSI-4, Funk & Rogge 2007) a été utilisée pour évaluer la satisfaction de la relation. Le CSI-4 est une mesure de la satisfaction de la relation qui a été développé à travers une analyse de la théorie item-réponse de 180 articles couramment utilisés pour mesurer la satisfaction de la relation. Voici des exemples : « Je suis dans une relation chaleureuse et confortable avec mon partenaire » et « En général, comment êtes-vous satisfait de votre relation ?" Les réponses sont mesurées sur des échelles de Likert qui varient avec chaque élément, mais généralement comprises entre 0 = <i>Non du tout</i> à 5 = <i>entièrement</i> et les scores moyens ont été calculés. Alpha fiabilité de Cronbach dans l'étude actuelle est $\alpha = 0,94$ pour les patients et les conjoints.</p>
Déroutement de l'étude	<p>Les données ont d'abord été explorées avec des statistiques descriptives pour que les données répondent aux hypothèses statistiques de modélisation et de corrélations d'équations structurelles pour explorer les associations bi-variées entre les variables du modèle. Les données manquantes étaient faibles pour les variables dans cette étude, allant de 1,7% pour l'adhésion alimentaire à 5,1% pour le rapport patient du diabète auto-efficacité, et a été traitées par l'information complète la procédure du maximum de vraisemblance.</p> <p>Coping dyadique commun est une construction qui se produit sur le plan conceptuel et opérationnel au niveau de la dyade, de sorte que les patients et partenaires rapports de cette variable ont été modélisés comme des indicateurs d'une variable de niveau couple latente, les procédures pour le modèle de destin commun (ci -après Ledermann & Macho 2009)</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les résultats de l'analyse de corrélation ont révélé des informations importantes sur les relations bi-variées entre les variables centrales d'intérêt dans cette étude et peuvent être consultés dans le tableau 1 . Tout d'abord, Le coping dyadic commun des patients et le conjoint étaient liées au rapport de l'autre » ($r = .59, p < .001$), leur propre efficacité du diabète ($r = 0,22, p = 0,021$ pour le patient et $r = .40, p < .001$ pour conjoint) et l'adhésion alimentaire et d'exercice ($r = .20, p = 0,042$ à $0,21, p = 0,029$),</p>

	<p>à l'exception du coping dyadic commun du conjoint à l'adhésion alimentaire ($r = 0,16, p = 0,101$). Le diabète efficacité du Patient et du conjoint était liée au rapport de l'un à l'autre ($r = 0,63, p < 0,001$) et l'adhésion à alimentation et à l'exercice physique (de $r = 0,45$ à $0,63$, tous les $p < 0,001$). Adhésion alimentaire est liée à l'adhésion à l'exercice physique ($r = 0,41, p < 0,001$).</p> <p>Des niveaux plus élevés de coping dyadique commune ont été associées au diabète efficacité plus élevés pour les patients ($\beta = 0,19, p = 0,041$) et conjoints ($\beta = 0,43, p < 0,001$). La variance résiduelle du patient et le diabète de conjoint efficacité était significativement corrélée ($\beta = .60, p < 0,001$). L'auto-efficacité du diabète des patients est liée à une meilleure adhérence alimentaire ($\beta = 0,49, p < 0,001$) et a démontré une tendance à la signification avec l'adhésion à l'exercice ($\beta = .20, p = 0,062$). L'efficacité du diabète pour le conjoint a été associée à une meilleure adhérence alimentaire ($\beta = .25, p = 0,012$) et l'adhésion à l'exercice ($\beta = 0,33, p = 0,002$). En termes du rapport de la satisfaction de la relation des variables de contrôle, le patient et son partenaire ont été associés chacun à coping commun supérieur dyadique ($\beta = .45, p < 0,001$ pour les patients et $\beta = 0,52, p < 0,001$ pour les conjoints). Un temps plus long depuis le diagnostic du diabète de type 2 a été associé à un plus faible auto-efficacité du diabète du patient ($\beta = -.16, p = 0,029$) et moins d'adhésion à l'exercice ($\beta = -.19, p = 0,015$). L'âge avancé des patients était associée à l'auto-efficacité du diabète plus élevée ($\beta = 0,31, p < 0,001$) et ayant des conditions de comorbidité pour les patients a été associée à moins de diabète efficacité dans les conjoints ($\beta = -.38, p < 0,001$).</p>
Présentation des résultats	Ils sont présentés ci-dessus.
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La première conclusion importante de cette étude est que le coping dyadic commun, ou les efforts collectifs des deux partenaires pour gérer le stress, est liée à une meilleure adhérence à alimentation et à l'exercice via le mécanisme du diabète efficacité.</p> <p>La première conclusion importante de cette étude est que le coping dyadic commun, ou les efforts collectifs des deux partenaires pour gérer le stress, est liée à une meilleure adhérence à alimentation et à l'exercice via le mécanisme du diabète efficacité. D'une manière générale, cette étude est la première à documenter cette relation de fonctionnement général est associé aux comportements spécifiques d'auto-soins des patients à l'adhésion alimentaire et à l'exercice physique pour gérer le diabète de type 2. Le défaut de trouver des associations similaires dans la recherche avant probablement découler de l'exploration de la qualité conjugale par opposition à des processus spécifiques de la relation (comme coping dyadique) et l'étude des effets directs seulement (par exemple, Trief et al., 2004), qui n'étaient pas non plus significatif dans le modèle de remplacement testé avec les données actuelles.</p> <p>La première conclusion importante de cette étude est que le coping dyadic commun, ou les efforts collectifs des deux partenaires pour gérer le stress, est liée à une meilleure adhérence à alimentation et à l'exercice via le mécanisme du diabète efficacité. D'une</p>

