

Travail de diplôme orienté vers la pratique

École supérieure Cycle de
formation ES

La peur chez les personnes âgées

Auteur:	Welschen Joëlle
adresse électronique :	joelle.welschen@students.hevs.ch
Filière d'études :	505.1
Date limite de soumission:	30 avril 2024
Nom du premier professeur correcteur :	Salvatore Nom
du deuxième professeur correcteur :	Sabine

Ecole Supérieure Santé Valais
Pflanzettastrasse 6
3930 Viège

Table des matières

1. Justification du choix de la situation de cas	1
2. Description de la situation	2
2.1 Présentation du patient	2
2.2 Description phénoménologique de la situation vécue par le patient	6
2.3 Interventions infirmières antérieures	7
2.4 Facteurs d'influence	8
3. Questionnement	10
4. Recherches de sources fondées sur des preuves	10
5. Changement de la pratique infirmière	11
6. Réflexion	21
7. Répertoire des sources	23
8. Annexe	24

1. Justification du choix de la situation de cas

J'effectue le sixième et donc dernier semestre de ma formation raccourcie d'infirmière diplômée dans une maison de retraite et de soins.¹ L'encadrement et les soins des résidents² avec des maladies multimorbides et chroniques constituent un point fort essentiel de mon activité. Les résidents sont limités dans leurs activités de la vie quotidienne, ce qui entraîne une dégradation de leur qualité de vie. La capacité à relier entre elles les interventions médicales et infirmières représente ici une compétence essentielle. Dans le cadre de ma future carrière professionnelle, il est fort probable que je sois régulièrement confrontée à la thématique de la peur. Il me tient à cœur de développer des solutions afin de pouvoir agir à l'avenir de manière empathique, professionnelle et spécialisée. Ce n'est qu'ainsi que la qualité de vie et le bien-être des résidents pourront être renforcés durablement.

Défi personnel

Les soins et l'accompagnement de M. X³, qui se trouve dans la phase préterminale et dont le comportement se caractérise par la peur, représente pour moi un défi personnel. Ses déclarations sur ses sentiments et son comportement de rejet sont extrêmement stimulants pour moi personnellement et génèrent en moi un sentiment d'insécurité. Le fait que je n'ai pas reconnu les besoins et les sentiments de Monsieur X. m'a profondément ébranlée. Le fait de réaliser que je ne connaissais pas d'interventions ou de mesures de soins pour apaiser l'angoisse de Monsieur X. m'a incitée à une réflexion intense.

La complexité de mon point de vue

La prise en charge des résidents dans une maison de retraite et de soins est liée à une multitude de défis. Ceux-ci résultent en partie de la progression d'une maladie chronique ou d'autres changements dans la vie des résidents, qui peuvent nuire à leur qualité de vie et à leur bien-être. Un environnement familial ainsi qu'une prise en charge et des soins empathiques créent un sentiment de sécurité et de sûreté et réduisent les craintes et les incertitudes. Pour gagner la confiance des résidents, une communication claire, empathique et rassurante est fondamentale. De cette manière, les besoins des résidents peuvent être perçus et enregistrés afin d'établir un plan de soins adapté. Cela est très important dans le processus de soins. S'occuper et accompagner les personnes en fin de vie avec dignité et selon leurs besoins est un défi, car chaque personne meurt à sa manière. Une approche professionnelle

¹ Pour des raisons de protection des données, l'institution est anonymisée

² Pour des raisons de lisibilité, le mot "résident" est utilisé pour les deux sexes.

³ Pour des raisons de protection des données, le nom ainsi que toute information permettant de reconnaître le résident ont été rendus anonymes.

La prise en charge par un personnel soignant formé est alors indispensable. La base pour l'établissement de la confiance et de la sécurité avec Monsieur X. n'était pas donnée dans ma situation de cas. La non-reconnaissance des sentiments d'angoisse de Monsieur X. et l'incapacité qui en a résulté à y répondre ont rendu impossible la garantie de la sécurité et de la sûreté.

Importance de la situation pour mon champ d'activité

L'anxiété peut aggraver la souffrance des résidents dans tous les domaines de la vie : social, émotionnel, cognitif, physique et personnel. Il est donc essentiel de reconnaître les symptômes de l'anxiété, qui peuvent se présenter sous de multiples formes, afin de soulager la souffrance du résident. Un comportement empathique des soignants envers le résident permet de mieux comprendre sa situation, tout en gardant une vision claire de la réalité. Cela constitue une protection pour l'aidant et est en même temps utile pour le résident. Les soignants ne doivent pas se perdre dans leur peur, mais doivent se confronter à leurs propres peurs, les percevoir et surtout les prendre au sérieux. L'organisation de discussions de cas en équipe ou de réunions d'équipe peut être considérée comme utile dans ce contexte.

L'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution démographique entraînent une augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins professionnels à un âge avancé. Les limitations physiques et psychiques qui en découlent posent des exigences élevées au personnel soignant afin de répondre aux besoins variés de tous.

Selon une étude de l'Office fédéral de la statistique sur la santé psychique, il a été constaté qu'en 2022, 8% de la population était en traitement pour des problèmes psychiques. En 2021, 7,5% des hommes et 11,9% des femmes en Suisse souffraient de troubles anxieux (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2022).

2. Description de la situation

2.1 Présentation du patient

Données personnelles

Le résident, M. X., est un homme âgé de 86 ans et veuf.

Motif d'admission

Il y a quatre ans, Monsieur X. et son épouse sont entrés dans une maison de retraite et de soins. La raison de cette hospitalisation était la santé physique altérée du couple. Plusieurs chutes à domicile avaient mis en péril la sécurité du couple.

Diagnostiques médicaux actuels

Insuffisance respiratoire globale exacerbée de manière aiguë en cas de suspicion de composante chronique

Diagnostiques secondaires pertinents

Dépression

Médicaments actuels

Médicaments	Dosage	Temps
Fentanyl Mepha Matrixpfl.	12 mcg/h19	:00/72h
Laxoberon gtt7	.5mg/15 gtt18	:00h/24h

En réserve :

Morphine HCL	Streuli10 mg/mlMax	. 40gtt/24h
	Quétiapine25 mgMax	. 3 Filmtbl/24h

Informations pour comprendre la situation de vie

État physique actuel

La condition physique de Monsieur X. est décrite selon les activités de la vie quotidienne (ATLs) selon Juchli Liliane (Doenges et. al., 2018, p.1188).

Les informations ont été extraites, analysées et résumées principalement à partir du dossier du patient. En outre, un entretien a eu lieu avec la fille du résident, qui m'a parlé de la vie de son père. En complément, les précieux témoignages et propos de l'équipe ont été intégrés.

