

Balancing Relationship and Discipline: The Pressing Concern of Mothers of Early-Adolescent Girls

Elizabeth Diem

Les mères de jeunes adolescentes (10-14 ans) éprouvent souvent de la difficulté à gérer les rapports avec leurs filles. Cette étude explore la relation mère-fille du point de vue des mères, dans le but d'identifier la plus grande préoccupation de celles-ci et les stratégies qui peuvent les aider à traiter cette question. Une grille qualitative fondée sur une approche participative féministe a été utilisée auprès de deux groupes de mères demeurant dans des zones socioéconomiquement défavorisées (SES) d'une petite ville de l'Ontario, au Canada, pour une période de 10 semaines. La préoccupation dominante des deux groupes était l'adoption d'un équilibre entre la dimension relationnelle et la discipline. Par le biais d'un questionnaire destiné à explorer les thèmes qui les touchaient, les mères ont acquis le soutien, les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour traiter avec leurs filles. Cette étude d'introduction devrait favoriser la compréhension qu'ont les infirmières de la relation mère-fille vécue dans le cadre de l'adolescence et offre une stratégie prometteuse à l'intention de petits groupes qui pourrait aider les mères à traiter des questions qui les préoccupent.

Mothers of early-adolescent girls (10-14 years) often experience difficulties in dealing with their daughters. This study explored the mother-daughter relationship from the perspective of the mothers, to identify their most pressing concern and the strategies that might help them address this concern. A qualitative design employing a feminist participatory approach was used with 2 groups of mothers living in low socioeconomic status (SES) areas of a small city in Ontario, Canada, over a 10-week period. The most pressing concern of both groups was balancing relationship and discipline. Through the use of questioning to explore their issues, the mothers gained the reassurance, knowledge, skill, and confidence to deal with their daughters. This introductory study should contribute to nurses' understanding of the mother-daughter relationship during adolescence, and it offers a small-group strategy that shows promise in assisting mothers to address their concerns.

The changes experienced by both mothers and their 10- to 14-year-old daughters identify early adolescence as a transitional stage. During puberty, girls experience the convergence of many changes that affect their feelings about themselves and how they relate to others, especially

Elizabeth (Liz) Diem, R.N., BScN, MSc, PhD, is Assistant Professor, School of Nursing, University of Ottawa, Ontario. Her general research interests are the use of qualitative methods and empowering approaches in community-health nursing. Her focus is the promotion of primary health-care principles.

their mothers. Mothers often react with confusion and frustration to their daughter's altered and frequently angry behaviour. The relationship suffers, leaving the daughter more susceptible to risk behaviours, such as taking up drinking and smoking, that are associated with adolescence. Nurses who have a deep understanding of both the mother-daughter relationship during this transitional period and the strategies that might be used to strengthen the relationship are better able to provide appropriate assistance.

Researchers working in developmental and health psychology have found that parental support can protect adolescents from risk behaviours and promote healthy development (Baumrind, 1991; Keating, 1990; Steinberg, 1990). Parents, especially mothers, with few financial resources are in even greater need, since poverty is associated with increased risk behaviours and reduced parenting ability, mental health, and social support (Klebanov, Brooks-Gunn, & Duncan, 1994).

In attempting to address this deficit in the provision of support to mothers of adolescent girls, I used a participatory research approach with two groups of mothers living in low socioeconomic status (SES) areas. The goal was to foster a change in their roles and relationships and to identify a group process that might encourage such a change. This paper focuses on three aspects of the larger study (Diem, 1996-97): (a) the most pressing concern presented by mothers of early-adolescent girls, (b) the strategies used to encourage the women to address this concern, and (c) the implications for nurses working with the mothers of adolescent girls.

Background

At early adolescence, girls face multiple changes and restraints that make it difficult for them to negotiate new relationships within the family, especially with their mother (Brooks-Gunn & Reiter, 1990; Gilligan, 1987; Simmons & Blyth, 1987; Steinberg, 1990). Yet there is a scarcity of studies that seek either to explicate the difficulties from the perspective of mothers or to assist mothers in supporting their daughters.

Early Adolescence as a Transitional Stage for Girls and Their Mothers

Although the relationship of mothers with their early-adolescent daughters is described as affectively charged and characterized by high levels of closeness and discord (Steinberg, 1990), studies tend to dwell on the discord rather than the closeness. For example, several studies

have found that squabbles and "perturbations" are part of the mother-daughter relationship at adolescence and are upsetting to both parties (Collins, 1990; Hill, Holbeck, Marlow, Green, & Lynch, 1985; Smetana, 1991; Steinberg, 1990). The following statements by mothers will serve to illustrate: "We can argue over whether the sky is blue"; "We fight ten times a day over the most ridiculous stuff. It is like being nibbled to death by minnows" (Pipher, 1994, pp. 65-66). A study conducted with mothers and daughters in Britain and the United States found that mothers tended to interpret the conflict as a need for their daughters to separate, while the daughters viewed it as a means of readjusting the connections to accommodate for their growth (Apter, 1990). The need for complete separation as presented by early developmentalists has now been refuted in favour of the need for open communication leading to a renegotiated relationship (Steinberg, 1990), especially for girls (Gilligan, 1982).

Some of the anger and discord can be traced to the developmental and relational changes confronting adolescent girls and their mothers. All early adolescents are faced with a convergence of physical, cognitive, emotional, and social developmental changes (Montemayor & Flannery, 1992). In particular, their newly acquired, and therefore undeveloped, cognitive skills render their understanding of themselves and their relationships erratic and make reasoning with them difficult (Keating, 1990; Pipher, 1994). However, girls face a greater burden of physical and psychological changes at adolescence than boys. They experience puberty 1 to 2 years earlier (Malina, 1990) and must deal with the task of redefining themselves as separate from but related to their mother, a task that boys complete when they are toddlers (Chodorow, 1978).

As well, societal pressures are much greater for girls than for boys. Girls are confronted with a sudden emphasis — on the part of parents, peers, teachers, and the media — on gender role, femininity, and goodness (Brooks-Gunn & Reiter, 1990; Simmons & Blyth, 1987). Girls' cognitive and self-identity changes make them particularly susceptible to societal pressures. Since they can no longer rely on their own patterns of thinking and are altering their relationship with their mother, everything is in turmoil. They become extremely self-conscious and sensitive to the reactions of their peers and others, concerning not only themselves but also their mothers.