	<p>manière générale, cette étude est la première à documenter cette relation de fonctionnement général est associé aux comportements spécifiques d'auto-soins des patients à l'adhérence alimentaire et à l'exercice physique pour gérer le diabète de type 2. Le défaut de trouver des associations similaires dans la recherche avant probablement découler de l'exploration de la qualité conjugale par opposition à des processus spécifiques de la relation (comme coping dyadique) et l'étude des effets directs seulement (par exemple, Trief et al., 2004), qui n'étaient pas non plus significatif dans le modèle de remplacement testé avec les données actuelles. En outre, des recherches antérieures qui ont exploré l'influence directe de dyadique faire face sur la santé et le bien-être des résultats a échoué à trouver des associations significatives (Bodenmann 2000 ; Bodenmann et al ., 2011). L'étude fournit une extension importante de la littérature explorant les couples aux prises avec des maladies chroniques et le coping dyadique générale en démontrant la nécessité de considérer l'influence indirecte du général coping dyadique sur les résultats de santé en plus des efforts de coping spécifique à la maladie. En effet, lorsque les couples traités fréquemment stress grâce à une discussion commune et de détente, les patients et les partenaires étaient plus confiants dans la capacité du patient à suivre le régime de diabète auto-soins recommandés, qui a finalement été associé à manger plus sainement et en participant à l'activité physique plus fréquente. Les recherches futures devraient continuer à élucider les mécanismes indirects par lesquels la relation de couple est associée à des résultats sur le diabète de type 2. Qualité conjugale Des études antérieures ont révélé être associé à moins de détresse du diabète (Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002) et une meilleure qualité du diabète de la vie (Trief, Himes, Orendorff, & Weinstock, 2001). Ces variables, entre autres, peuvent également se révéler des mécanismes reliant la relation de couple avec les résultats d'auto-soins du diabète.</p> <p>Les résultats de dyadique commune face au patient et le diabète de conjoint efficacité sont également intéressantes, comme le lien entre ces variables était significativement plus forte pour les conjoints que les patients. Même si un diagnostic de diabète de type 2 pour un partenaire dans une relation conjugale est certainement un facteur de stress pour les deux membres de la dyade, son impact est probablement plus directement ressenti par le patient. En tant que tel, la confiance des patients à suivre tous les aspects du régime d'auto-soins est probablement informée par une plus grande variété de facteurs en dehors de la relation de couple par rapport à leur conjoint.</p>
Perspectives futures	Comme cette étude est la première à explorer le diabète l'efficacité des conjoints, une exploration plus poussée est nécessaire pour déterminer d'autres facteurs qui déterminent le conjoint diabète efficacité, mais cette étude met en évidence l'importance d'inclure la relation intime qui fonctionne pour la compréhension de la confiance des époux dans la capacité du patient à suivre le

	<p>diabète régime alimentaire et d'exercice physique.</p> <p>Les résultats de cette étude peuvent également être utilisés pour informer les efforts d'intervention visant à améliorer l'adhésion du patient à la vie du diabète régime en démontrant que le coping dyadique commun est un processus de relation de couple spécifique qui, si améliorée, pourrait améliorer indirectement l'adhérence à l'alimentation et l'exercice.</p> <p>La recherche mettant en lumière les mécanismes potentiels de changement dans la relation de couple qui pourraient influencer sur les résultats du diabète est importante, car le seul essai contrôlé randomisé à ce jour qui a testé une intervention de couple pour la perte de poids chez les patients atteints de diabète de type 2 était largement inefficace (Wing, Marcus, Epstein, et Jawad, 1991). Cette intervention axée uniquement sur l'adhésion alimentaire et perdre du poids, pas relation de couple qui fonctionne. Peut-être, les futures interventions du couple afin d'améliorer les résultats du diabète seraient plus utiles si les éléments de CCET ont été incorporés dans le traitement.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Limites : cette étude est composée d'un échantillon relativement petit de couples mariés majoritairement blancs recrutés dans une clinique du diabète dans le Midwest des États-Unis, ce qui pourrait limiter la généralisation de ces résultats. Des recherches supplémentaires sont nécessaires avec plus divers échantillons de couples dans d'autres types de relations, y compris la datation, qui cohabitent, et les relations de même sexe</p>
<p>Évaluation globale</p>	<p>La nature transversale et l'échantillon relativement petit ne plaide pas pour une généralisation de l'étude même si les résultats sont satisfaisants</p>

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2013). Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. *Journal of Family Psychology, 27*(5), 722-730

