

CONFÉRENCE À LA MÉMOIRE DE HELENE HUDSON

Note de la rédaction : Cet article a été préparé à partir d'une conférence à la mémoire de Helene Hudson, donnée en 2016 à la conférence annuelle de l'ACIO/CANO. Cette conférence a été instituée à la mémoire de Helene Hudson, figure inspirante et dominante au Manitoba en soins infirmiers en oncologie et en soins aux malades.

Compassion, contact, communauté : Préserver des valeurs fondamentales traditionnelles pour répondre aux futurs défis en pratique infirmière en oncologie

par Virginia Lee, Rosemary Reilly, Kate Laux et Andréanne Robitaille

INTRODUCTION

Gâce à l'ACIO/CANO et à Amgen, une conférence à la mémoire de Helene Hudson a été instituée pour continuer à promouvoir l'esprit et la vision de la pratique infirmière en oncologie. Cette conférence plénière spéciale a été une belle occasion de s'arrêter et de réfléchir à ce sujet, dans notre monde en constante évolution.

Sous l'impulsion interdisciplinaire de l'oncologie psychosociale, la compréhension du mieux-être psychologique des patients atteints de cancer a grandement progressé au cours des quatre dernières décennies. Plus de 600 interventions fondées sur des données probantes sont aujourd'hui documentées (Moyer et al., 2009) et l'intérêt suscité par les soins axés sur les patients se maintient (Kitson et al., 2013), ce qui illustre combien le fait de penser aux besoins émotionnels et au mieux-être psychosocial d'un patient est maintenant largement reconnu et

intégré aux soins dans la lutte contre le cancer. Malgré tout, il y a toujours au Canada des besoins émotionnels insatisfaits et il reste beaucoup à faire pour offrir un soutien émotionnel adéquat au moment du diagnostic et durant le traitement (Carlson et al., 2004; Coronado et al., 2017).

Les patients cancéreux vivent constamment dans une certaine détresse émotionnelle, car leur vie est menacée. Qu'ils s'attendent à recevoir des soins empreints de compassion et de soutien émotionnel de la part des professionnels est alors justifié et approprié. Toutefois, répondre dans la pratique à ces besoins risque fort d'être éclipsé par les rapides avancées médicales et technologiques doublées du culte moderne de l'efficacité. Cet article décrit comment un centre de cancérologie canadien a su nourrir la compassion, favoriser le contact et créer un esprit de communauté, individuellement et collectivement, par l'intégration d'activités donnant un sens à la pratique en oncologie.

La technologie a changé la façon dont nous entrons en relation les uns avec les autres. Elle facilite nos échanges virtuels, mais peut aussi nous isoler. Les nouveaux processus destinés à améliorer l'efficacité du système de santé (l'auto-inscription à des points d'enregistrements automatisés, par exemple) dépendent de plus en plus des technologies. Or, vivre avec le cancer est déjà une expérience isolante en soi (Hoey et al., 2008), et une raréfaction des contacts humains, des signaux sociaux et des conversations riches suscitera chez le patient une impression de manque de coordination et de repères confinant à l'anonymat (Thorne, 2005). La quête d'efficacité est certes essentielle pour absorber un nombre croissant de patients, mais tend à négliger les émotions vécues avec la maladie.

La technologie a changé la façon de donner et recevoir l'information. L'Internet a créé un recueil d'information ouvert et largement accessible sur la santé qui contribue vraisemblablement à ouvrir les portes du savoir aux patients, leur donnant plus d'autonomie et de pouvoir décisionnel. Bon nombre d'établissements convertissent du papier à l'électronique la documentation destinée aux patients. Le contenu est raccourci pour tenir compte de la capacité d'attention réduite et des vidéos sont intégrées pour offrir des témoignages de patients (Barnes, Marateo et Ferris, 2007). Cependant, les patients n'ont pas tous la capacité de chercher sur le Web, l'information trouvée n'est pas toujours fiable (McMullan, 2006). À cette ère

AU SUJET DES AUTEURES



Virginia Lee, inf., Ph.D.

Rosemary Reilly, Ph.D.