In addition, as girls come to realize the oppressed condition of women, they can grow even more critical of any submissive act on the

part of their mothers (Gilligan, 1987; Herman & Lewis, 1989). Brown and Gilligan (1992) found that at adolescence many girls begin to believe that women will like them only if they are quiet and demure, since that is the demeanour of women. In these cases, the daughters might argue and quarrel with their mothers because they are angry at them for not asserting themselves and worry that they will be expected to behave in a similar way.

Their mothers respond to these changes by feeling rejected and experiencing a sense of loss. They feel rejected because they do not understand the source of their daughter's antagonism (La Sorsa & Fodor, 1990; Pipher, 1994), and they experience a great sense of loss because they see their daughter go from being a lively, affectionate girl to being a sad, angry, complicated young woman (Pipher). Parker (1995) explains that mothers' self-esteem depends on feeling love for their child. When, during disagreements, they instead feel maternal hatred, the self-esteem engendered by mother love is transformed into anguished self-doubt. The mothers then move to protect their self-esteem by trying to control either their children or themselves, or vacillate between the two forms of control (Parker).

In contrast to the ample descriptions and explanations of discord found in the literature, little has been written about the closeness of mothers and daughters. Surrey (1991) introduced the concept of self-in-relation after observing the mutual empathy and empowerment that arises from the mother-daughter relationship as each party becomes highly responsive to the feeling states of the other. Yet the close relationship of mother and daughter during childhood (Chodorow, 1978) tends not to continue in adolescence. Brown and Gilligan (1992), in their longitudinal study with girls at a private school, found only two who had close, confiding relationships with their mothers.

Studies to Support Mothers of Adolescent Girls

The support needed by mothers of adolescent girls is not a matter of information alone, although information is a necessary component of support. Since societal pressure is part of the problem, the mothers must be encouraged to think critically and to become empowered. One technique, based on the work of Freire (Wallerstein & Bernstein, 1988), uses questioning within a group to elicit concerns and refine them into a theme or subtheme. Once the reason for the existence of the theme is identified, a manageable problem can be addressed, and, finally, the issue acted upon.

I reviewed a variety of programs in my search for critical thinking and empowering strategies relevant for mothers of adolescent girls. I found programs in the areas of parenting, mutual support groups, community organizing, and participatory research, but no studies that used empowering strategies exclusively with mothers of adolescent girls. However, I did find eight studies that included women or parents, used a small-group process, and were focused on improving communication, social support, or empowerment. The major characteristics of the programs are presented in Table 1.

Two programs did not meet their empowering goal of having participants continue on their own. Both of these programs lacked two components: (1) questioning of assumptions, and (2) early or ongoing evaluation. In contrast, the programs that were able to survive independently of facilitators promoted the posing of critical questions. Overall, programs were likely to succeed if they had the following characteristics: (1) used a clear format such as feminist process (Wheeler & Chinn, 1984), (2) shared the leadership role, (3) developed skills that could be used at home, (4) used ongoing process evaluation, and (5) used problem-posing or asked critical questions.

The five short-term programs met six to 13 times, but for the most part six weekly meetings (Simoni & Adelman, 1993) was not considered sufficient for the groups to develop the confidence to function on their own. Ten to 12 weekly meetings would likely be sufficient if the other characteristics were evident. In addition, the three successful short-term programs involved more than one group. Although not stated directly, it was apparent that the use of two or more groups would facilitate the identification of common issues and processes.

Method

The qualitative methodology used in this study is feminist participatory research (Maguire, 1987). This approach encourages a change in thinking by the women and the researcher and an increase in knowledge and skills that can be used outside the group.

Participants

The study involved mothers of early-adolescent girls living in the two lowest SES areas of a small city in Ontario, Canada. The women were recruited through an explanatory letter distributed to their daughters through the schools. Ten percent responded to the letter. Twenty-three women attended at least one meeting, 19 attended more than one

Table 1 *Characteristics of Programs*

Authors	Number/ duration of meetings	Definite format	Sharing of leadership role	Skills that could be used at home	Ongoing process evaluation	Problem-posing/ critical questioning	Goals reached
Bond, Belenky, & Weinstock (1993)	weekly for 8 months	yes		group problem- solving		yes	yes
Butler & Wintram (1991)	10 weekly meetings for 2 hours		yes	group problem- solving		yes	yes
Flick, Reeses, Rogers, Fletcher, & Sonn (1994)	over 2 years		yes			yes	yes
Maguire (1987)	13 meetings, every 2 weeks	no, but recommended	no	no	no, but recommended	no, but recommended	no
McFarlane & Fehir (1994)	5 years	feminist process	yes	yes	yes		yes
Meredith (1994)	10 weekly meetings for 2 hours		no, but recommended			no, but recommended	no
Simoni & Adelman (1993)	6 weekly meetings — 12 recommended	yes	yes	group problem- solving			not completely
Unger & Nelson (1990–91)	11 weekly	yes	yes	yes	no, but recommended		yes

meeting, and 15 remained at the end of the 10 meetings. The characteristics of the 19 women who attended more than one meeting were: (a) 10 (53%) stated their cultural background as Canadian; the other cultures were Ojibwa, French, Polish, Italian, and Finnish; (b) 10 (53%) had one or two children; the remainder had three or more; and (c) 32% had not completed high school; 32% had completed high school or had some college education, 26% had a college diploma, and 10% had a university education.

A group was formed in each of the two low-SES areas. The women in each group were typical of the population in their area in terms of cultural background and education; however, they had lived in the area longer than the average resident. The women who remained in the study had lived in the area longer than those who left.

The two groups had similar proportions for the following characteristics: (a) number and type of cultural backgrounds, (b) range of educational levels, and (c) number of children. The two groups differed in the age of the women: in one group the average age was 38 years, in the other 41 years.

Procedure

An ethical review was completed by two universities and two school boards. An explanatory letter was distributed in the two lowest SES areas of the city (Statistics Canada, 1992). I met with the women who had responded to the letter, either individually or in pairs, to describe the study and obtain their informed consent. I explained that each meeting would be audiotaped and that pseudonyms would be used in all written material. I left them with the question "What would you like from the group?" to consider for the first meeting.