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Common Dyadic Coping Is Indirectly Related to Dietary and Exercise Adherence via Patient and Partner Diabetes Efficacy L'étude en cours vise à tester la liaison d'un aspect spécifique de la relation intime qui fonctionne un modèle (coping dyadique commune) pour alimentation et l'exercice observance chez les patients diagnostiqués avec le diabète de type 2 indirectement par l'intermédiaire du mécanisme du patient et conjoint diabète efficacité
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Diabète de type 2 est une maladie chronique qui afflige près de 350 millions de personnes à travers le monde, un chiffre qui a plus que doublé au cours des 30 dernières années (Danaei et al., 2011). Les dépenses de soins de santé sont 2,3 fois plus élevé pour les personnes diagnostiquées avec le diabète et le total des coûts médicaux directs pour le traitement du diabète aux États-Unis ont été de 116 milliards \$ en 2007 (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). En plus de l'intervention pharmacologique, la gestion efficace du diabète de type 2 nécessite l'adhésion à un régime alimentaire et l'exercice strict (Wing et al., 2001). À la lumière de ce problème de santé de plus en plus, un corps en plein essor de la recherche documente l'importance du soutien au sein de la relation de couple pour la réalisation des patients de l'adhésion alimentaire et l'exercice.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			x	
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Théorie du coping dyadic (par exemple, Bodenmann 2005) et la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986 ; 1997
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Quantitative exploratoire
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			117 patients et leurs conjoints ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 49% des 240 participants admissibles).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			Un total de 525 patients a été sélectionné par le biais de ce processus de sélection. 180 patients ne sont pas admissibles et 105 patients ne pouvaient pas être contactés après plusieurs tentatives pour les atteindre, laissant 240 patients éligibles. Parmi ces 240 patients éligibles, 85 ont refusé de participer et 155 ont consenti à participer. Après consentir à participer, l'assistant de recherche a obtenu une adresse e-mail distincte pour le patient et le conjoint du patient et envoyé à chaque personne un lien unique pour compléter un sondage en ligne. Si l'on préfère, des copies papier de l'enquête ont été envoyées aux participants et sont revenues avec une enveloppe timbrée auto-adressée qui a été fourni pour eux. Sur les 155 patients qui ont consenti à l'origine, 117 patients et leurs conjoints ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 49% des 240 participants admissibles) . À la fois le patient et son conjoint remplir le questionnaire, le couple a été envoyé 30 \$ en guise de remerciement pour leur participation.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			échelle d'adaptation dyadique de l'inventaire d'adaptation dyadique (DCI; Bodenmann 2008) la sous - échelle du questionnaire Multidimensional Diabète (MDQ, Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin, et Audet, 1997) la sous – échelles révisé des activités de l'auto- soins (SDSCA) de (Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000) de l'indice de comorbidité de Charlson (Charlson, Pompei, Ales, et MacKenzie, 1987).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			L'adhésion diététique et exercice diabète efficacité Dyadique Common Coping Variables de contrôle
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Les résultats de l'analyse de corrélation ont révélé des informations importantes sur les relations bivariées entre les variables centrales d'intérêt dans cette étude et peuvent être consultés dans le tableau 1 . Tout d'abord, Le coping dyadic commun des patients et le conjoint étaient liées au rapport de l'autre »($r = .59, p < .001$), leur propre efficacité du diabète ($r = 0,22, p = 0,021$ pour le patient et $r = .40, p < .001$ pour conjoint) et l'adhésion alimentaire et d' exercice($r = .20, p = 0,042$ à $0,21, p = 0,029$), à l'exception du coping dyadic commun du conjoint à l' adhésion alimentaire ($r = 0,16, p = 0,101$). Le diabète efficacité du Patient et du conjoint était liée au rapport de l'un à

					<p>l'autre ($r = 0,63, p < 0,001$) et l'adhésion à alimentation et à l'exercice physique (de $r = 0,45$ à $0,63$, tous les $p < 0,001$). Adhésion alimentaire est liée à l'adhésion à l'exercice physique ($r = 0,41, p < 0,001$).</p> <p>Des niveaux plus élevés de coping dyadique commune ont été associées au diabète efficacité plus élevés pour les patients ($\beta = 0,19, p = 0,041$) et conjoints ($\beta = 0,43, p < 0,001$). La variance résiduelle du patient et le diabète de conjoint efficacité était significativement corrélée ($\beta = .60, p < 0,001$). L'auto-efficacité du diabète des patients est liée à une meilleure adhérence alimentaire ($\beta = 0,49, p < 0,001$) et a démontré une tendance à la signification avec l'adhésion à l'exercice ($\beta = .20, p = 0,062$). L'efficacité du diabète pour le conjoint a été associée à une meilleure adhérence alimentaire ($\beta = .25, p = 0,012$) et l'adhésion à l'exercice ($\beta = 0,33, p = 0,002$). En termes du rapport de la satisfaction de la relation des variables de contrôle, le patient et son partenaire ont été associés chacun à coping commun supérieur dyadique ($\beta = .45, p < 0,001$ pour les patients et $\beta = 0,52, p < 0,001$ pour les conjoints). Un temps plus long depuis le diagnostic du diabète de type 2 a été associé à une plus faible auto-efficacité du diabète du patient ($\beta = -.16, p = 0,029$) et moins d'adhésion à l'exercice ($\beta = -.19, p = 0,015$). L'âge avancé des patients était associée à l'auto-efficacité du diabète plus élevée ($\beta = 0,31, p < 0,001$) et ayant des conditions de comorbidité pour les patients a été associée à moins de diabète efficacité dans les conjoints ($\beta = -.38, p < 0,001$).</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x). En termes du rapport de la satisfaction de la relation des variables de contrôle, le patient et son partenaire ont été associés chacun à coping commun supérieur dyadique ($\beta = .45, p < 0,001$ pour les patients et $\beta = 0,52, p < 0,001$ pour les conjoints). Un temps plus long depuis le diagnostic du diabète