Kate Laux, M.A., ATPQ

Andréanne Robitaille, B.Sc.inf., M.Sc.

TECHNOLOGIE ET SOINS DE SANTÉ

Il est presque impossible d'imaginer la vie sans Internet. En seulement 25 ans, Internet et l'expansion de la technologie ont imprégné à peu près chaque aspect de notre vie. Bien sûr, on ne peut freiner le progrès! Pourquoi le voudrions-nous d'ailleurs? Mais le progrès s'accompagne d'une responsabilité : celle de soupeser les conséquences venant avec le changement.

de surdépendance à l'électronique, on risque de perdre ceux qui ne sont pas à l'aise avec ces outils.

La technologie a aussi changé la manière de mourir. L'accumulation de percées médicales, d'avancées technologiques et de traitements expérimentaux peut donner une fausse impression de sécurité, celle qu'on peut maintenir indéfiniment à distance notre fin. Cette complexité est venue brouiller les cartes, si bien qu'on ne sait plus ce qu'implique de vivre avec le cancer... ou d'en mourir. Atul Gawande résume succinctement le débat :

« Nous disons bien aux patients en phase terminale qu'il est possible à tout moment de débarquer de ce grand train médical, qu'il suffit de le demander. Or, c'est trop demander pour la plupart des patients et des familles. Le doute, la peur et le désespoir les retiennent, et l'illusoire toute-puissance de la médecine les ensorcelle parfois. Notre responsabilité, en médecine, est de prendre chaque être humain là où il est. On ne meurt qu'une fois, sans vécu auquel se raccrocher pour savoir à quoi s'attendre. Les gens ont besoin de médecins et d'infirmières capables d'aborder ce sujet difficile, de raconter ce qu'ils ont vu, d'aider à se préparer à ce qui s'en vient, pour échapper à la déchéance d'une fin végétative, que très peu recherchent. » (Gawande, 2010) [Traduction]

La technologie a soi-disant facilité notre vie, la rendant plus commode pour beaucoup d'entre nous. Elle évolue cependant si rapidement que nous risquons de perdre de vue les valeurs fondamentales qui confèrent à une personne son identité propre, ces mêmes valeurs qui s'accroissent lorsque la maladie nous met en péril de mort. Les patients n'ont pas tous la possibilité ou le désir d'être branchés sur le monde électronique, mais tous veulent des contacts humains, de la compassion et du respect. Le défi de la vie moderne, c'est de savoir préserver la capacité de soigner avec compassion et de tisser des liens proches dans un monde qui repose de plus en plus sur les innovations technologiques.

LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL, UN BESOIN D'ORDRE

SUPÉRIEUR

En 1943, Abraham Maslow a proposé une théorie psychologique des motivations humaines fondée sur le regroupement des besoins fondamentaux en cinq catégories hiérarchiques (Maslow, 1943). Selon cette théorie, les êtres humains sont d'abord motivés par la satisfaction des deux grands besoins liés à la survie : les besoins physiologiques (manger, boire, rester au chaud, dormir) et les besoins de sécurité (se sentir en sûreté et protégé). Une fois ces besoins de base comblés, les individus peuvent s'élever vers les besoins psychosociaux : besoin d'amour et d'appartenance (avoir des amis, des proches intimes), besoin d'accomplissement (avoir une bonne estime de soi), et besoin de réalisation de soi (sentir qu'on apprend et atteint son plein potentiel comme être humain). En théorie, les individus atteignent la réalisation de soi après une vie longue et bien remplie, à la fin de laquelle ils peuvent se retourner vers passé et faire le bilan de ce qu'ils ont fait, de leur contribution à la société et de leurs legs aux générations futures (Erikson, 1950).