Être éveillé et dormir

Monsieur X. présente une somnolence diurne accrue et est agité la nuit. Il souhaite avoir de la compagnie et apprécie que le veilleur de nuit lui tienne la main et s'assoie à côté de lui au lit. Le rythme veille-sommeil de Monsieur X est perturbé. Des facteurs psychiques tels que l'anxiété affectent négativement le sommeil de Monsieur X. et inversement.

Se déplacer

Jusqu'à il y a quelques semaines, Monsieur X. se déplaçait encore de manière autonome avec son déambulateur. Il a fait plusieurs chutes par le passé, à chaque fois sans blessures majeures. Actuellement, il a besoin de l'aide du personnel soignant pour se tourner dans son lit ou pour

de s'asseoir au bord du lit. Il lui a été proposé de se faire mobiliser dans un fauteuil roulant, ce qu'il a refusé. En raison de sa faiblesse, il n'est pas en mesure de se lever pour le moment. Monsieur X. n'accepte pas les positions qui faciliteraient sa respiration ou entraîneraient un changement de position qui soulagerait la pression.

Se laver et s'habiller

C'est un défi d'aider Monsieur X. à faire sa toilette, car il la refuse de plus en plus. Pendant la toilette, il a toujours besoin de petites pauses pour se reposer. L'hygiène buccale de Monsieur X. est plus difficile, car il ne se laisse pas toujours retirer son dentier. Monsieur X. est toujours vêtu d'un pantalon et d'un haut, ce qui devrait influencer sa perception de son corps.

Manger et boire

Monsieur X. fait savoir quand il a soif et préfère l'eau froide, les boissons sucrées de son propre congélateur ou la bière. Le personnel soignant verse ces boissons dans un gobelet à bec que Monsieur X. peut porter à sa bouche et boire de manière autonome ou être aidé par le personnel soignant. Depuis fin mars, Monsieur X. refuse régulièrement de manger. Lorsqu'il mange tout de même, il ne prend que très peu de nourriture. Selon sa biographie, Monsieur X. attachait beaucoup d'importance à la bonne nourriture, les repas réguliers et copieux étaient importants pour lui. Il partageait cette préférence avec son épouse. Le couple était connu dans le foyer pour leur cher goûter de minuit.

Élimination

En raison d'une mobilité réduite, l'élimination de Monsieur X. est altérée. L'urine est très concentrée, car Monsieur X. consomme peu de liquide. Monsieur X est porteur d'une sonde vésicale. L'évacuation de l'urine est assurée par le personnel soignant. Ces derniers jours, Monsieur X. a eu à plusieurs reprises le matin des selles souillées dans la couche.

Respiration

Jusqu'à il y a quelques jours, Monsieur X. avait une respiration calme et régulière. Actuellement, on entend cependant de légers râles lors de la respiration expiratoire. Monsieur X. a encore la force d'expectorer occasionnellement des sécrétions jaunâtres.

Communiquer

Jusqu'à présent, la communication avec Monsieur X. n'a pas été limitée. Il peut répondre aux questions et exprimer ses souhaits. Certains jours, il est toutefois difficile d'engager la conversation avec lui. Il semble irritable et nerveux. Ses réponses sont alors plutôt courtes et parfois brusques. Le personnel soignant l'accepte.

Trouver un sens au devenir, à l'être, à la disparition

Ces derniers jours, Monsieur X. a posé de plus en plus de questions sur sa femme décédée. Dans ces moments-là, il semble très triste, seul et impuissant.

Autres activités de la vie quotidienne

Aucun autre ATL pertinent n'est visible. Etat

psychique actuel

Monsieur X. vit depuis quatre ans dans une maison de retraite. Pendant son mariage et même après son entrée dans la maison de retraite et de soins, sa femme a été un soutien important pour lui. Depuis son décès en 2023, Monsieur X. s'est toutefois de plus en plus isolé. Monsieur X. n'a aucun contact avec les autres résidents de la maison de retraite. Monsieur X. montre une grande tristesse ainsi qu'un désespoir qui se reflète dans ses mimiques, son comportement et sa voix. Il passe la majeure partie de la journée au lit et garde les yeux fermés. La fille indique que son père lui a dit qu'il avait du mal à dépendre de l'aide et du soutien de nous, le personnel soignant. La perte de son autonomie lui fait peur. Pourtant, il a toujours été important pour son père de mener une vie indépendante.

Personnes de référence et environnement social

Monsieur X. a deux fils adultes et une fille adulte. Un autre fils est décédé en bas âge, peu avant Noël, dans un tragique accident. Cette tragédie n'a jamais été abordée au sein de la famille. Les contacts avec ses enfants ont changé après le décès de sa femme. Lorsque sa femme était encore en vie, sa fille rendait visite à ses parents tous les jours. Maintenant, elle rend visite à son père une à deux fois par semaine, mais les visites sont de courte durée. Monsieur X. n'a pratiquement aucun contact avec ses deux fils. Sa fille est sa première personne de contact et son interlocutrice.

Conditions de logement

Jusqu'à son entrée en maison de retraite et de soins, Monsieur X. vivait avec son épouse dans la maison de ses parents. L'accès se faisait par un escalier et comme la fille habite dans une commune voisine, le déménagement dans la maison de retraite et de soins était une décision nécessaire pour Monsieur X. et son épouse.

Attitude face à la vie / valeurs

Je perçois Monsieur X. comme une personne très déterminée et directe. Il montre peu d'intérêt pour les interactions sociales. Monsieur X. a toujours attaché une grande importance à la préservation de son autodétermination. Il fait preuve de peu de patience lors des interventions de soins et est souvent irritable.

Cela se traduit par une communication limitée, bourrue ou inexistante.

Monsieur X. est catholique romain. La foi ne joue pas un rôle important dans sa vie.

Profession

Monsieur X. est à la retraite. Dans le passé, il a travaillé comme chauffeur dans toute la Suisse. Sa fille rapporte que son père aimait raconter des anecdotes sur son travail. De plus, il a été un membre actif de la chorale de l'église pendant 60 ans.

Situation financière

Les finances sont gérées par l'un de ses fils. Autres

Informations pertinentes

Pas d'autres informations.