				de type 2 a été associé à une plus faible auto-efficacité du diabète du patient ($\beta = -.16, p = 0,029$) et moins d'adhérence à l'exercice ($\beta = -.19, p = 0,015$). L'âge avancé des patients était associée à l'auto-efficacité du diabète plus élevée ($\beta = 0,31, p < 0,001$) et ayant des conditions de comorbidité pour les patients a été associée à moins de diabète efficacité dans les conjoints ($\beta = -.38, p < .001$)
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x		La première conclusion importante de cette étude est que le coping dyadic commun, ou les efforts collectifs des deux partenaires pour gérer le stress, est liée à une meilleure adhérence à alimentation et à l'exercice via le mécanisme du diabète efficacité. D'une manière générale, cette étude est la première à documenter cette relation de fonctionnement général est associé aux comportements spécifiques d'auto-soins des patients à l'adhérence alimentaire et à l'exercice physique pour gérer le diabète de type 2. Le défaut de trouver des associations similaires dans la recherche avant probablement découler de l'exploration de la qualité conjugale par opposition à des processus spécifiques de la relation (comme coping dyadique) et l'étude des effets directs seulement (par exemple, Trief et al., 2004), qui n'étaient pas non plus significatif dans le modèle de remplacement testé avec les données actuelles. En outre, des recherches antérieures qui ont exploré l'influence directe de dyadique faire face sur la santé et le bien-être des résultats a échoué à trouver des associations significatives (Bodenmann 2000 ; Bodenmann et al., 2011). L'étude fournit une extension importante de la littérature explorant les couples aux prises avec des maladies chroniques et le coping dyadique générale en démontrant la nécessité de considérer l'influence indirecte du général coping dyadique sur les résultats de santé en plus des efforts de coping spécifique à la maladie. En effet, lorsque les couples traités fréquemment stress grâce à une discussion commune et de détente, les patients et les partenaires étaient plus confiants dans la capacité du patient à suivre le régime de diabète auto-soins

					recommandés, qui a finalement été associé à manger plus sainement et en participant à l'activité physique plus fréquente. Les recherches futures devraient continuer à élucider les mécanismes indirects par lesquels la relation de couple est associée à des résultats sur le diabète de type 2. Qualité conjugale Des études antérieures ont révélé être associée à moins de détresse du diabète (Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002) et unemeilleure qualité du diabète de la vie (Trief, Himes, Orendorff, & Weinstock, 2001). Ces variables, entre autres, peuvent également se révéler des mécanismes reliant la relation de couple avec les résultats d'auto-soins du diabète
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Comme cette étude est la première à explorer le diabète l'efficacité des conjoints, une exploration plus poussée est nécessaire pour déterminer d'autres facteurs qui déterminent le conjoint diabète efficacité, mais cette étude met en évidence l'importance d'inclure la relation intime qui fonctionne pour la compréhension de la confiance des époux dans la capacité du patient à suivre le diabète régime alimentaire et d'exercice physique.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			La nature transversale et l'échantillon relativement petit ne plaide pas pour une généralisation de l'étude même si les résultats sont satisfaisants
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?		x		

Appendice H :

Grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative

Article de Johnson et al. (2015)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2015). Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. <i>British Journal of Health Psychology, 20(2)</i> , 360-373
Résumé	<p>L'étude actuelle a cherché à explorer l'association indirecte de la surprotection du conjoint sur l'observance diététique du patient à travers le mécanisme du diabète de détresse et si le lien entre la surprotection et le diabète de détresse a été modéré par un engagement actif du conjoint.</p> <p>La surprotection était associée à une adhésion alimentaire réduite indirectement via une augmentation de détresse du diabète seulement à de faibles niveaux d'engagement actif.</p> <p>Ces résultats mettent en évidence l'importance de comprendre les associations nuancées entre les différentes façons dont les conjoints font face à la maladie pour obtenir de meilleurs résultats sur le diabète et les mécanismes responsables de la liaison de coping et de l'adhésion alimentaire.</p> <p>La surprotection du conjoint est uniquement associée à une baisse de l'adhésion alimentaire du patient lorsque les conjoints ont également un niveau faible d'engagement actif.</p> <p>Le diabète de détresse est un mécanisme important en lien avec le coping du conjoint et l'adhérence alimentaire du patient.</p>
Introduction Enoncé du problème	Diabète de type 2 est une maladie chronique de la santé du système endocrinien qui affecte près de 350 millions de personnes à travers le monde, et les diagnostics chez les adultes ont plus que doublé au cours des 30 dernières années (Danaei <i>et al.</i> , 2011). Les patients sont encouragés à suivre un régime alimentaire et de style de vie stricte dans le cadre de la gestion efficace du diabète de type 2 et d'éviter les complications. Les patients rapportent souvent de grandes difficultés à adhérer à l'alimentation saine recommandée (Vijan <i>et al.</i> , 2004), ce qui rend l'identification des facteurs qui augmentent l'adhérence alimentaire particulièrement important. En conséquence, un corps de la littérature a commencé à examiner le rôle de la relation de couple dans la réalisation des patients de l'adhésion à un régime alimentaire sain, de trouver le comportement du conjoint peut façonner l'observance diététique du patient en positif (Beverly, Miller, & Wray, 2008) et ou négatif (Henry, Rook, Stephens, & Franks, 2013)
Recension des écrits	Les recherches antérieures ont trouvé que ces comportements d'adaptation sont corrélés avec l'engagement actif plus élevé étant

liée à la surprotection supérieure (Hagedoorn *et al.*, 2000 ; Kuijer *et al.*, 2000), mais peu de recherche a examiné l'effet interactif des différentes façons de faire face sur les résultats des patients. Bien que non spécifique à un comportement de coping, une étude de journal quotidien des patients atteints de sclérose en plaques et leurs partenaires ont trouvé que les interactions négatives étaient plus fortement associées à l' humeur négative élevée du patient à la fin de la journée , lorsque les partenaires ont de faibles niveaux de soutien positif (Kleiboer *et al.*, 2007). La force de l'association entre les interactions négatives et l' humeur négative a été réduite, cependant, lorsque les partenaires ont fourni des niveaux élevés de soutien positif ; démontrer les dommages à l' humeur du patient résultant d'échanges dyadiques négatifs peut être améliorée par la présence d'interactions dyadiques plus favorables. Une étude distincte explorer l'effet du coping du conjoint comportement sur la satisfaction de la relation dans un échantillon de patients atteints de diabète de type 2 et leurs conjoints a constaté que tampon de protection, dissimulant ses peurs liées à la maladie du patient, a été associée à une réduction satisfaction de la relation que lorsque la participation active était faible (Schokker *et al.*, 2010), ce qui conduit les chercheurs à l' hypothèse que la participation active peut améliorer l'impact des formes négatives de coping dans le contexte d'une maladie chronique.