Each group had 10 scheduled weekly meetings. The first group began meeting at the beginning of April 1995, the second group 3 weeks later. Most meetings followed a set format: (1) announcements, (2) review of how each person is feeling, (3) review of previous meeting, (4) selection of topics for discussion, (5) group discussion, and (6) summary by each woman of the help she received or would like to receive and comments about the group process (Simoni, 1990; Wheeler & Chinn, 1984). The review of the previous meeting included playing excerpts of the audiotapes and reading a portion of the transcripts or a verbal summary by one of the mothers or me (Bond, Belenky, & Weinstock, 1993).

Analysis

The preliminary analysis to determine the most pressing concern of the women began during the 10 scheduled meetings. Between meetings, I selected a short passage from the transcript to be played back to the group at the next meeting and I prepared questions to encourage discussion of the passage. I tested emerging themes by reflecting them back to the women and comparing them to issues raised in subsequent discussions (Graham, 1984; Reinharz, 1983; Stevens, 1989; Thompson, 1992) and to issues raised in the other group.

I defined a theme as a group of similar concerns or issues raised in both groups over more than one meeting. I defined a critical idea as an emancipatory change in thinking or a liberating change in a relationship that occurred as a result of group discussion. A critical idea was identified in the transcripts when a woman declared that she had learned something from the group, made a statement indicating that her views had changed, or described a situation that had altered over the course of the meetings.

Validity

Lincoln and Guba's (1986) criteria for authenticity are consistent with an empowerment agenda (Rappaport, 1990). Lather (1991) builds on the work of Reason and Rowan (1981) and earlier work by Lincoln and Guba to reconceptualize validity appropriate to a more just social order. I expanded on Lincoln and Guba's definitions to include the points made by Lather. Lincoln and Guba's five criteria for authenticity are: fairness, ontological authentication, educational authentication, catalytic authentication, and tactical authenticity. The only criterion I did not follow was educational authentication. I present my use of tactual authenticity as an example for the remaining criteria.

Tactual authenticity is reported in the evaluation of the women's critical ideas and any feelings of increased control or empowerment that they may have had. Evidence of empowerment is provided by the women reporting changes in their thinking or their lives as a result of the group discussions. It is also evidenced by recycling the descriptions, emerging analysis, and themes through at least a subsample; they responded with a click of recognition and a "yes, of course" reaction instead of a "yes, but" one (Lather, 1991). Lather cautions that face validity may be impeded by false consciousness or a willingness to please the researcher but should be considered a necessary if insufficient approach to establishing data credibility. For example, I did feel

that the women were trying to please me in the first data-analysis meetings and were overwhelmed by the amount of information I presented. I changed my approach to one of asking them questions in order to elicit their input rather than providing an abundance of information at any one time.

Results

The concern that had brought mothers to the first meeting was the changed and confusing behaviour of their daughters. After they heard each other's concerns, they started to deal with the difficulties they were experiencing.

The Most Pressing Concern

Once the women had introduced themselves at the first meeting, they were asked the question they had been left with at the preliminary interview: "What would you like from the group?" After very little prompting, the difficulties they were having with their daughter came pouring out. This continued to be the most frequent topic in the first few meetings. The difficulties related to their daughter's anger and changed behaviour, their uncertainty about dealing with their daughter, and their desire to have a calm, enjoyable mother-daughter relationship. The following statements illustrate the altered behaviour of their adolescent daughters:

Communication — how she's changed! Like, she went from this innocent little girl to just, I don't know, I can't describe it.

Are all teenage girls dizzy? ...she's off in la la land. You'll talk to her and she'll be sitting there... Five minutes after I told her... "Did you load the dishwasher?" "Oh, I forgot."

Their own feelings of uncertainty:

...learn how to deal with mouthiness...I don't know if it's mouthiness.

Anger on the part of their daughters:

...how angry she was, not angry but she...but she's a wonderful kid until she gets in that mood...

...she won't take no for an answer; it's got to be her way.

Marg, a mother of two adolescent girls, gave the following description of the anger, variability, and change that she faced on a daily basis:

One will have a good day. One will get up in the morning, she's the sweetest thing that hit the floor. The other one, she's just...no, no way, like

she crawled out of bed and hit the wall...you can't please her, nothing. Like, the socks aren't right, the shirt's not right — "Where are my jeans? I don't want those jeans. Where are the other ones? Didn't you wash them?" Meanwhile...I do four loads of laundry a day. No, she's never satisfied. Then the other one...when they come home from school I'm prepared for the one that left like the Wicked Witch of the West. She comes in...smiles, absolute angel. The other one comes in...grrrr, like she's going to take a strip off the cat and everybody else in the way. And then, uh, whoa — like, what happened? I was prepared for you, not her. But it's, oh, it's fun. One of these days I'll catch them both in a good mood at the same time and I won't know what hit me!

As the mothers described it, their daughter's altered behaviour and anger could arise for no apparent reason or in response to a request by her mother. Such requests usually revolved around clothing, household tasks, or homework. The mothers felt they had a right to make these requests but were apprehensive because they did not know what response they would get. They felt they should discipline the girls for their behaviour but were uncertain about where and how to do so.

Despite the difficulties, the mothers wanted to be able to talk to and have a closer relationship with their daughter. The following conversation exemplifies this desire:

Lee: Maybe we'll be able to learn to communicate better here and be able to, you know, without hollering...

Marg: Without the tears and the slamming of doors and the "I hate you's"? Like, that would be nice.

Kris: Wouldn't it! Wouldn't it be wonderful?

In the example above and in other conversations, the mothers used the word *communicate* to mean more than merely exchange information. To them, when they could communicate freely with their daughters they would also have a meaningful relationship with them.

Strategies for Addressing the Concern

When a mother presented a difficulty with her daughter, I would ask questions to encourage her to explore the situation and to encourage the other mothers to share their experiences. The mothers soon followed my example and began questioning each other. The following statements were made as they began to recognize similarities:

We have common problems, you know, and it's nice to actually hear that your kids are suffering from the same thing mine are. It's not me making...

The Pressing Concern of Mothers of Early-Adolescent Girls

I don't feel so bad, like my kids are so useless, any more.

But I think the nice thing to know is that everybody has the same sort of problem, like with discipline...