Procéder prématurément à une rétrospective de sa vie confronte bien souvent à la réalité de la mort. De plus, contempler la finitude présente un défi de taille à tout âge. Lorsqu'il est question de cancer, les variations liées au stade de la maladie, à la phase du traitement et à la réceptivité face à la maladie viennent compliquer la situation (Lee et Loiselle, 2012). Envisager sa propre mortalité, c'est un peu comme contempler le soleil : on ne peut le faire que brièvement, sans quoi on s'aveugle à la tâche (Yalom, 1980). Lorsqu'il s'agit de cancer, que les objectifs personnels et les aspirations sont temporairement perturbés ou définitivement freinés, et que l'avenir s'annonce incertain, les besoins psychologiques s'amplifient, et le besoin de réalisation de soi peut s'accroître et devenir plus pressant. Bien qu'en soins de santé on ait trouvé des façons de bénéficier des avancées technologiques pour combler certains des besoins physiologiques fondamentaux de survie, le système santé accuse un retard sur le reste, l'attention et les ressources n'étant pas équitablement

et suffisamment accordées au soutien des besoins fondamentaux d'ordre supérieur que sont l'appartenance, l'estime de soi et la réalisation de soi.

LA RÉALISATION DE SOI PAR DES ACTIVITÉS DONNANT DU SENS

Les approches qui donnent du sens dans un contexte oncologique se sont montrées prometteuses pour atténuer efficacement le fardeau psychologique du cancer (LeMay et Wilson, 1992; Lee et al., 2004; Hensch et Danielson, 2009). L'expression « donner du sens » renvoie aux efforts cognitifs et émotionnels visant à revoir, à reconcevoir et à recadrer certains éléments d'une situation stressante jusqu'à la reconstruction d'un cadre de croyances donnant du sens à l'événement traumatique, et rattachant un sentiment de paix et de finalité (Frankl, 1984; Park, 2010). Sentir que la vie revêt un sens permet de percevoir que les expériences de vie sont ordonnées et utiles (Thompson et Janigian, 1988) et que la récupération après des événements très stressants peut même renforcer son aptitude à la réalisation de soi (Tedeschi et Calhoun, 2013).

Le défi inhérent aux contextes hospitaliers modernes est de trouver le temps, l'espace et les ressources pour que les patients puissent faire cette quête. Bien que les interventions psychosociales donnant du sens soient indispensables et hautement désirées par les patients (Moadel et al., 1999; Kvale, 2007), la diffusion des interventions traditionnelles de quête du sens a été freinée par la honte associée à la santé mentale et à la maladie (Holland, Kelly et Weinberger, 2010), par divers inconvénients pratiques (longs déplacements, listes d'attente, incapacité à suivre des thérapies prolongées, etc.), et par la tendance à offrir ces interventions aux patients dont le cancer est déjà à un stade avancé ou terminal (Hack et al., 2011; Kissane, 2009).

L'occasion de s'attaquer à ces limites s'est présentée au Centre du cancer des Cèdres du Centre universitaire de santé de l'Université McGill, au Québec, lorsque deux approches de quête du sens ont pu être mises en place et

essayées.

La première approche adaptait l'intervention en personne de quête du sens préconisée par Henry et collègues (2010) de même que Lee et collègues (2006a, b, 2008) pour la transformer en un cahier autoadministré par les patients doublé d'un atelier psychoéducatif en groupe proposé chaque mois au centre de ressources oncologiques à but non lucratif de l'hôpital. Pendant sept mois, six ateliers se sont déroulés au centre d'oncologie, chacun accueillant de 3 à 10 participants. En tout, 39 participants ont répondu aux questionnaires d'auto-évaluation mesurant la qualité de vie sur la santé, le mieux-être spirituel et l'auto-efficacité, avant l'atelier, immédiatement après, puis un mois plus tard. Bien qu'aucune différence importante sur l'auto-efficacité, le mieux-être fonctionnel et le mieux-être physique n'ait été relevée, les scores des participants en mieux-être social, accroissement de la foi et mieux-être spirituel **étaient nettement plus forts** immédiatement après l'atelier et un mois après avoir suivi l'atelier et rempli le cahier.