Dans une étude sur le changement dans le diabète de détresse qui suit un cours de formation sur le diabète, ayant une exposition de conjoint plus surprotecteur faire face au début de l' éducation prédit des baisses plus faibles dans le diabète de détresse à la fin du cours (Hagedoorn *et al.*, 2006), et une association entre plus surprotection du conjoint et plus de détresse du diabète du patient a été trouvé dans un autre échantillon de patients atteints de diabète de type 2 et les conjoints (Schokker *et al.*, 2011). Une étude quotidienne du journal a révélé les jours où les conjoints engagés dans supérieures à la normale des niveaux de pression liés à l' alimentation, qui est similaire sur le plan opérationnel à la surprotection, le diabète de détresse était plus élevé (Stephens *et al.*, 2013), et une étude distincte a trouvé un repas partagé plus routine, qui est conceptuellement liée à un engagement actif, a prédit réduit le diabète de détresse pour les patients (Franks *et al.*, 2012 , Franks, Sahin *et al.*, 2012).Collectivement, ces études montrent que la surprotection des conjoints est associée à plus de détresse du diabète, tandis que l'engagement actif pourrait réduire le diabète de détresse.

Une étude a révélé que plus la détresse diabétiques a été corrélée avec l'adhésion alimentaire plus pauvre du patient et une plus grande revers alimentaires et aucune preuve n'a été trouvée pour suggérer l'adhésion alimentaire prédit plus tard le diabète de détresse chez les patients (Franks *et al.*, 2012 , Franks, Sahin *et al.*, 2012), mais le pouvoir prédictif longitudinal de l'adhésion alimentaire sur le diabète de détresse n'a pas été explorée. Une autre étude évaluant l'impact de l'éducation sur le diabète sur le contrôle glycémique chez les patients atteints de diabète de type 2 a constaté que les patients qui ont connu des baisses plus fortes dans le diabète de détresse ont également connu une plus grande amélioration du contrôle glycémique (Zagarins, Allen, Garb, et Welch, 2012). Sur la base de ces résultats, nous prévoyons que le diabète plus élevé de détresse est associée à une adhésion plus pauvre alimentaire.

	L'étude actuelle
Cadre théorique ou conceptuel	Le modèle de développement-contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007)
Hypothèses	Voir le cadre conceptuel
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitative exploratoire
Population et contexte	<p>Les participants étaient 117 couples mariés dont un membre a été diagnostiqué avec le diabète de type 2 et ont été recrutés à partir d'un registre des patients dans centre médical à Midwestern (USA). Les données ont été recueillies auprès des conjoints et des patients grâce à un instrument d'enquête d'auto-évaluation.</p> <p>Les participants ont été recrutés par un assistant de recherche employée dans un centre médical États-Unis. Un registre contenant plusieurs milliers de patients qui sont portés volontaires pour participer à des études de recherche a été la source de recrutement. L'assistant de recherche a fouillé le registre des patients pour identifier les patients diagnostiqués avec le diabète de type 2 qui n'ont pas subi une amputation, cécité ou de basse vision, une maladie rénale chronique, ou une insuffisance rénale. Un total de 525 patients a été sélectionné par le biais de ce processus de sélection initiale. Ensuite, l'assistant de recherche appelé chacun des 525 patients et les tamisé pour veiller à ce qu'ils sont actuellement mariés, leur conjoint n'a pas été diagnostiqué avec le diabète de type 2, et à la fois le patient et son conjoint étaient prêts à participer. À la suite de ce processus de sélection, 180 patients ne répondaient pas aux critères supplémentaires et 105 patients ne pouvaient pas être contactés après plusieurs tentatives pour les atteindre, laissant 240 patients éligibles. Parmi ces 240 patients éligibles, 155 ont consenti à participer. Après consentement, l'assistant de recherche a obtenu une adresse e-mail distincte pour le patient et le conjoint du patient et envoyé à chaque personne un lien unique à un sondage en ligne ou des copies papier par la poste de l'enquête avec une enveloppe timbrée auto-adressée, si l'on préfère. Sur les 155 patients qui ont consenti, 117 patients et leurs conjoints ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 49% des participants admissibles). À la fois le patient et son conjoint remplir le questionnaire, le couple a été envoyé à 30 \$ allocation pour leur participation. Cette étude a reçu l'approbation éthique des universités et des centres médicaux nécessaires comités d'éthique.</p> <p>Les patients ont été diagnostiqués avec le diabète de type 2 pour 10,98 ans (SD = 9,19), en moyenne, et un peu plus étaient des hommes (57,3%). La majorité des patients et les conjoints étaient américains européenne (87,0% et 83,3%, respectivement). L'âge moyen des patients était de 57,44 ans (SD = 9,83) et était 57,38 ans (SD = 10,15) pour les conjoints. Ces</p>