2.2 Description phénoménologique d'une situation de cas vécue par soi-même

Aujourd'hui, je suis affectée aux soins de Monsieur X. Depuis environ deux semaines, Monsieur X. ne fait que rester au lit. Ces derniers temps, il mange très peu ou refuse même de manger. Dans le dossier de soins, j'ai pu relever les informations suivantes : Monsieur X. souffre d'une dépression et son état de santé s'est détérioré au cours des dernières semaines. De plus, il est devenu plus faible. Il se trouve dans la phase préterminale. En outre, il a été observé que Monsieur X présentait une agitation accrue au cours des nuits précédentes et qu'il a signalé à plusieurs reprises à la garde de nuit qu'il n'aimait pas être seul. Monsieur X trouve rassurant que le veilleur de nuit lui tienne la main et s'assoie près de son lit. Monsieur X. refuse de plus en plus les soins corporels et buccaux. Les positions ne sont pas acceptées par Monsieur X., il s'y oppose. J'ai noté les informations les plus importantes. Lorsque je me rends dans sa chambre, je suis à la fois curieuse et excitée. Les pensées tournent dans ma tête : comment se passera la première rencontre avec Monsieur X. ? Comment allons-nous réagir l'un à l'autre ? Comment Monsieur X. va-t-il se sentir aujourd'hui ? Peu de temps après, je suis devant la porte de sa chambre, je frappe et j'entre. Je vois que Monsieur X. est allongé sur le lit, les yeux fermés. Je m'approche de son lit et l'appelle par son nom. Monsieur X ouvre directement les yeux et me regarde. Je me présente avec mon nom et ma fonction. "Bonjour, avez-vous bien dormi ?" Je n'obtiens pas de réponse. Monsieur X ferme à nouveau les yeux. J'en déduis que Monsieur X ne souhaite pas avoir de conversation avec moi. J'hésite un instant et me demande si je dois m'adresser à lui une nouvelle fois. D'une voix douce, je prononce à nouveau son nom. Monsieur X. ouvre à nouveau les yeux et dit d'une voix forte : "Quoi ?" Effrayée par sa réaction, je fais un pas en arrière de son lit. Je sens mon cœur battre plus vite et mes mains se mettre à transpirer. J'essaie de ne pas laisser transparaître ma nervosité.

en essayant de respirer calmement. J'observe Monsieur X qui promène son regard dans toute la pièce. Son visage rougit. J'en déduis que Monsieur X est soit déstabilisé, soit nerveux. Après un court instant, je m'approche à nouveau du lit et m'adresse à Monsieur X.. J'essaie de parler d'une voix calme pour que Monsieur X. se calme et qu'il ne remarque pas mon incertitude. Je demande une nouvelle fois à Monsieur X comment il va. Il ferme brièvement les yeux et me répond : "Ça va, je me suis réveillé plusieurs fois dans la nuit et je n'ai pas pu me rendormir". Avec hésitation, je pose ma main sur son épaule. Je suis soulagée que Monsieur X ne s'y oppose pas. Je demande à Monsieur X si je peux me charger des soins corporels. Il me répond par la négative et me dit : "Plus tard, je peux aussi le faire seul. Sinon, je ne suis plus bon à rien". Je me demande si cela a un rapport avec ma personnalité, car il refuse de faire les soins corporels. Un sentiment d'insécurité se manifeste en moi. Je suis brusquement tirée de mes pensées. Monsieur X m'a pris la main. Il a posé ma main et la sienne sur sa poitrine. Monsieur X plisse les yeux. J'en déduis que Monsieur X. pourrait avoir mal et je lui pose la question. "Vous avez mal ?" Monsieur X. tourne son regard vers moi. Je peux voir que ses pupilles sont dilatées. J'en déduis que Monsieur X. a peur de quelque chose. Les larmes aux yeux, il demande : "Où est Marianne ?" (épouse). Je me penche légèrement en avant et explique à Monsieur X. qu'elle est décédée il y a un an. La respiration de Monsieur X. se modifie. Je peux percevoir que Monsieur X. respire profondément et rapidement. Je commence à douter de moi. Ce comportement a-t-il un rapport avec moi ? Je lui demande à nouveau s'il a mal.

"Non, non. Je me sens juste tellement seul et isolé et ça me rend triste". Monsieur X. tourne la tête sur le côté et regarde par la fenêtre. Cela signifie pour moi qu'il veut être tranquille en ce moment. Cela me rend très triste, mais aussi peu sûre de moi. Je sens que Monsieur X. me serre à nouveau la main. Il tourne la tête vers moi et me dit d'une voix faible et tremblante : "Qu'est-ce que je vais faire ? Je ne suis plus bon à rien, cela me fait peur. J'ai perdu ma femme et perdre mon indépendance m'inquiète beaucoup". J'essaie de sourire, car je ne sais pas quoi répondre. Monsieur

X. lâche ma main et ferme les yeux. Je reste debout près de son lit. Au bout d'un moment, les traits du visage de Monsieur X. se détendent à nouveau et je peux observer qu'il respire calmement et régulièrement. Je touche encore une fois l'épaule de Monsieur X. et lui dis au revoir. En quittant la pièce, je suis attristée et mécontente de moi-même quant à ma réaction aux propos de Monsieur X. Qu'aurais-je pu faire ou dire contre la peur de Monsieur X ?

2.3 Interventions infirmières antérieures

Aucune mesure de soins n'a été prise jusqu'à présent, car c'est ce jour-là que Monsieur X. a exprimé pour la première fois son anxiété. Sauf pendant la nuit, où la garde de nuit est restée à son chevet à la demande de Monsieur X. et lui a tenu la main.

2.4 Facteurs d'influence

Dépression

La dépression est appelée "trouble affectif". La personne concernée⁴ souffre de fluctuations de l'humeur non influençables par la volonté, qui désignent un groupe de maladies psychiques. La dépression est le trouble psychique le plus fréquent chez les personnes âgées (Kutsche et al., 2021, p.1291).

La peur exprimée par Monsieur X renforce l'état émotionnel pathologique. La grande souffrance et la perte de qualité de vie sont étroitement liées. Dans mon exemple de cas, Monsieur X montre une humeur abattue et désespérée et des incertitudes.

Processus de mort / phase préterminale

"On meurt comme on a vécu ; la mort fait partie de la vie, pas de la mort" Ludwig Marcuse :

Mourir est quelque chose d'individuel. Et pourtant, il existe des points communs dans la mort. Mais quand une personne est-elle en train de mourir, quand le processus de mort commence-t-il ? Dans un processus de mort, différents aspects peuvent être observés et distingués : l'aspect biologique, l'aspect social et l'aspect psychologique. Elisabeth Kübler-Ross décrit le processus de la mort en cinq phases :

1. Non-reconnaissance et isolement
2. Colère
3. Négociation
4. Dépression
5. Approbation

La phase préterminale désigne une période de la fin de vie au cours de laquelle un patient présente déjà des symptômes évidents qui limitent de plus en plus sa vie active. La faiblesse et la fatigue engendrent un besoin accru de repos (Wittwer et al., 2020, p. 97-102).

Monsieur X. se trouve dans la phase préterminale. Cela se manifeste par son refus partiel de s'alimenter, son repli sur soi, sa peur et sa tristesse. Ainsi que par sa faiblesse physique croissante. Soutenir Monsieur X. dans ses angoisses demande beaucoup d'empathie, de patience et de respect. Il est essentiel de répondre à ses besoins et de l'assister dans cette période difficile.

⁴ Pour des raisons de lisibilité, le terme "personnes concernées" est utilisé pour les deux sexes.