When the mothers recognized that their concerns were similar, they began to explore the reasons for the altered relationship by questioning their attitude, ways of communicating, and discipline. For example, one group held a long discussion about getting the girls to do what their mother wanted, such as wearing a cap and mittens or cleaning their room. Betty responded by saying, "Don't sweat the small stuff, 'cause bigger steps come along." This statement became a mantra for the group. The other group discussed the difficulty of enforcing their rules for being home on time when they had trouble with punctuality themselves. Both groups were questioning the need for rigid control. As a result, at different times and in different ways they began to experiment with relaxing control, and they enjoyed reporting their successes back to the group:

Marg: Since I've been coming here I've lightened up a bit.

Pam: I'm more relaxed. I've been trying not to say, "Do you have homework?"

A natural evolutionary step from the questioning strategy I encouraged was group problem-solving. The women first engaged in group problem-solving, then arrived at the principle of logical consequences for behaviour, and finally used the principle in situations with their children:

Betty: I have a younger daughter who's almost impossible to move in the morning. Sarah said to tell her that she goes in pyjamas, unfed. I did that. Now she's really good and ready to go.

Marg: Well, they were late for soccer last Tuesday because they didn't clean up when they were told. They didn't get to go on right away...like on the first line. They were not happy. Well, I thought it was perfect. That worked out even better, because lots of times there's not enough kids and they have to, like...so there's no consequences.

The aim and process of finding logical consequences gave the women a sense of authority and direction in their relationship with their children. They also were excited by the critical idea that they could help each other.

A critical idea that emerged more slowly than difficulties was that they needed to recognize and share the positive experiences they had had with their daughters. At the first meeting one mother mentioned

the importance of focusing on the positive experiences. Others eventually followed suit. This conversation occurred at the fourth meeting:

Kris: Part of my Mother's Day gift was a poem — two poems, actually — that she had written for me that I couldn't read aloud...because I cried, really choked up. And that was what she wanted for a response. And it's funny how the things that they think of on their own are so much right from their heart, you know. They're so much more special.

Liz: I was remembering Betty. Getting the gift for her daughter that she just loved, you know.

Belle: It was like our having the dance on the lawn. It's the connection. It was there, and I felt that nothing could have been better than that right there.

These moving experiences emphasize the thrill the women got from sharing with the group a positive experience with their daughter.

The mothers' interest in discipline and connection decreased dramatically by the fourth or fifth meeting, when they had begun to have successes at home. Yet the changes continued. At a later meeting one mother reported that her daughter had called her "cool," and at the final evaluation another mother said that she was finally able to say "no" to her daughter without then changing her mind. Based on their statements, it became clear that three mothers in each group experienced a definite change in their relationship with their daughter.

Discussion

The mothers in this study displayed the same concern and frustration with their daughters' attitude and behaviours as documented in the literature. They reacted to their daughter's anger by feeling rejected and trying to control her but were uncertain about their response (Parker, 1995; Urwin, 1985). The daughters sensed the mother's desire to please and became even more demanding (Gilligan, 1987; Herman & Lewis, 1989), even when she was trying to please them. Attempts at strict control were not effective either in getting the girls to comply with their wishes or in promoting the mother-daughter relationship. When the mothers heard similar stories from others, they broke through the myth of a "perfect," anger-free mother-relationship. The commonality allowed them to consider other reasons for their daughter's hostility, such as her developmental stage, rather than blaming themselves. By not feeling compelled to monitor their daughter's every movement, the women could be more open to listening and responding to their daughter rather than trying to control her.

Although they relaxed their control, the women did not relinquish their control entirely. Through questioning and group problem-solving, they learned how to determine and apply logical consequences of disruptive behaviour. By choosing important issues with logical consequences, they were successful in having their rules obeyed. At the same time they seemed to gain respect from their daughters.

The mothers also explicated the positive aspects of their relationship with their daughters that were not apparent in the literature. Although the difficulties were compelling at first, they soon recognized the importance of the enjoyable times they shared with their daughters. The group meetings provided them the opportunity to share their moments of enjoyment along with examples of their changed attitude and enhanced ability to discipline.

Several critical ideas led to a better balance between discipline and connection. The mothers gained reassurance, knowledge, skill, and confidence. This allowed them to view situations with their daughters more dispassionately, consider different options, and reach decisions that they were more comfortable with and that allowed their children more choice. The women's relationship with their daughter improved, not just because they were provided an opportunity to vent, but also because they were encouraged to question and use critical thinking.

Implications for Nursing

Two aspects of this study are important for nursing. First, it contributes to an understanding of the most pressing concern of mothers of early-adolescent girls. With this understanding, nurses can encourage mothers to share their experiences, consider the multiple challenges facing them and their daughter, and question their present attitudes and approaches. Approaches such as relaxing control, using logical consequences for disruptive behaviour, and seeking positive experiences could be offered.

Second, the study describes a strategy for helping mothers to share their concerns with others in the same situation. The women were drawn to the group because they wanted to talk about their daughters. They stayed because they could address issues that were important to them. Through ongoing evaluation, I found that the following elements of the strategy were important to the women: (1) initial individual interview before the meetings were begun; (2) a format that fosters openness, support, and exploration; and (3) opportunities to learn and apply problem-solving and group skills that can be used at home. I found that

three characteristics of the meetings encouraged the women to empower themselves and the group: (1) a democratic or feminist format that allows women to identify and explore their own concerns for at least a portion of the meeting, (2) a questioning approach to their concerns, and (3) a method or methods for re-examining issues and concerns from previous meetings. The role of a facilitator is important in the beginning, to establish the three characteristics.

Although this introductory study shows promise for working with mothers of early-adolescent girls, there is a need for further research using the approach with mothers in different locations, in order to identify the empowering aspects that are applicable across settings. Both for the mothers' emerging theme and for group process, the use of the two concurrent groups was invaluable as a means of cross-validation.

References

- Apter, T. (1990). *Mothers and daughters during adolescence*. New York: Fawcett Columbine.
- Baumrind, D. (1991). The Influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Bond, L., Belenky, M., & Weinstock, J. (1993). *Promoting epistemological development and parenting skills of rural, impoverished mothers*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 357 840 (N).)
- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E. (1990). The role of pubertal processes. In S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 16-53). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, L., & Gilligan, C. (1992). *Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Butler, S., & Wintram, C. (1991). *Feminist groupwork*. Newbury Park, CA: Sage.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.
- Collins, W. (1990). Parent-child relationships in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect and cognition. In G. Montemayor, G. Adams, & T. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transition period?* (pp. 85-106). Newbury Park, CA: Sage.
- Diem, E. (1996-97). Empowerment for mothers of early adolescent girls in low SES neighbourhoods. *Dissertation Abstracts International*, 58(01), 134B (University Microfilms No. AAC97-19343).
- Flick, L., Reese, C., Rogers, G., Fletcher, P., & Sonn, J. (1994). Building community for health: Lessons from a seven-year-old neighborhood/university partnership. *Health Education Quarterly*, 21, 369-380.