	couples ont tendance à être dans les mariages à long terme, avec la longueur de la relation moyenne déclarée comme 29.40 ans (SD = 13,88), et près des deux tiers des participants étaient dans leur premier mariage (61,5%). Seulement 18,5% des couples ont indiqué que leur revenu du ménage était inférieur à 50 000 \$ par année, 55,6% fait entre 50.000 \$ et 99.999 \$ par année, et 25,9% avaient un revenu familial de 100 000 \$ ou plus par année.
Collecte des données et mesures	
Déroulement de l'étude	Les données ont d'abord été explorées avec des statistiques et des corrélations descriptives. Les données manquantes ont varié de 1,7% pour l'adhésion alimentaire à 12,8% pour le diabète de détresse et ont été traitées par l'information complète la procédure du maximum de vraisemblance
Résultats Traitement des données	<p>Les données en lien avec les moyens de coping ont été mesurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'engagement actif (5 items) et surprotection (6 items) sont mesurés à l'aide d'une échelle élaborée par Buunk et al . (1996) et couramment utilisés dans les études portant sur le soutien des partenaires dans le contexte de la maladie (par exemple, Hagedoorn et al ., 2000; Schokker et al ., 2010). Les participants devaient indiquer la mesure dans laquelle ils agissent de la manière décrite dans le traitement du diabète de leur partenaire. Les réponses allaient de 1 = jamais à 5 = très <i>souvent</i>, et les scores moyens ont été calculés pour chaque sous - échelle L'engagement actif (Cronbach's fiabilité) : $\alpha=.84$ (conjoints) et $\alpha=.87$ (patients) Surprotection (Cronbach's fiabilité) : $\alpha=.77$ (conjoints) et $\alpha=.73$ (patients) ✓ Diabète détresse (20 items) Le Probleme Areas in diabetes Scale (PAID ; Polonsky et al , 1995) a été utilisé pour mesurer le degré de détresse dont le patient vit un résultat de son diabète. Les participants devaient indiquer dans quelle mesure chaque item est un problème pour lui ou elle. $\alpha=.96$ ✓ Adhésion diététique (2 items) mesurée par le Résumé des activités d'auto-soins du diabète (SDSCA) de (Toobert, Hampson, et Glasgow, 2000) $r = .83$ ($p < .001$). ✓ Variables de contrôle <p>- Les comorbidités des patients, des années de diagnostique avec le DT 2, l'âge et le sexe, et les comorbidités de l'époux et l'âge.</p>

	<p>Comorbidités pour le patient et son conjoint ont été mesurés à partir de l'indice de comorbidité de Charlson (Charlson , Pompei , Ales , et MacKenzie , 1987)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction de la relation chez les patients et les conjoints → Couples Satisfaction Index (CSI-4 ; Funk & Rogge, 2007)→ $\alpha=.94$ (patients et conjoints)
Présentation des résultats	<p>Un engagement actif élevé est associé à la surprotection élevée : patients ($r=.49, p<.001$), conjoints ($r=.27, P=.005$)</p> <p>Il existe une association entre la surprotection et l'augmentation du diabète détresse ($r=.19, P=.07$)</p> <p>Une surprotection est corrélée par une baisse de l'adhérence diététique ($r=-.26, P=.005$). La détresse diabète est relié à une baisse de l'adhérence diététique ($r=-.32, P=.001$)</p> <p>Un diagnostic de longue date chez un patient DT2 était associé à plus d'engagement actif du conjoint et à une détresse diabète élevée.</p> <p>L'âge avancé du patient a été associé à moins de détresse du diabète et la surprotection du conjoint, mais l'âge avancé du conjoint a été associé à plus surprotection.</p> <p>Les comorbidités des patients ont été associées à une augmentation de détresse du diabète, et les conjoints de sexe masculin ont tendance à la fois à fournir un niveau inférieur d'engagement actif et de surprotection. La satisfaction de la relation de conjoint a été associée à des niveaux plus élevés d'engagement actif.</p> <p>Les comorbidités du conjoint et la satisfaction de la relation du patient ne sont associés à des variables d'aucune étude, ni à aucunes variables associées à l'observance diététique.</p> <p>L'association entre la surprotection et la détresse diabète élevée est significatif seulement en cas d'une faible participation active du conjoint</p> <p>Ces résultats ont des implications pour les efforts d'intervention visant à mobiliser les conjoints non-diabétiques pour améliorer les résultats de la maladie pour les patients atteints de diabète de type 2. Les résultats suggèrent que le coping des conjoints visant à faire face à la maladie de leur partenaire est un mécanisme clé pour améliorer l'observance diététique. Encourager une</p>

	communication ouverte sur la maladie, la promotion d'une orientation collaborative vers la gestion du diabète, et en minimisant la surprotection conjugale serait susceptible de faciliter les réductions en détresse du patient résultant du diabète de type 2 et une plus grande adhésion à un régime alimentaire sain
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Il y a un grand intérêt pour la compréhension de l'association entre les façons dont les conjoints font face aux maladies chroniques et à la gestion de la maladie du patient. Plusieurs études ont démontré les liens entre le coping des conjoints surprotecteurs et les moins bons résultats sur le diabète type de patient (par exemple, Hagedoorn <i>et al.</i>, 2006 ; Stephens <i>et al.</i>, 2013). Il existe des preuves, cependant, que les époux se livrent à de multiples façons de faire face simultanément et l'effet interactif de ces façons distinctes d'adaptation reste largement inexploré (pour une exception, voir Schokker <i>et al.</i>, 2010). Guidé par le modèle de développement-contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007), le but de cette étude était d'étendre la compréhension de la façon dont le coping conjugale interagissent en évaluant l'association indirecte de surprotection du conjoint et l'observance diététique du patient par l'intermédiaire du mécanisme du diabète de détresse et si l'engagement actif du conjoint modéré cette voie.</p> <p>Une surprotection du conjoint est indirectement associée à une mauvaise adhésion alimentaire chez les patients atteints de diabète de type 2 que lorsque l'engagement actif du conjoint est faible. Une surprotection n'a eu aucun effet indirect sur l'observance diététique ou une association directe avec la détresse diabète lorsque des niveaux moyens ou élevés d'engagement actif étaient également présents, en soutenant l'hypothèse selon laquelle des formes positives de soutien peuvent atténuer l'effet néfaste du soutien négatif ou les interactions (Kleiboer <i>et al.</i>, 2007 ; Schokker <i>et al.</i>, 2010) et de souligner l'importance de considérer analytiquement l'impact des stratégies simultanées que les conjoints emploient pour faire face à la maladie de partenaire sur les résultats de la maladie du patient. Cette étude ajoute une nuance supplémentaire à la compréhension actuelle de la façon dont la surprotection des conjoints impacte les patients. Il semble que le régime alimentaire du patient souffre et la détresse associée à la gestion de diabète de type 2 augmente lorsque les conjoints « traitent leur partenaire comme un bébé » ou « gardent en permanence un œil sur leur partenaire » qu'aussi lorsque les conjoints ne « discutent pas ouvertement de diabète de type 2 'et' demandent comment mon partenaire se sent. Bien que le comportement surprotecteur des conjoints ne contribue pas à de meilleurs résultats sur le diabète, son influence corrosive semble être neutralisée en présence de stratégies d'adaptation actives</p> <p>Il est possible que l'adaptation surprotectrice puisse conduire un conjoint à faire participer activement les patients autour de leur maladie vice versa. Par exemple à travers le contrôle du régime alimentaire du patient, un conjoint peut remarquer que le patient a mangé sainement au cours de la semaine dernière, conduisant le conjoint d'engager une discussion ouverte avec le patient pour comprendre les raisons qui sous-tendent le manque d'adhérence. A l'inverse, si le patient et son conjoint communiquent au sujet</p>