Établissement d'une relation

La manière dont nous entrons en contact avec les résidents a un impact significatif sur leur bien-être. Pour que les relations soient fructueuses, la capacité à percevoir les messages est essentielle. Ceux-ci sont généralement communiqués par l'apparence du résident, sa voix, sa posture, ses expressions faciales et ses gestes. Les relations peuvent rendre les gens heureux et leur donner confiance et sécurité. Il s'agit là d'un élément essentiel des soins professionnels (Hornung & Lächler, 2018, p. 241-243).

L'établissement d'une relation avec Monsieur X. s'est avéré extrêmement difficile. Une multitude de facteurs ont joué un rôle décisif. La peur, que Monsieur X. exprimait verbalement et non verbalement, était toutefois clairement au premier plan. Je me suis sentie très mal à l'aise en raison de mon propre manque d'assurance. Par conséquent, j'ai fait preuve de retenue et n'ai pas cherché à établir un contact plus étroit avec Monsieur X. afin de gagner sa confiance.

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont des problèmes liés à la qualité et à la quantité du sommeil. Les troubles du sommeil ou insomnies sont les plus fréquents. Des facteurs de risque tels que l'âge ou l'anxiété doivent être pris en compte pour les insomnies.

Une étude portant sur près de 8000 personnes a montré que l'insomnie est étroitement liée à l'anxiété et aux troubles dépressifs (Morgan & Closs, 2000, p. 23, 53, 68).

Monsieur X. souffre d'une insomnie avec des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil, aggravée par l'anxiété et la dépression. Il est essentiel pour lui que la garde de nuit reste auprès de lui, car cela lui procure un sentiment de sécurité.

Solitude

La solitude désigne l'isolement d'un individu par rapport à son environnement, que ce soit dans l'espace ou dans l'esprit. La séparation d'un groupe social (par exemple à cause d'une maladie) peut conduire à la solitude.

"Être pour soi" est un sentiment positif, "être seul" est un sentiment négatif. Ces deux sensations sont possibles aussi bien dans la solitude que dans l'isolement. La solitude ne devient un état de souffrance que lorsqu'elle est associée à la peur.

- Peur d'être seul dans son environnement
- Peur d'être seul à l'avenir (Käppeli,

2021, p. 133-135)

Monsieur X ressent la séparation d'avec sa femme bien-aimée comme une grande solitude et l'exprime également sous forme d'angoisse. Ces sentiments représentent un lourd fardeau pour Monsieur X. Dans cette situation, les soins centrés sur la famille seraient une approche prometteuse. Le soutien de ses enfants pourrait aider Monsieur X dans sa peur de la solitude.

3. Questionnement

La problématique se réfère à mon défi personnel, qui a été expliqué au chapitre 2.2. Pour plus de clarté, j'utilise le schéma PIE, qui est dérivé du schéma PIKE de Behrens et Langer (2010).

P → Besoin de soins et problème : homme de 86 ans souffrant d'anxiété. I → Intervention : interventions infirmières contre l'anxiété.

E → Résultat : atténuer l'anxiété et augmenter le bien-être.

Problématique : Quelles interventions de soins contre l'anxiété peuvent être appliquées à un homme de 86 ans afin de soulager son anxiété et d'augmenter ainsi son bien-être ?

4. Recherches de sources fondées sur des preuves

Termes de recherche :	Source	Type de source
Aromathérapie	Herber, S. & Zimmermann E. (2022). Aromathérapie pour la tête et l'âme. Avec des huiles essentielles contre le stress, la fatigue et l'humeur morose. Maison des générations St. Anna. (2020) Manuel des soins aromatiques.	Livre spécialisé PDF Intranet interne
Stimulation basale	Bois de bibliothèque, T. & Schürenberg, A. (2013). La stimulation basale dans les soins aux personnes âgées. Suggestions pour	Livre spécialisé

	l'accompagnement de la vie.	
--	-----------------------------	--

	Maison des générations St. Anna. (2015) Concept de stimulation basale.	PDF Intranet interne
Thérapie respiratoire	Kasper, M. & Kraut, D. (2000). Respiration et thérapie par la respiration. Un Manuel pratique pour les soignants. Vivre sans peur (sans date).	Livre spécialisé Page d'accueil
Friction stimulante pour la respiration	Hatz-Casparis, M., Roth Sigrist, M., Remer, M. & Schoop, B. (2020). La stimulation basale dans les soins aigus. Manuel pour la pratique des soins.	Livre spécialisé
Organisation de la relation	Construire des relations dans les soins : créer la confiance (2015)	Page d'accueil
Musicothérapie	Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2020). Manuel de musicothérapie.	Livre spécialisé

5. Changement de la pratique infirmière

Anxiété : "sentiment indéfini et incertain de malaise ou de menace, dont la cause est souvent non spécifique ou inconnue pour la personne concernée, accompagné d'une réaction autonome ; un sentiment d'inquiétude causé par l'anticipation d'un danger imminent. C'est un signal d'alarme qui prévient d'un danger à venir et permet à la personne de prendre des mesures pour faire face à la menace". L'intensité de la peur est classée en peur mineure, modérée, marquée ou panique (Doenges et. al., 2018, p.148).

Dans ce qui suit, les liens sont thématiques sur la base d'une recherche basée sur les preuves. Dans ce contexte, la peur que Monsieur X. a exprimée verbalement et non verbalement est examinée de plus près. En tenant compte des expressions verbales et non

verbales

On constate chez Monsieur X. une anxiété légère avec des signes d'anxiété modérée.

Aromathérapie

La thérapie par les huiles essentielles représente une partie de la phytothérapie, qui décrit la médecine par les plantes. L'obtention d'huiles essentielles se fait à partir d'un grand nombre de plantes. Selon la plante, différentes parties de la plante sont récoltées et distillées. L'effet des huiles essentielles repose sur deux mécanismes différents. Le nerf olfactif déclenche en très peu de temps des processus émotionnels qui sont vécus individuellement, de manière plutôt subjective, et qui sont étroitement liés à la biographie. Il n'est pas rare que ces processus ne soient pas enregistrés par la conscience. Les huiles essentielles appliquées sur la peau provoquent des changements objectivement mesurables dans les tissus et les organes.

L'application vise à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes concernées. Il faut toutefois tenir compte du fait que des réactions allergiques peuvent se produire.

Les huiles essentielles peuvent être un compagnon utile en cas de sentiments d'anxiété afin d'apaiser la peur.

Camomille romaine

Il est recommandé de verser une goutte de camomille romaine sur un rouleau de cellulose d'un bâton olfactif à remplir soi-même et de l'inhaler pendant une période de 1 à 2 minutes. On peut s'attendre à ce que l'oppression angoissante disparaisse rapidement. Il est également possible d'ajouter 3 à 4 gouttes d'huile de pamplemousse, qui a également un effet relaxant (Herber & Zimmermann 2022. p. 6, 8, 99).