The Pressing Concern of Mothers of Early-Adolescent Girls

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1987). Adolescent development reconsidered. In C. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 63-92). San Francisco: Jossey-Bass.
- Graham, H. (1984). Surveying through stories. In C. Bell & H. Roberts (Eds.), *Social researching: Politics, problems, practice* (pp. 104-124). London: Routledge & Kegan Paul.
- Herman, J., & Lewis, H. (1989). Anger in the mother-daughter relationship. In T. Bernay & D. Cantor (Eds.), *The psychology of today's woman* (p. 150). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hill, J., Holbeck, G., Marlow, L., Green, T., & Lynch, M. (1985). Pubertal status and parent-child relation in families of seventh-grade girls. *Journal of Youth and Adolescence* 14, 301-316.
- Keating, D. (1990). Adolescent thinking. In S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klebanov, P., Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. (1994). Does neighborhood and family poverty affect mothers' parenting, mental health, and social support? *Journal of Marriage and the Family*, 56, 441-455.
- La Sorsa, V., & Fodor, I. (1990). Adolescent daughter/midlife mother dyad. *Psychology of Women Quarterly*, 14, 593-606.
- Lather, P. (1991). *Getting smart: Feminist research and pedagogy with/in the post-modern*. New York: Routledge.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. In D. Williams (Ed.), *New directions for program evaluation* (pp. 99-132). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maguire, P. (1987). *Doing participatory research: A feminist approach*. Amherst, MA: Center for International Education, University of Massachusetts.
- Malina, R. (1990). Physical growth and performance during the transition years (9-16). In R. Montemayor, G. Adams, & T. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transition period?* (pp. 41-62). Newbury Park, CA: Sage.
- McFarlane, J., & Fehir, J. (1994). De Madres a Madres: A community, primary health care program based on empowerment. *Health Education Quarterly*, 21, 381-394.
- Merideth, E. (1994). Critical pedagogy and its application to health education: A critical appraisal of the Casa en Casa model. *Health Education Quarterly*, 21, 355-367.
- Montemayor, R., & Flannery, D. (1992). Making the transition from childhood to early adolescence. In R. Montemayor, G. Adams, & T. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transition period?* (pp. 291-301). Newbury Park, CA: Sage.
- Parker, R. (1995). *Mother love/mother hate: The power of maternal ambivalence*. New York: Basic.

- Pipher, M. (1994). *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine.
- Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology* (pp. 51–63). Washington: American Psychological Association.
- Reason, P., & Rowan, J. (1981). Issues of validity in new paradigm research. In P. Reason & J. Rowan (Eds.), *Human inquiry* (pp. 239–252). New York: Wiley.
- Reinharz, S. (1983). Experiential analysis: A contribution to feminist research. In G. Bowles & R. Klein (Eds.), *Theories of women studies* (pp. 117–139). London: Routledge & Kegan Paul.
- Simmons, R., & Blyth, D. (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and the school context*. New York: Aldine de Gruyter.
- Simoni, J. (1990). School-based mutual support group for parents: An intervention guidebook. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 340 966.)
- Simoni, J., & Adelman, H. (1993). School-based mutual support groups for low-income parents. *Urban Review*, 25, 335–350.
- Smetana, J. (1991). Adolescents' and mothers' evaluation of justifications for conflicts. In R. Paikoff (Ed.), *Shared views in the family during adolescence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Statistics Canada. (1992). *Profile of census, divisions and subdivisions in Ontario, parts A and B. Census 1991*. Catalogue #95-337. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family. In S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255–276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stevens, P. (1989). A critical social reconceptualization of environment in nursing: Implications for methodology. *Advances in Nursing Science*, 11, 56–68.
- Surrey, J. (1991). The self-in-relation: A theory of women's development. In J. Jordon, A. Chaplain, I. Miller, & J. Surry (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Centre* (pp. 51–66). New York: Guilford.
- Thompson, L. (1992). Feminist methodology for family studies. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 3–18.
- Unger, D., & Nelson, P. (1990–91). Evaluating community-based parenting support programs: Success and lessons learned from empowering parents of adolescents. *Journal of Applied Social Sciences*, 15, 125–152.
- Urwin, C. (1985). Constructing motherhood: The persuasion of normal development. In C. Steedman, C. Urwin, & V. Walkerdine (Eds.), *Language, gender and childhood*. London: Routledge & Kegan.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15, 379–394.

Wheeler, C., & Chinn, P. (1984). *Peace and power: A handbook of feminist process*. Buffalo, NY: Margaret daughters.

Author's Note

Financial assistance for this study was provided by Lakehead University, University of Texas Fellowship, and Epsilon Chapter of Sigma Theta Tau, School of Nursing, University of Texas at Austin. The author also acknowledges the assistance of Beverly Hall, RN, PhD, FAAN, Chair of the Dissertation Committee, and the women who participated in the study.

Correspondence concerning this research may be sent to E. Diem, School of Nursing, University of Ottawa, 451 Smyth Road, Ottawa, ON K1H 8M5 Canada.

Besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde et en phase II de leur réadaptation cardiaque

Gisèle Richard et Sylvie Robichaud-Ekstrand

The goal of this study was to determine the perceived cognitive and psychosocial needs of post-myocardial infarction women during phase II cardiac rehabilitation and to identify nursing priorities for the development or modification of teaching and support programs. The sample comprised 40 women aged 39 to 82 (mean age = 68). Participants completed an instrument developed by the first author. A needs-analysis inductive approach was used to identify 19 nursing priorities. Cognitive needs included information about cardiac disease, what physical and psychological changes to anticipate during rehabilitation, and improved quality of teaching. Psychosocial needs included support from a nurse, doctor, or family member — including help in allocating family responsibilities. Women under 65 were more concerned with cognitive needs, those 65 and older with psychosocial needs. Educational and income levels did not influence perception of needs. A larger study with French-speaking women of different age groups and cultures is warranted to further examine the cognitive and psychosocial processes that facilitate adaptation after a cardiac event.