Une seconde étude qualitative (manuscrit en préparation) a exploré auprès de femmes traitées pour un cancer du sein dans un centre de soins tertiaires en cancérologie comment la recherche de sens pouvait être facilitée par des séances d'art-thérapie en groupe. Dix femmes âgées de 41 à 67 ans ont consenti à participer à huit séances d'art-thérapie de deux heures pour ensuite se soumettre à une entrevue enregistrée sur leur vécu et les effets de l'art-thérapie. L'analyse thématique a montré qu'une exposition à un grand éventail de médiums artistiques, guidée par l'art-thérapeute, a permis de libérer des états émotionnels du conscient et de l'inconscient liés au cancer du sein, et de faciliter un lien introspectif sur des relations du passé avec des proches. Chez toutes les participantes, cette profonde introspection a mené ultimement à une redéfinition de leur identité. La création artistique leur a donné l'occasion de se découvrir, de prendre confiance, de trouver de nouvelles façons d'exprimer les émotions, de réduire leur anxiété et de communiquer. La croissance existentielle

était fortement ressentie chez les participantes ne cherchant pas à éviter leur mortalité, mais plutôt à y faire face. Après l'expérience d'art-thérapie, les participantes ont indiqué avoir vécu un profond sentiment de satisfaction, ressentir plus de compassion pour les autres, entrevoir de nouvelles perspectives, se sentir en mesure de mieux répondre aux défis à venir et apprécier davantage la vie.

Il ne s'agit pas ici de talent artistique, mais d'images, de choses que l'on crée et qui ont un sens pour nous.

[Par la création artistique], on documente quelque chose qu'on a traversé. Elle vient modifier notre compréhension d'où l'on se situe et changer notre façon d'être.

Chaque fois que j'explore mon « paysage intérieur » [par l'art], j'en apprend davantage sur qui je suis réellement, sur ma paix intérieure, sur la beauté et la joie d'être moi-même, et je me sens connectée dans tout mon être.

Les limites méthodologiques inhérentes à ces deux courtes études non contrôlées sont reconnues. Toutefois, ces études offrent un aperçu très intéressant du besoin qu'un humain a de réfléchir sérieusement dans l'adversité, et du potentiel qu'ont les approches donnant du sens, d'où peuvent émerger des récits inattendus sur la croissance et la transformation personnelle. S'investir dans la création artistique offre un contexte sécuritaire pour réfléchir en profondeur aux changements personnels et pour historiciser les pertes après des événements traumatisants.

CULTIVER LA COMPASSION PAR DES LIENS ET UNE COMMUNAUTÉ

Comme les activités donnant du sens occupent un rôle primordial auprès des patients atteints de cancer (LeMay et Wilson, 2008; Park, 2010), on peut au niveau organisationnel investir davantage dans les activités qui cultivent la recherche du sens et qui réalisent les besoins fondamentaux d'appartenance, d'estime de soi et de réalisation de soi qu'engendre l'adversité. L'absence d'un tel soutien peut être perçue comme un manque de compassion et une

minimisation des besoins psychosociaux dans les soins oncologiques. Il est essentiel de trouver des occasions de rehausser l'importance des soins psychosociaux aux personnes atteintes de cancer, dans un contexte de soins cliniques complexes.

Récemment, des offres de formation sur la compassion ont été proposées aux professionnels en soins de santé pour tenir compte de l'inquiétude que suscitent le manque de compassion et les soins sous-optimaux prodigués aux patients dans les milieux de soins de santé modernes (Sinclair et al., 2016a). Cela a soulevé un débat épistémologique quant à savoir si la compassion est une prédisposition innée ou s'il est possible de l'enseigner et de la développer (Sinclair et al., 2016b). Nous savons toutefois, grâce à la recherche neurocognitive, que les êtres humains sont physiologiquement conçus pour réagir avec compassion (Marsh, 2011). Nous savons aussi qu'il est possible d'invoquer la compassion plus aisément lorsque le mieux-être des personnes avec lesquelles nous avons des liens est en jeu (enfants, conjoint, amis et collègues). Se montrer compatissant envers des étrangers est moins instinctif. Or, c'est ce que font les infirmières en oncologie, et ce, chaque jour. D'entrée de jeu, tous les patients sont des étrangers que nous apprenons à connaître et avec qui nous développons des liens au fil du temps. D'autres rencontres cliniques sont plus brèves et moins évidentes. Les infirmières en oncologie ont néanmoins démontré qu'elles étaient en mesure, au niveau individuel, de reconnaître et de comprendre la situation des patients par des signaux non verbaux, de l'écoute active et une communication respectueuse. Par conséquent, la valeur de la formation sur la compassion ne résiderait pas tant dans son développement, mais bien dans le maintien de la capacité innée pour la compassion.