Dans le site Manuel Soins aromatiques 2020 de Maison de
Génération le site les possibilités d'application suivantes contre la peur ont été
étudiées :

- Massage mains/pieds 1% :
- Diffuseur de parfum
- Non-tissé parfumé

Comme une présentation exhaustive de toutes les huiles entrant en ligne de compte dépasserait le cadre de ce travail, j'ai opté pour l'examen détaillé de deux huiles sélectionnées.

Rose

Profil olfactif : (note de cœur) odeur florale, chaude et

enveloppante Effet : apaisant, fortifiant, réducteur de stress

Domaines d'application éprouvés : stress, troubles du sommeil, états dépressifs, angoisses

Attention : ne pas utiliser en cas de psychose !

Bois de cèdre/cèdre de l'Atlas

Profil olfactif : (base note de cœur) odeur chaude, balsamique

boisée Effet : améliore l'humeur, fortifie, apaise, anxiolytique

Domaines d'application éprouvés : humeur dépressive, troubles du sommeil, deuil, angoisses, peur de la séparation, adieux

Applications de soins aromatiques :

- Parfum d'ambiance avec un diffuseur de parfum électrique.
- Spray aromatique bio Fresh
- Inhalation sèche
- Application par voie cutanée

Compte tenu de l'état émotionnel actuel de M. X., le domaine d'application des huiles essentielles aurait été approprié comme mesure adjuvante. Dans le cadre de l'application des soins aromatiques, il serait possible d'utiliser différentes méthodes. On peut citer par exemple la diffusion de parfum dans une pièce au moyen d'un diffuseur électrique, qui convient pour influencer de manière ciblée l'état émotionnel ou pour améliorer l'air ambiant. En inhalation sèche, il aurait été possible de déposer 1 à 2 gouttes d'huile essentielle sur un mouchoir en papier ou une compresse près de la tête de Monsieur X. La friction en tant qu'acte intime, qui se fait par un toucher doux et qui peut être utilisé pour établir une relation, aurait peut-être dépassé Monsieur X. à ce moment-là. Parmi les options disponibles, j'opterais en premier lieu pour l'inhalation sèche afin de voir comment Monsieur X. réagit à l'aromathérapie. En ce qui concerne l'huile essentielle, ma préférence irait à la rose ou au cèdre de l'Atlas. Ces deux essences peuvent avoir un effet anxiolytique. J'aurais fait choisir le parfum par Monsieur X. lui-même au préalable, en lui fournissant un échantillon de parfum à l'aide d'un kleenex.

Le concept de soins aromatiques est appliqué dans le service ainsi que dans l'ensemble de la maison de retraite et de soins. Celui-ci a été élaboré par une collaboratrice qui a suivi une formation chez Farfalla. Le concept de soins aromatiques élaboré a été déposé dans chaque service. La formation a été dispensée par l'auteure lors de réunions d'équipe. La collaboratrice est chargée de répondre aux questions en suspens concernant l'application des soins aromatiques et de se procurer le matériel nécessaire à cet effet. Le site

Les huiles essentielles sont comprises dans le budget annuel. J'ai l'intention d'en faire davantage usage pendant mon stage et d'animer et guider l'équipe. Je souhaite également utiliser les soins aromatiques dans ma future vie professionnelle.

Stimulation basale

Communiquer par signes physiques :

L'entrée en institution peut avoir un impact sur la communication, et plusieurs facteurs entrent en jeu. La vie change, ce qui peut conduire à la solitude et au repli sur soi. Les activités de soins sont souvent caractérisées par la vitesse et la fonctionnalité. L'échange et l'attention avec le personnel soignant ont lieu pendant les activités de soins. En raison d'une maladie, d'un handicap ou de l'âge, les personnes peuvent "perdre la parole" dans ces situations stressantes ou agitées. Pour s'y retrouver dans son environnement et communiquer, la personne concernée choisit souvent des moyens de communication végétatifs comme : Modification de la respiration, du pouls et de la tension artérielle, transpiration, modification du tonus musculaire.

Signes négatifs de communication non verbale dans le sens de la peur :

- Respiration agitée et irrégulière
- Rougissement excessif
- Forte transpiration
- Détourner les yeux
- Tourner la tête à l'opposé de la personne de contact

L'expression des sentiments se fait généralement par le biais des mimiques. En l'absence de mots, de langage ou de mouvements corporels, il ne reste que le "langage du visage" comme moyen de communication.

Le "dialogue somatique" constitue le véritable langage dans la relation et fonctionne comme une forme de communication qui maintient la vie. Les soins basiques stimulants visent à créer des conditions de vie qui permettent aux personnes atteintes d'expérimenter la qualité de vie et la qualité des relations (Buchholz & Schürenberg, 2013, p. 69).

Dans le cadre du concept de stimulation basale de la Maison des générations, le principe de l'établissement d'un contact est expliqué afin d'entamer un dialogue avec les résidents, d'entrer en contact avec eux.

- L'infirmier(ère) annonce la prise de contact en entrant dans la chambre.
- Parler clairement, à un volume sonore approprié.
- Établir un contact visuel et une poignée de main pour se saluer. Cela crée un climat de confiance et de sécurité.
- Effectuer le contact initial si possible au niveau de l'épaule.

Monsieur X. a exprimé son état par une série de signaux de communication non verbale, agitation pendant la nuit, respiration irrégulière, rougissement, mouvements des yeux et détournement de la tête, qui indiquent de l'anxiété. Dans mes interprétations, j'ai reconnu la symptomatologie. En entrant dans la chambre, des coups frappés à la porte ont signalé que je m'approchais. La voix a été élevée à un niveau sonore approprié pour s'adresser à Monsieur X. Par un contact initial sur l'épaule, j'ai tenté d'établir un contact afin de démontrer que j'étais présente et que je percevais Monsieur X. J'ai maintenu le contact visuel en permanence. Je remarque cependant que la poignée de main n'a pas eu lieu lors de la salutation. Cette évolution est peut-être due aux effets de la pandémie de Corona.

Depuis le peu de temps que je travaille dans le service de la maison de retraite et de soins, j'ai remarqué que l'ensemble de l'équipe adopte une attitude valorisante et respectueuse envers les résidents. Cette intention est partagée par la direction de l'établissement, la direction des soins ainsi que les responsables de groupe. Elle est également prise en compte dans le concept élaboré. Le concept a été élaboré par une collaboratrice qui a préalablement suivi une formation continue. Dans les soins, la communication en stimulation basale a quelque chose à voir avec l'attitude, l'estime et l'empathie et ne coûte rien. Cette attitude est pour moi d'une importance capitale et je m'engagerai à ce qu'elle soit également vécue par d'autres soignants. Cela peut par exemple s'exprimer par des entretiens.

Thérapie respiratoire

La respiration est une fonction vitale du corps humain, qui commence dès la naissance et se poursuit jusqu'à la mort. L'approvisionnement en oxygène de l'ensemble du corps se fait alors automatiquement. Les sensations physiques ou les malaises sont exprimés par la respiration. Les situations liées à la peur peuvent modifier la respiration.