Le but de cette étude était de décrire les besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde (IM) lors de la phase II de leur réadaptation cardiaque et d'identifier des priorités d'actions infirmières conduisant à l'élaboration ou à la modification de programmes d'enseignement et de soutien. L'échantillon se composait de 40 femmes âgées de 39 à 82 ans, avec une moyenne d'âge de 68 ans (ET = 8,9 ans). Le taux maximal de l'enzyme CPK lors de l'IM était de 1394 ± 1135 U/L en moyenne, produisant une fraction d'éjection de 49 ± 8 %. Les participantes ont complété un instrument traitant des besoins des patientes cardiaques. Les alphas de Cronbach de cet instrument étaient de 0,69 pour l'importance des besoins et de 0,80 pour les besoins comblés. Une approche inductive d'analyse de besoins a permis d'identifier 19 priorités d'actions infirmières. Les besoins cognitifs regroupaient l'information à recevoir sur la maladie cardiaque, les changements à anticiper lors de la période de réadaptation et la qualité de l'enseignement offert. Les 9 besoins psychosociaux concernaient le soutien que les femmes désiraient obtenir provenant soit d'une infirmière, d'un médecin ou des membres de leur famille dans le but de partager leurs émotions et de planifier le partage des responsabilités familiales. Certaines caractéristiques personnelles ont influencé le degré d'importance et de satisfaction des besoins. Les besoins cognitifs étaient plus importants

M^{me} Gisèle Richard, inf., M.Sc., est assistante infirmière chef dans une unité de soins intensifs. M^{me} Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D., est professeure agrégée à l'Université de Montréal et détient un poste conjoint en recherche à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

que les besoins psychosociaux chez les femmes de moins de 65 ans ($p = 0,02$); tandis que les femmes plus âgées ont indiqué un degré inférieur de satisfaction quant à leurs besoins psychosociaux ($p = 0,03$). Les niveaux d'éducation ($p = 0,81$) et de revenu ($p = 0,34$) n'ont pas influencé la perception des besoins. Une étude est suggérée auprès d'un plus grand nombre de femmes de langue française provenant de différents groupes d'âge et de diverses cultures qui examinerait les processus cognitifs et psychosociaux améliorant l'adaptation à la suite d'un événement cardiaque.

Introduction

La maladie coronarienne est la cause principale de mortalité et de morbidité au Canada (Health Report, 1995). En 1992, 20 143 Canadiennes et 37 310 Canadiens ont subi un infarctus du myocarde (IM) aigu. Les taux de morbidité se situent ainsi, à 145 pour les femmes et à 276 pour les hommes par 100 000 habitants (Health Report, 1995). Depuis les cinq dernières années, le taux d'IM chez les femmes âgées de plus de 55 ans a augmenté plus rapidement que celui chez les hommes, soit de 7,6 % et 5,9 %, respectivement (Health Report, 1990, 1995). Malgré l'ampleur de la maladie coronarienne chez les femmes, peu d'études concernant la réadaptation cardiaque ont été entreprises auprès de cette clientèle (Beery, 1995; Benson, Arthur et Rideout, 1997; Hirsch et Meagher, 1984; Moser, Dracup et Marsden, 1993; Murdaugh et O'Rourke, 1988; Sharpe, Clark et Janz, 1991).

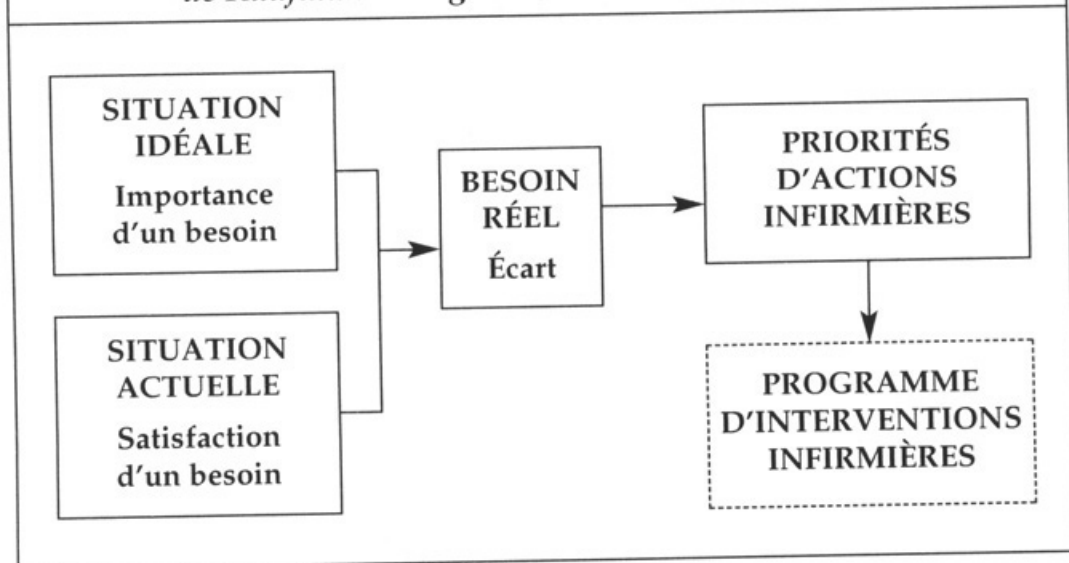
Les écrits scientifiques concernant les caractéristiques physiques des femmes qui ont subi un IM rapportent que celles-ci ont tendance à développer plus de complications cardiovasculaires et présentent plus de limites physiques que les hommes (Wenger, 1989; Young et Kahana, 1993). Leur risque d'être victime d'un second IM est deux fois plus grand (Harrison, 1992). Elles démontrent des taux plus élevés d'insuffisance cardiaque, de rupture cardiaque et d'accidents cérébraux (Wenger; Young et Kahana). Les femmes présentent aussi plus de symptômes d'angine, de palpitations, de dyspnée et de fatigue (Canistra, Balady, O'Malley, Weiner et Ryan, 1992; Shanfield, 1990; Young et Kahana). Conséquemment, leur tolérance à l'effort en est réduite (Rankin, 1990; Sharpe et al., 1991). Souvent, elles ne peuvent marcher que de courtes distances et évitent de monter des escaliers (Sharpe et al.). Elles présentent donc généralement plus d'invalidité cardiaque que les hommes (Nickel et Chirikos, 1990; Parchert et Creason, 1989; Sharpe et al.).