L'introduction « d'espaces tierces » dans les établissements de soins de santé serait aussi une autre approche envisageable dans un avenir qui inclura plus d'avancées technologiques et de priorités institutionnelles dictées par l'efficacité, l'économie et d'autres facteurs pouvant porter ombrage aux

soins de compassion. Les « espaces tierces » sont des espaces consacrés qui répondent à la fois aux besoins psychosociaux d'individus et de groupes (Keenan et Miehl, 2008; Oldenburg et Brissett, 1982). Ouverts, neutres et accommodants, ils fournissent un terrain d'entente commun aux personnes dont les antécédents et le vécu sont diversifiés. Dans les établissements de soins de santé, cet espace serait ouvert aux patients, aux membres de la famille et aux professionnels de soins de santé, dans un esprit égalitaire et sans statut hiérarchique. Aucune obligation ne retient les gens, qui sont libres d'aller et de venir à leur guise. Si certaines personnes en viennent à fréquenter régulièrement cet espace dédié, les nouveaux y sont aussi bien accueillis et invités à rester. Les participants s'y sentent reconfortés, nourris et spirituellement ressourcés. Les espaces tierces offrent un lieu réservé à la croissance et à la guérison dans l'adversité.

Au Centre universitaire de santé de l'Université McGill de Montréal, au Québec, l'occasion de créer des « espaces tierces » permanents s'est présentée au Centre du cancer lors de la diffusion des résultats de recherche de l'étude décrite précédemment sur l'art-thérapie. Les salles d'attente impersonnelles du centre ont été transformées en salle d'exposition pour les

œuvres d'art des patients cancéreux. Tous les six mois, un appel est lancé pour obtenir de nouvelles œuvres sur un thème lié à des concepts influençant la croissance psychologique qu'engendre l'adversité (p. ex. l'espoir, l'amour, la paix, la beauté, la résilience et l'appartenance). Des conférences publiques sont régulièrement prévues pour diffuser les résultats de recherche sur les avantages psychosociaux de la création artistique auprès des publics non universitaires, des cliniciens, des représentants des organisations communautaires et de la population en général. Des espaces temporaires de création artistique (appelées « Les Ruches d'art ») sont coordonnés à divers endroits de l'hôpital et des mini-trousses d'art sont remises aux unités d'hospitalisation à l'intention des patients, des membres de leur famille et des professionnels de la santé pour qu'ils constatent par eux-mêmes les avantages liés à la création artistique. Grâce à cette approche à volets multiples, les individus ont pu apprendre (en assistant aux conférences publiques), témoigner (en voyant l'exposition d'art des patients) et expérimenter (en créant eux-mêmes ou en groupe une œuvre d'art) le potentiel associé à la découverte de soi et à la croissance personnelle, même en recevant un traitement dans un centre ultramoderne de soins

tertiaires en cancérologie. Les répercussions des « espaces tierces » dans les établissements de soins de santé montrent qu'il s'agit d'une approche prometteuse et réalisable pour cultiver la compassion, mettre les personnes en relation et créer un sentiment de communauté pour affronter les futurs défis dans la pratique des soins infirmiers en oncologie.

REMERCIEMENTS

C'est avec gratitude que les auteurs reconnaissent le soutien financier du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), et de l'Association canadienne des infirmières en oncologie/Canadian Association of Nurses in Oncology (ACIO/CANO) pour les subventions de recherche décernées. D^{re} Lee a été soutenue par la Bourse salariale aux chercheurs boursiers cliniciens du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Un appui non financier a été fourni par CanSupport des Cèdres, par la Fondation du cancer des Cèdres, par Affaires publiques et planification stratégique du Centre universitaire de santé de l'Université McGill, par le Centre des arts et du patrimoine RBC, et par le Bureau du doyen adjoint, Recherche et études supérieures de la faculté des arts et sciences de l'université Concordia.