Dans les soins infirmiers, l'observation et l'évaluation de la respiration se font sur la base de l'intensité respiratoire. Dans le cas d'une respiration normale, l'intensité respiratoire correspond aux besoins réels en oxygène et dépend du taux de dioxyde de carbone dans le sang. Les écarts sont appelés hyperventilation et comprennent une activité respiratoire accrue, caractérisée par une respiration profonde et rapide (Kasper & Kraut, 2000, p. 19, 21, 73).

Dans le cadre de mes recherches ultérieures, j'ai identifié les techniques de respiration suivantes, recommandées par Müller pour le traitement de l'anxiété :

Respiration péritonéale ou diaphragmatique : une approche naturelle de la relaxation

La respiration diaphragmatique, également appelée respiration abdominale, constitue une méthode efficace pour se calmer en cas d'anxiété. Cette technique de respiration consiste à utiliser consciemment le diaphragme, un muscle important pour la respiration. Cette technique de respiration permet de respirer plus profondément, plus lentement et de manière plus contrôlée, ce qui place le corps dans un état de détente. Pour améliorer la respiration diaphragmatique, il est possible de pratiquer une multitude d'exercices.

Mise en œuvre :

L'exercice se fait en position allongée sur le dos. Une main est posée sur le ventre, l'autre sur la poitrine. On inspire par le nez et on expire par la bouche. On veillera à ce que le ventre se gonfle vers le haut et la poitrine vers l'extérieur. On répète l'exercice plusieurs fois en portant son attention sur le mouvement du ventre.

4-7-8 Techniques de respiration en détail

La méthode présentée ici est un moyen efficace de se calmer immédiatement et d'atténuer l'anxiété. Elle repose sur le contrôle conscient de la respiration et sur la mise en état de relaxation du corps.

Mise en œuvre :

- Il est recommandé de s'installer dans une position confortable et de fermer les yeux.
- Inspirer par le nez en comptant intérieurement jusqu'à quatre
- Pendant l'exécution de l'exercice, retenir sa respiration en comptant intérieurement jusqu'à sept.
- Expirez lentement par la bouche en comptant intérieurement jusqu'à huit.
- Il est recommandé de répéter le cycle quatre fois.

La technique de respiration provoque un ralentissement de la respiration ainsi qu'un contrôle conscient de la respiration. Cela a un effet calmant sur le système nerveux et peut contribuer à sortir d'un état d'anxiété (Müller, n.d.).

Lors de l'interaction avec Monsieur X, je n'ai pas utilisé de technique de respiration contre l'anxiété. A posteriori, il aurait été judicieux d'utiliser la respiration péritonéale avec Monsieur X., car elle a un effet apaisant en cas d'anxiété. De plus, elle peut être pratiquée en position allongée. J'aurais pu proposer à Monsieur X. d'effectuer cet exercice de respiration avec moi. La technique de respiration 4-7-8, qui a également un effet calmant sur les états d'anxiété, ne serait pas considérée comme bénéfique pour Monsieur X, car elle doit être appliquée en position assise. De plus, il faut partir du principe que dans un état d'anxiété, il n'est pas possible de se concentrer sur la respiration.

difficile de se concentrer sur le décompte. L'étude intensive de l'anxiété et de la respiration m'amène à penser que l'application d'une technique de respiration peut contribuer à atténuer l'anxiété et à augmenter le bien-être de Monsieur X. Je pense qu'il se sentirait rassuré. De plus, Monsieur X. se sentirait en sécurité, car je perçois son anxiété, qu'il exprime par l'hyperventilation.

La mise en œuvre des techniques de respiration au niveau du service ou de l'ensemble de l'EMS ne nécessiterait que peu de moyens. La numérisation permet de présenter des vidéos pendant les rapports ou les réunions d'équipe afin d'instruire le personnel soignant. L'avantage de cette approche est que le personnel soignant peut pratiquer et essayer activement les techniques de respiration sur lui-même. L'investissement en temps minimal est neutre en termes de coûts et entraîne une amélioration significative de la qualité de vie des résidents. L'Ateminstitut Schweiz agathe löliger gmbh propose différentes formations et formations continues dans le domaine de la thérapie par la respiration. Cela implique toujours des coûts.

Friction stimulante pour la respiration ASE

La friction stimulante de la respiration développée par Christel Bienstein vise à ralentir ou à maintenir le processus progressif de restriction de la perception. L'objectif est d'inculquer une respiration régulière, calme et profonde. Cela favorise la disposition à l'activité ainsi que la détente et le bien-être. La friction peut également être utilisée chez les patients anxieux. La friction stimulante pour la respiration est une friction rythmée sur le dos du patient. L'application se fait au moyen de lotions non parfumées ou de concentrés d'huiles naturelles, qui peuvent être appliquées en position assise ou couchée. La stimulation externe a un effet automatique sur la respiration. Le fait d'enduire la surface clairement ressentie du dos entraîne chez le patient une respiration profonde et élargie, sans qu'une demande verbale soit nécessaire. La respiration élargie a un effet positif sur l'état général du patient. Le dos est perçu plus consciemment comme une partie du corps pouvant être portée (Hatz-Casparis et al., 2020, p. 55).

Au sein du concept de stimulation basale 2015 de la Maison des générations, l'ASE est définie dans la stimulation basale pour la perception somatique. La friction de stimulation respiratoire a pour but d'activer l'activité respiratoire et de favoriser la perception du dos. Le contact corporel qui en résulte entre le résident et le soignant peut avoir un effet positif sur son état émotionnel. Le résident prend conscience de son propre corps et de la proximité physique du soignant.

A ma connaissance, l'ASE n'a jamais été utilisée dans le cas de Monsieur X. Cependant, en effectuant des recherches approfondies, je suis convaincu que l'ASE aurait pu être utilisée dans la situation émotionnelle de Monsieur X. L'ASE aurait pu avoir un double effet sur Monsieur X. D'une part, une détente anxiolytique et une augmentation du bien-être. D'autre part, l'ASE aurait eu un effet positif sur l'hyperventilation. L'utilisation de l'ASE aurait conduit à un apaisement de la respiration, ce qui aurait eu un effet calmant sur Monsieur X. Dans cette situation anxiogène, on peut toutefois se demander comment Monsieur X. aurait réagi face à moi personnellement. Il s'agissait de notre première rencontre. Pour arriver à un contact physique aussi proche, une confiance mutuelle est nécessaire. L'établissement d'une relation de confiance et de sécurité n'en était qu'à ses débuts pour Monsieur X. et moi. Il aurait également été possible de proposer à M. X. qu'un autre infirmier effectue l'ASE. Cependant, cela aurait également pu contribuer positivement à l'établissement de la relation.