Les caractéristiques psychosociales et comportementales des femmes sont aussi différentes comparativement à celles des hommes (Nickel et Chirikos, 1990; Sharpe et al., 1991). Les perceptions de leur

état de santé et de leur capacité physique, leur sentiment de culpabilité, leur niveau de détresse émotionnelle ainsi que leur efficacité personnelle perçue sont les facteurs psychologiques qui influencent le plus la réadaptation cardiaque des femmes (Low Graft, 1993). Habituellement, les femmes se perçoivent comme étant plus malades que les hommes (Mickus, 1986). Étant donné qu'elles présentent généralement plus d'invalidité cardiaque suite à l'IM, la reprise des activités quotidiennes requiert plus de temps et d'énergie. Elles développent ainsi un sentiment de culpabilité puisqu'elles ressentent de la difficulté à maintenir leurs rôles multiples (épouse, mère [grand-mère], ménagère, employée) (Hamilton et Seidman, 1993; Murdaugh et O'Rourke, 1988). Afin d'atténuer ce sentiment inconfortable, elles diminuent l'importance de leurs symptômes et réorganisent leurs tâches domestiques tout au long de la journée pour atteindre les mêmes buts (Johnson et Morse, 1990). Par contre, les femmes maintiennent leurs mêmes responsabilités familiales, reprennent leurs activités domestiques à moins d'une semaine après le congé de l'hôpital et refusent souvent d'être aidées dans leur travail à la maison (Hamilton et Seidman; Kuhn et Rackley, 1993). On remarque également une diminution de leur motivation, de leur participation et de leur fidélité aux programmes de réadaptation cardiaque, possiblement puisque ceux-ci ont été généralement développés pour répondre spécifiquement aux attentes des hommes (Low Graft; Young et Kahana, 1993). Quant aux facteurs qui influencent la détresse émotionnelle, ils sont reliés au pronostic plus sombre des femmes, à la présence de symptômes plus fréquents ou accentués, à leurs attentes personnelles élevées ou imposées par leur entourage, au manque de soutien social et conjugal ainsi qu'à une plus grande instabilité financière (Canistra et al., 1992; Loose et Fernhall, 1995). Les caractéristiques identifiées spécifiquement chez les femmes suscitent des interrogations au sujet de leurs besoins cognitifs et psychosociaux qui surviennent lors de leur réadaptation cardiaque.

Selon Kaufman et English (1979), le besoin est défini comme étant un écart entre la situation idéale et la situation actuelle. La situation idéale est ce qui devrait être pour les individus, c'est-à-dire, l'importance accordée à un besoin; tandis que la situation actuelle reflète ce qui est; la satisfaction des personnes vis-à-vis ce besoin. L'écart entre l'importance et la satisfaction d'un besoin crée un besoin réel qui amène à l'identification des priorités d'actions infirmières. Par la suite, ces priorités d'actions permettent d'élaborer ou de modifier les programmes d'interventions infirmières. Le modèle inductif de Kaufman et English a été utilisé dans la présente étude.

Figure 1 *Modèle inductif d'analyse de besoins de Kaufman et English (1979)*



L'objectif principal de ces programmes d'interventions infirmières vise à augmenter les connaissances et à apporter un soutien aux participants (Mills, Barnes, Rodell et Terry, 1985; Raleigh et Odtohan, 1987; Steele et Ruzicki, 1987). Cependant, les témoignages récents de femmes victimes d'IM démontrent que l'information offerte par les infirmières, dans les enseignements actuels en réadaptation cardiaque, ne reflètent pas leurs besoins et leurs préoccupations (Benson et al., 1997). Elles déplorent le manque d'écoute de la part des intervenants ainsi que de ressources disponibles pour satisfaire leurs besoins spécifiques. Elles ont le sentiment de vivre dans un monde d'hommes et qu'un protocole de routine est suivi. Il est donc important de s'assurer que le contenu des enseignements soit aussi adapté d'après les besoins spécifiques des participantes.

Certains écrits scientifiques ont identifié quelques besoins cognitifs et psychosociaux de patients victimes d'un IM, mais surtout auprès des hommes (Moser et al., 1993; Orseck et Staniloff, 1987). Les besoins cognitifs des hommes font référence à l'acquisition de connaissances favorisant leur compréhension et leur adaptation face à leur état de santé. Par exemple, les hommes cardiaques désirent être renseignés sur : leur condition cardiaque actuelle; l'évolution de leur maladie; les problèmes à anticiper durant leur réadaptation; les changements à apporter à leur mode de vie et les moyens pour les réaliser; la conduite à suivre en cas d'urgence; et les comportements à adopter afin de diminuer leur anxiété et celle de leur conjointe (Moser et al.; Orseck et

Staniloff). Ils désirent recevoir l'information dans un langage simple et facile à comprendre. Par contre, ils sont moins intéressés à recevoir de l'information sur la reprise des activités sexuelles et à discuter de leurs problèmes financiers (Moser et al.). Pour leur part, les besoins psychosociaux comprennent l'ensemble des attitudes, des émotions et des comportements aidant à la réadaptation. Les besoins psychosociaux rapportés par les hommes sont les suivants : l'espoir de préserver une bonne qualité de vie ; d'être respecté ; de préserver une bonne estime de soi ; de sentir que les personnes significatives ont leur bien-être à cœur et qu'elles respectent leur liberté en ce qui concerne la reprise de leurs activités (Moser et al.). Contrairement aux femmes, participant à l'étude de Moser et al., les hommes identifient leurs besoins cognitifs comme étant plus importants que leurs besoins psychosociaux.

Une des rares études réalisées uniquement auprès de femmes ayant subi un IM aigu ($N = 14$) rapporte que les relations interpersonnelles occupent une place primordiale pendant leur réadaptation cardiaque (Benson et al., 1997). Cependant, ce besoin est considéré aussi important que celui de connaître les approches à utiliser pour le traitement et le diagnostic de la maladie cardiaque. De plus, les femmes souhaitent que leur conjoint et les autres membres de la famille soient guidés afin de pouvoir les soutenir adéquatement. Elles mentionnent que l'information reçue avant le départ de l'hôpital ne leur permet pas de se préparer à leur convalescence à domicile, ni de connaître les ressources dans la communauté. Les types et l'ordre de priorité de besoins entre les femmes et les hommes victimes d'un IM diffèrent assez pour que les infirmières adaptent leurs programmes d'interventions.