	<p>de la maladie et, il ou elle révèle avoir eu des malaises, le conjoint peut commencer à prendre en charge les tâches du patient pour lui offrir des possibilités pour le repos.</p> <p>Limites : Cette étude a plusieurs limites qui doivent être reconnus. Premièrement, les données utilisées pour tester le modèle proposé étaient transversales, ce qui limite notre capacité à interpréter l'ordre temporel des variables du modèle. Bien qu'il y ait un soutien théorique et empirique pour la séquence causale proposée et le test de modèles alternatifs soutenu notre modèle, ces résultats doivent être répliqués dans une étude longitudinale. Deuxièmement, l'échantillon a été recruté dans une clinique du diabète dans le Midwest des États-Unis, ce qui pourrait limiter la généralisation de ces résultats. Troisièmement, la taille de l'échantillon était trop petite pour tester des modèles plus complexes avec des variables supplémentaires. Ainsi, il peut y avoir d'autres médiateurs importants, comme l'a noté (Schokker <i>et al.</i>, 2011), pas exploré dans cette étude. Enfin, le modèle de développement-contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007) reconnaît que certains conjoints ne peuvent pas être impliqués dans coping patient. Exploration supplémentaire de uninvolved conjoint adaptation est nécessaire pour comprendre comment ces stratégies pourraient interagir avec les stratégies impliquées pour influencer l'ajustement patient.</p>
Perspectives futures	Compte tenu des limites, cette étude apporte une contribution importante à la littérature en explorant l'effet interactif entre les manières distinctes, simultanées dont les conjoints font face avec diabète de type 2 de leur partenaire. Plus précisément, l'adhésion alimentaire plus pauvre des patients a été indirectement influencée par la surprotection du conjoint via le diabète de détresse lorsque les conjoints n'utilisent pas également l'engagement actif très souvent. Pour les conjoints de patients atteints de diabète de type 2, frappant le bon équilibre entre rejoindre activement le partenaire dans la gestion de la maladie tout en ne sous-estimant ou « babying du partenaire peut être un défi. Les implications de cette étude, cependant, peuvent donner des encouragements aux conjoints de travail pour faire face efficacement avec le diabète de type 2 de partenaire.
Questions générales Présentation	
Evaluation globale	L'étude est bien rédigée mais a des limites mineures telles que la taille de l'échantillon et certains aspects de variables non explorés surtout ne fait pas apparaître les pistes pour la pratique infirmière.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2015). Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 360-373

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Spousal overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			<p>L'étude actuelle a cherché à explorer l'association indirecte de la surprotection du conjoint sur l'observance diététique du patient à travers le mécanisme du diabète de détresse et si le lien entre la surprotection et le diabète de détresse a été modéré par un engagement actif du conjoint.</p> <p>La surprotection était associée à une adhésion alimentaire réduite indirectement via une augmentation de détresse du diabète seulement à de faibles niveaux d'engagement actif.</p> <p>Ces résultats mettent en évidence l'importance de comprendre les associations nuancées entre les différentes façons dont les conjoints font face à la maladie pour obtenir de meilleurs résultats sur le diabète et les mécanismes responsables de la liaison de coping et de l'adhésion alimentaire.</p> <p>La surprotection du conjoint est uniquement associée à une baisse de l'adhésion alimentaire du patient lorsque les conjoints ont également un niveau faible d'engagement actif.</p> <p>Le diabète de détresse est un mécanisme important en lien avec le coping du conjoint et l'adhésion alimentaire du patient.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Diabète de type 2 est une maladie chronique de la santé du système endocrinien qui affecte près de 350 millions de personnes à travers le monde, et les diagnostics chez les