Le concept de stimulation basale de la Haus der Generationen comprend également l'ASE, qui a été formée par l'auteure. A l'avenir, j'aimerais utiliser davantage l'ASE pour calmer les résidents en situation d'anxiété et augmenter leur bien-être. Chez Monsieur X., l'ASE aurait pu être pratiquée en position latérale. Pour cela, on aurait pu utiliser des huiles essentielles anxiolytiques, qui ont une grande importance et sont disponibles dans la maison de retraite et de soins. En raison des changements constants au sein du personnel, il serait peut-être recommandé d'organiser une nouvelle formation. Celle-ci pourrait être dispensée soit par un spécialiste externe, soit par une infirmière interne formée. Je suis toutefois conscient que je peux moi-même apporter une contribution importante. Sur la base de mes connaissances actuelles, il m'est possible de transmettre mon expérience à mes collègues de travail. Un petit investissement en temps lors d'une réunion d'équipe ou lors de l'exécution active sur un résident.

Conception de la relation

Dans son article, Hener (2015) explique qu'une bonne gestion des relations constitue la base des soins. Il est essentiel d'établir une relation de confiance entre les patients et les soignants. Mais une relation de confiance ne s'établit pas d'elle-même, elle doit être construite activement. La notion de confiance ne peut pas être définie comme un état naturel, mais doit plutôt être établie par des actions et des interactions spécifiques. Comment y parvenir malgré le manque de temps et de personnel ? Plusieurs études ont démontré que

que les patients qui font confiance au personnel soignant ont moins peur et se sentent plus en sécurité.

Dans une étude de l'institut Picker, les patients désignent la relation avec les soignants comme l'un des facteurs importants de leur satisfaction. Une gestion consciente de la relation des soignants a un effet positif sur la confiance des patients. Les quatre phases de la relation entre les patients et les soignants, telles qu'elles ont été décrites par la théoricienne des soins Hildegard Peplau dans sa théorie de la relation interpersonnelle, fournissent des points de repère pour la présente étude.

Repères de Hildegard Peplau :

- Phase d'orientation :
- Phase d'identification :
- phase d'utilisation :
- Phase de détachement :

Les systèmes de soins axés sur la personne sont également importants pour façonner la relation entre le soignant et le patient. Le terme d'orientation vers la personne désigne une approche empathique et responsable d'un infirmier envers le patient (Hener, 2015, p. 44-45).

Dans la conduite d'entretiens centrés sur le patient selon Carl Roger, les points suivants sont propices à l'établissement d'une relation professionnelle :

- Congruence
- Appréciation
- Empathie

(Kutschke et al., 2021, p. 1277)

La relation entre Monsieur X. et moi est en phase d'orientation et n'a pas pu être établie de manière optimale en raison de la peur et de mon insécurité. L'établissement d'une relation de confiance nécessite la prise en compte de la biographie ainsi que la collaboration avec les membres de la famille. Cela se fait par le biais d'entretiens et d'observations. Jusqu'à présent, je n'ai pu utiliser que les informations contenues dans le dossier de soins et les déclarations d'autres soignants. Dans la situation décrite, il m'a été possible d'identifier les sentiments d'anxiété de Monsieur X. en l'écoutant activement. Cependant, je n'ai pas compris comment je pouvais aider Monsieur X. De plus, mon attitude empathique et valorisante a eu un effet positif sur la relation, car sinon Monsieur X. ne se serait pas ouvert à moi sur ses sentiments.

La première impression est essentielle pour développer une relation optimale. Mon manque d'assurance m'a toutefois empêché de le faire. Il serait conseillé

aurait été de mieux m'informer auprès de la responsable de jour pour en savoir plus sur Monsieur X. Comme je travaille depuis peu dans le service de l'EMS, j'aurais dû m'orienter davantage sur les points de repère de Hildegard Peplau. La conduite d'entretiens centrés sur le patient selon Carl Rogers représente pour moi un aspect important, qui m'a été très utile dans le cadre de l'établissement de la relation avec Monsieur X. De plus, la biographie, la documentation des soins ainsi que les échanges quotidiens au sein de l'équipe sont d'une grande importance. Je me suis contentée de consulter la documentation des soins, sans demander d'autres informations à Monsieur X. Je n'ai donc pas eu besoin d'en savoir plus.

MITÄNAND - FÄRÄNAND - ZUÄNAND c'est ce que dit la charte. "Anna, l'être humain est au centre des préoccupations. Son expérience de vie, sa sagesse et ses souhaits sont pris au sérieux et respectés. La prise en compte mutuelle des besoins humains fondamentaux (sécurité, sûreté, reconnaissance et estime ainsi que participation et autodétermination) permet une qualité de vie au quotidien" (fiche d'information sur la charte, 2015). En outre, une grande importance est accordée aux valeurs fondamentales : tolérance, responsabilité, confiance, respect, estime, humour et qualité. Je suis consciente que tout ne se déroule pas toujours de manière optimale en raison du manque de temps ou de la pénurie de personnel qualifié. Cependant, la mise en œuvre des approches de la charte ne nécessite ni temps ni argent. Il est plutôt nécessaire que tous les soignants laissent leur action être guidée par leur tête, leur cœur et leurs mains, afin d'accorder quotidiennement leur confiance aux résidents, pour qu'une bonne relation puisse s'établir. La confiance représente un manteau protecteur qui nous entoure. Cela confère aux personnes concernées un sentiment de sécurité et de sûreté. La confiance est un cadeau qui peut être donné ou reçu.

Musicothérapie

La musicothérapie désigne une utilisation ciblée du média musique ou de ses éléments à des fins thérapeutiques. Elle fait appel à la communication non verbale et linguistique ainsi qu'à des moyens et techniques psychologiques. L'offre s'adresse aux personnes souffrant d'états de souffrance, de troubles du comportement et de retards de développement, afin de participer au rétablissement, au maintien ou à l'amélioration de leur santé psychique, mentale et physique.

Dans la rencontre avec les personnes âgées, il faut toujours tenir compte de la vie dans son ensemble. En musicothérapie, les difficultés et les défis sont considérés selon la globalité bio-psycho-sociale. Les problèmes psychiques spécifiques à la vieillesse concernent un quart des personnes de plus de 65 ans. Il s'agit notamment des dépressions, des troubles anxieux, des troubles du sommeil, des troubles de la dépendance et des troubles somatoformes. Pour les personnes âgées, la musique a une grande importance

émotionnelle, elle peut déclencher des souvenirs et

créer des communautés. Il existe de nombreuses preuves concernant les objectifs du travail musicothérapeutique, notamment l'activation des capacités émotionnelles, la rupture de l'isolement, l'apaisement de l'anxiété et l'activité de mémoire comme moyen de compensation des pertes dans le présent. L'éventail des offres musicothérapeutiques spécifiques comprend des livres de chansons et des partitions, des disques, des cassettes et des CD (Decker-Voigt et al., 2020, p. 18, 265-268, 274,276-277).