RÉFÉRENCES

- Barnes, K., Matteo, R.C., & Ferris, S.P. (2007). Teaching and learning with the Net Generation. *Innovate: Journal of Online Education*, 3(4), Article 1. <http://nsuworks.nova.edu/innovaet/vol3/iss4/1>
- Carlson, L.E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J.H., ... Bultz, B.D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*, 90, 2297–304.
- Coronado, A.C., Tran, K., Chadder, J., Niu, J., Fung, S., Louzado, C., & Rahal, R. (2017). The experience of patients with cancer during diagnosis and treatment planning: A descriptive study of Canadian survey results. *Current Oncology*, 24(5), 332–337.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York, Simon & Schuster.
- Gawande, A. (2010). Letting Go. *Annals of Medicine*, <https://www.newyorker.com/magazine/2010/08/02/letting-go-2>
- Hack, T.F., Carlson, L., Butler, L., et al. (2011). Facilitating the implementation of empirically valid interventions in psychosocial oncology and supportive care. *Supportive Care in Cancer*, 19, 1097–105.
- Henoch, I., & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psycho-oncology*, 18(3), 225–36.
- Henry, M., Cohen, S.R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., ... Mayo, N. (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: A randomized controlled pilot study. *Psycho-Oncology*, 19, 1340–7.
- Hoey, L.M., Ieropoli, S.C., White, V.M. & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counselling*, 70(3), 315–337.
- Holland, J.C., Kelly, B.J., & Weinberger, M.I. (2010). Why psychosocial care is difficult to integrate into routine cancer care: Stigma is the elephant in the room. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 362–6.
- Keenan, E.K., & Miehl, D. (2008). Third space activities and change processes: An exploration of ideas from social and psychodynamic theories. *Clin Soc Work J*, 36, 165–175.
- Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: The challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial

- cancer care. *Psycho-oncology*, 18, 1–5.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine, and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15.
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 320–327.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., & Gagnon, A.J. (2004). Clarifying “meaning” in the context of cancer research: A systematic literature review. *Palliative and Supportive Care*, 2(3), 291–303.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., & Gagnon, A.J. (2006a). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: Development of an intervention and pilot results. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 291–302.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., & Gagnon, A.J. (2006b). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62, 3133–45.
- Lee, V. (2008). The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Supportive Care in Cancer*, 16, 779–785.
- Lee, V. & Loiselle, C.G. (2012). The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliative and Supportive Care*, 10(2), 1–10.
- LeMay, K. & Wilson, K.G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychological Review*, 28, 472–93.
- Marsh, A.A. (2011). Empathy and compassion: A cognitive neuroscience perspective. In J. Decety (Ed.), *Empathy: From bench to bedside*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counselling*, 63, 24–28.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., et al. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-oncology*, 8, 378–85.
- Moyer, A., Knapp-Oliver, S.K., Sohl, S.J., Schneider, S., & Floyd, A.H. (2009). Lessons to be learned from 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *The Cancer Journal*, 15, 345–518.
- Oldenburg, R., & Brissett, D. (1982). The third place. *Qualitative Sociology*, 5(4), 265–284.
- Park, C. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257–301.
- Sinclair, S., Norris, J.M., McConnell, S.J., Chochinov, H.M., Hack, T.F., Hagen, N.A., et al. (2016a). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(1), 6–21.
- Sinclair, S., Torres, M.B., Raffin-Bouchal, S., Hack, T.H., McClement, S., Hagen, N.A., & Chochinov, H.M. (2016b). Compassion training in healthcare: What are patients’ perspectives on training health care providers? *BMC Medical Education*, 16(169), 1–10.
- Thorne, S., Kuo, M., Armstrong, E.A., McPherson, G., Harris, S.R., & Hislop, T.G. (2005). “Being Known”: Patients’ perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psycho-Oncology*, 14, 887–898.
- Tedeschi, L.G., & Calhoun, R.G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York: Brunner Routledge.
- Thompson, S.C., & Janigian, A.S. (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260–280.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.