					adultes ont plus que doublé au cours des 30 dernières années (Danaei <i>et al.</i> , 2011). Les patients sont encouragés à suivre un régime alimentaire et de style de vie stricte dans le cadre de la gestion efficace du diabète de type 2 et d'éviter les complications. Les patients rapportent souvent de grandes difficultés à adhérer à l'alimentation saine recommandée (Vijan <i>et al.</i> , 2004), ce qui rend l'identification des facteurs qui augmentent l'adhérence alimentaire particulièrement important. En conséquence, un corps de la littérature a commencé à examiner le rôle de la relation de couple dans la réalisation des patients de l'adhésion à un régime alimentaire sain, de trouver le comportement du conjoint peut façonner l'observance diététique du patient en positif (Beverly, Miller, & Wray, 2008) et ou négatif (Henry, Rook, Stephens, & Franks, 2013)
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Le modèle de développement-contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007)
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			x	
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Devis quantitative exploratoire
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Les participants étaient 117 couples mariés dont un membre a été diagnostiqué avec le diabète de type 2 et ont été recrutés à partir d'un registre des patients dans centre médical à Midwestern (USA). Les données ont été recueillies auprès des conjoints et des patients grâce à un instrument d'enquête d'auto-évaluation.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Les données ont d'abord été explorées avec des statistiques et des corrélations descriptives. Les données manquantes ont varié de 1,7% pour l'adhésion alimentaire à 12,8% pour le diabète de détresse et ont été traitées par l'information complète la procédure du maximum de vraisemblance
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			L'engagement actif (5 items) et surprotection L'engagement actif Diabète détresse Adhésion diététique Variables de contrôle (les comorbidités des patients, des années de diagnostique avec le DT 2, l'âge et le sexe, et les comorbidités de l'époux et l'âge)
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Un engagement actif élevé est associé à la surprotection élevée : patients ($r=.49, p<.001$), conjoints ($r=.27, P=.005$) Il existe une association entre la surprotection et l'augmentation du diabète détresse ($r=.19, P=.07$) Une surprotection est corrélée par une baisse de l'adhérence diététique ($r=-.26, P=.005$). La détresse diabète est relié à une baisse de l'adhérence diététique ($r=-.32, P=.001$) Un diagnostic de longue date chez un patient DT2 était associé à plus d'engagement actif du conjoint et à une détresse diabète

					<p>élevée.</p> <p>L'âge avancé du patient a été associé à moins de détresse du diabète et la surprotection du conjoint, mais l'âge avancé du conjoint a été associé à plus surprotection.</p> <p>Les comorbidités des patients ont été associées à une augmentation de détresse du diabète, et les conjoints de sexe masculin ont tendance à la fois à fournir un niveau inférieur d'engagement actif et de surprotection. La satisfaction de la relation de conjoint a été associée à des niveaux plus élevés d'engagement actif.</p> <p>Les comorbidités du conjoint et la satisfaction de la relation du patient ne sont associés à des variables d'aucune étude, ni à aucune variable associée à l'observance diététique.</p> <p>L'association entre la surprotection et la détresse diabète élevée est significatif seulement en cas d'une faible participation active du conjoint</p> <p>Ces résultats ont des implications pour les efforts d'intervention visant à mobiliser les conjoints non-diabétiques pour améliorer les résultats de la maladie pour les patients atteints de diabète de type 2. Les résultats suggèrent que le coping des conjoints visant à faire face à la maladie de leur partenaire est un mécanisme clé pour améliorer l'observance diététique. Encourager une communication ouverte sur la maladie, la promotion d'une orientation collaborative vers la gestion du diabète, et en minimisant la surprotection conjugale serait susceptible de faciliter les réductions en détresse du patient résultant du diabète de type 2 et une plus grande adhésion à un régime alimentaire sain</p>
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils	x			Il y a un grand intérêt pour la compréhension de l'association

Intégration de la théorie et des concepts	interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				entre les façons dont les conjoints font face aux maladies chroniques et à la gestion de la maladie du patient. Plusieurs études ont démontré les liens entre le coping des conjoints surprotecteurs et les moins bons résultats sur le diabète type de patient (par exemple, Hagedoorn <i>et al.</i> , 2006 ; Stephens <i>et al.</i> , 2013). Il existe des preuves, cependant, que les époux se livrent à de multiples façons de faire face simultanément et l'effet interactif de ces façons distinctes d'adaptation reste largement inexploré (pour une exception, voir Schokker <i>et al.</i> , 2010). Guidé par le modèle de développement-contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007), le but de cette étude était d'étendre la compréhension de la façon dont le coping conjugal interagissent en évaluant l'association indirecte de surprotection du conjoint et l'observance diététique du patient par l'intermédiaire du mécanisme du diabète de détresse et si l'engagement actif du conjoint modéré cette voie.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			x	Cette étude a plusieurs limites qui doivent être reconnus. Premièrement, les données utilisées pour tester le modèle proposé étaient transversales, ce qui limite notre capacité à interpréter l'ordre temporel des variables du modèle. Bien qu'il y ait un soutien théorique et empirique pour la séquence causale proposée et le test de modèles alternatifs soutenu notre modèle, ces résultats doivent être répliqués dans une étude longitudinale. Deuxièmement, l'échantillon a été recruté dans une clinique du diabète dans le Midwest des États-Unis, ce qui pourrait limiter la généralisation de ces résultats. Troisièmement, la taille de l'échantillon était trop petite pour tester des modèles plus complexes avec des variables supplémentaires. Ainsi, il peut y avoir d'autres médiateurs importants, comme l'a noté (Schokker <i>et al.</i> , 2011), pas exploré dans cette étude. Enfin, le modèle de développement-

					contextuelle des couples aux prises avec une maladie chronique (Berg & Upchurch, 2007) reconnaît que certains conjoints ne peuvent pas être impliqués dans coping patient
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			x	Ne sont pas mis clairement
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'étude est bien rédigée mais a des limites mineures telles que la taille de l'échantillon et certains aspects de variables non explorés surtout ne fait pas apparaître les pistes pour la pratique infirmière.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Appendice J :
Echelle de Zarit

ÉCHELLE DE ZARIT OU INVENTAIRE DU FARDEAU

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes.

Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :

0 = jamais
1 = rarement
2 = quelquefois
3 = assez souvent
4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tirillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4