La musicothérapie ciblée aurait eu, selon moi, un grand effet sur Monsieur X.. Les jours où Monsieur X. était alité, on lui proposait d'allumer la radio. De la musique était diffusée sur demande. J'en suis arrivé à la conclusion que j'aurais pu établir un lien avec les propos de sa fille. Monsieur X. était un membre actif de la chorale de l'église. On peut supposer que la connaissance de chants connus du livre de chants de l'église aurait permis à Monsieur X. de se stabiliser sur le plan émotionnel et d'avoir un effet anxiolytique.

Le silence n'est pas toujours négatif. Au contraire, il est souvent perçu comme un défi par les soignants, raison pour laquelle de la musique est diffusée. Le choix des chansons doit être fait avec attention. Il est essentiel de toujours tenir compte des souhaits et des besoins des résidents. La radio est encore omniprésente pour les résidents actuels des maisons de retraite. Cependant, à l'heure actuelle, il existe d'innombrables autres possibilités d'écouter de la musique. Les coûts ne s'élèveraient qu'à l'achat des appareils électriques. Dans l'intérêt de l'EMS, des thérapies musicales ciblées pourraient également être proposées par des musicothérapeutes, mais cela entraînerait toujours des coûts. Il convient toutefois de mentionner qu'une grande importance est accordée à la musique dans la maison de retraite et de soins. Une fois par semaine, un événement musical est organisé à la cafétéria, ce qui est très apprécié par les résidents.

6. Réflexion

La rédaction du travail de diplôme représentait pour moi une tâche exigeante. J'ai cherché pendant longtemps une étude de cas appropriée. En fin de compte, je peux toutefois constater que ce travail m'a apporté un bénéfice personnel. J'ai pu élargir, répéter et approfondir mes connaissances. La réflexion sur mes actions m'a permis d'avancer dans mon développement. La recherche de sources fondées sur des preuves s'est avérée être un défi en raison de la disponibilité insuffisante de littérature appropriée et de la nécessité de payer pour la littérature. La recherche a permis d'élargir mes connaissances et de changer ma perspective. Cela a permis d'identifier de nombreuses informations et suggestions précieuses qui auraient permis d'aider Monsieur X dans sa situation.

Pour les situations futures et similaires, je suis convaincue que les interventions peuvent être combinées de manière optimale. Cela garantit une harmonie pour la confiance et la sécurité, afin de prendre en charge et de soigner les résidents, les patients et les clients dans leurs craintes. Il faut beaucoup d'attention pour percevoir la communication non verbale de la stimulation basale et l'interpréter correctement. L'établissement d'une relation, que je favorise avec une conviction totale en faisant preuve d'empathie, de congruence et d'estime, constitue une base essentielle à cet égard. Une ASE avec des huiles essentielles anxiolytiques peut soutenir la thérapie respiratoire, un accompagnement musical attentif formant une enveloppe protectrice supplémentaire qui apaise l'anxiété du résident.

A l'avenir, je souhaite être attentif aux personnes qui expriment leurs craintes. Cela ne concerne pas seulement les résidents, les patients ou les clients, mais aussi le personnel soignant. Il est possible d'obtenir un grand effet avec peu de temps et d'argent.

Dans mon rôle actuel d'étudiante, je m'efforce d'apprendre le plus possible et de profiter de l'expérience d'autres infirmières afin de pouvoir travailler comme infirmière diplômée. Je suis consciente qu'il s'agit d'un processus continu visant à élargir mes compétences. Cela peut se faire par le biais de formations et de formations continues. Ce n'est qu'ainsi que je peux prodiguer des soins professionnels, centrés sur le patient, qui visent à garantir la qualité de vie et le bien-être des résidents, des patients et des clients.

7. Répertoire des sources

- Buchholz, T. & Schürenberg, A. (2013). *La stimulation basale dans les soins aux personnes âgées. Suggestions pour l'accompagnement de la vie* (4e édition, revue et augmentée). Huber.
- Office fédéral de la statistique. (2023). *Santé mentale. OFSP.* <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2020). *Lehrbuch Musiktherapie* (3e édition). Ernst Reinhardt Verlag München.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2018). *Diagnostics infirmiers et mesures infirmières*, (6e édition). Hogrefe.
- Hatz-Casparis, M., Roth Sigrist, M., Remer, M. & Schoop, B. (2020). *La stimulation basale dans les soins aigus. Manuel pour la pratique des soins* (2e édition revue et augmentée). Hogrefe.
- Maison des générations St. Anna. (2020). *Manuel des soins aromatiques*. Intranet interne.
- Maison des générations St. Anna. (2015). *Concept de stimulation basale*. Intranet interne.
- Hener, C., (2015). Construire des relations dans les soins : créer la confiance. *L'infirmière des soins infirmiers* 5, 44-45.
- Herber, S. & Zimmermann E. (2022). *Aromathérapie pour la tête et l'âme. Avec des huiles essentielles contre le stress, la fatigue et l'humeur morose*. Eugen Ulmer KG.
- Hornung, R. & Lächler J. (2018). *Connaissances de base en psychologie et en sociologie pour les professions de la santé et des soins infirmiers* (11e édition). Beltz.
- Kasper M. & Kraut, D. (2000). *Respiration et thérapie respiratoire Un manuel pratique pour les soignants*. (1ère édition). Hans Huber.
- Käppeli, S. (2021). *Concepts de soins - Phénomènes dans le vécu des maladies et de l'environnement* (volume 1), 81-86. Hans Huber.
- Morgan, K., & Closs, J., S. (2000). *Sommeil Troubles du sommeil Promotion du sommeil Un manuel pratique protégé par la recherche à l'intention des soignants* (1ère édition). Hans Huber.
- Müller, R., (n.d.) *Angstfreier Leben*, <https://www.angstfreier-leben.de/blog-details-angstfreier-leben/atemtechniken-gegen-panikattacken-und-angstzustaende>
- Kutsche, A. (2021). Les soins infirmiers en cas de maladies affectives à l'exemple de

la dépression. Dans S. Schewior-Popp, F. Sitzmann & L. Ullrich (éd.), *Thiemes Pflege. Le manuel pour les infirmiers en formation* (15e éd.). Thieme.

- Kutsche, A. (2021). L'établissement de relations professionnelles. Dans S. Schewior-Popp, F. Sitzmann & L. Ullrich (éd.), *Thiemes Pflege. Le manuel pour les infirmières en formation* (15e éd.). Thieme.
- Wittwer, H., Schäfer, D. & Frewer, A. (2020). *Handbuch Sterben und Tod Geschichte- Theorie-Ethik* (2ème édition). Springer.

8. Annexe



MB_2018_04_27_Sti
mulation de base
HdG.p



MB_Manuel
soins
aromatiques.pdf