Plusieurs auteurs ont également rapporté que l'ordre de priorité des besoins des patients cardiaques se modifie durant les différentes phases de la réadaptation cardiaque (Karlik et Yarcheski, 1987 ; Wingate, 1990). Dans la présente étude, nous avons choisi de décrire les besoins de femmes durant la phase II de la réadaptation cardiaque ; la période de convalescence à domicile, entre la sortie de l'hôpital et 12 semaines suite à l'IM. Le choix de cette phase est important puisque la durée du séjour hospitalier est de plus en plus réduite. Les infirmières requièrent donc davantage de connaissances sur les priorités d'actions à entreprendre pour combler les besoins spécifiques de femmes en phase II de la réadaptation cardiaque.

La maladie coronarienne est donc de plus en plus importante chez les femmes. Leurs caractéristiques physiques, psychosociales et comportementales permettent de croire qu'elles auront aussi des besoins cognitifs et psychosociaux différents de ceux des hommes lors de leur

réadaptation cardiaque. Étant donné que les interventions infirmières actuelles ne semblent pas répondre aux besoins spécifiques de ces femmes, nous devons donc les identifier en examinant la situation actuelle et la situation idéale perçues selon la perspective de femmes victimes d'un IM. Le modèle de Kaufman et English (1979) a été choisi puisqu'il permet d'analyser les écarts entre la situation idéale (importance d'un besoin) et la situation actuelle (satisfaction d'un besoin). Suite à cette analyse, les infirmières pourront identifier leurs priorités d'actions afin d'adapter leurs interventions aux besoins des femmes victimes d'un IM en phase II de la réadaptation cardiaque.

Le but de l'étude

Le but de l'étude est de décrire les besoins cognitifs et psychosociaux de femmes victimes d'un infarctus du myocarde et en phase II de leur réadaptation cardiaque et d'identifier les priorités d'actions infirmières conduisant à l'élaboration ou à la modification de programmes d'enseignement ou de soutien.

Les questions de recherche

Quel est le degré d'importance des besoins cognitifs et psychosociaux perçu par des femmes ayant subi un IM en phase II de la réadaptation cardiaque? Quel est le degré de satisfaction des besoins cognitifs et psychosociaux perçu par des femmes ayant subi un IM en phase II de la réadaptation cardiaque? Selon le degré d'importance et de satisfaction des besoins cognitifs et psychosociaux mesurés auprès de femmes ayant subi un IM et en phase II de la réadaptation cardiaque, quels sont les priorités d'actions infirmières qui peuvent être suggérées? Les caractéristiques personnelles des participantes à l'étude ont-elles un effet explicatif sur le degré perçu d'importance des besoins cognitifs et psychosociaux et sur la satisfaction de ceux-ci?

L'échantillon

Il s'agit d'une étude descriptive et interprétative. Les participantes de l'étude étaient des femmes ayant été victimes d'un IM aigu. L'IM aigu était documenté selon les critères suivants: élévation de l'enzyme créatine-phosphokinase avec fraction MB positive; avec ou sans histoire de douleur thoracique prolongée caractéristique d'un infarctus du myocarde aigu; avec ou sans apparition de nouvelles ondes Q à l'électrocardiogramme; avec ou sans changement évolutif du segment ST (DeBusk et al., 1986). Afin d'éviter les problématiques de santé reliées à

l'insuffisance cardiaque, ces femmes devaient présenter une fraction d'éjection égale ou plus élevée que 30 %. Si elles avaient subi une chirurgie de revascularisation coronarienne depuis les derniers 6 mois, présentaient une pathologie chronique débilitante, un déficit cognitif ou une atteinte psychologique grave documentés dans les notes médicales, celles-ci étaient exclues de l'étude. Elles devaient résider à leur domicile depuis moins de 12 semaines à la suite de leur IM. De plus, elles devaient être capable de lire et de comprendre le français. Toutes les participantes devaient signer un formulaire de consentement approuvé par les Comités internes de la recherche ou d'éthique des quatre hôpitaux du Montréal métropolitain participant à l'étude.

Les participantes

Entre le 20 octobre 1996 et le 20 mai 1997, soixante-quatorze femmes ont été rencontrées pour participer à la présente étude. Elles étaient traitées pour IM aigu, dans quatre centres hospitaliers de la région du Montréal métropolitain. Parmi celles-ci, 34 (45,9 %) n'ont pu y participer puisque : 5 (6,8 %) devaient subir une chirurgie de revascularisation coronarienne, 7 (9,5 %) avaient une fraction d'éjection inférieure à 30 %, 7 (9,5 %) souffraient de problèmes psychologiques importants, 2 (2,7 %) avaient des maladies neurologiques graves, 3 (4,1 %) sont décédées et 10 (13,5 %) ont refusé de participer à l'étude.

L'échantillon final de convenance réunit 40 femmes âgées de 39 à 82 ans avec une moyenne d'âge de 68 ans ($ET = 8,9$ ans), dont 31 (78 %) étaient âgées de plus de 65 ans. Cet échantillon représente 18,4 % de toutes les patientes qui ont subi un IM aigu et qui ont été traitées dans les centres hospitaliers participants (0,8 % de la population québécoise féminine sont victimes d'un IM annuellement [4 875 femmes ont subi un IM en 1992 au Québec]). La plupart des femmes étaient mariées (52,5 %) ou veuves (40 %). Certaines avaient terminé leurs études au niveau primaire (50 %) et d'autres aux niveaux secondaire (35 %), collégial (12,5 %) et universitaire (2,5 %). Soixante-cinq pour cent des sujets avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$. Seulement quatre (10 %) femmes occupaient un emploi rémunéré avant leur IM. Au moment de l'entrevue, aucune n'était retournée à leur travail (entre 4 et 11 semaines post-IM).

La majorité des sujets de l'échantillon avaient subi un IM au territoire inférieur du cœur (67,5 %) avec onde Q (55 %). L'étendue de l'IM était de 1394 ± 1135 U/L (valeur normale de CPK = 20-230 U/L), produisant une fraction d'éjection de $49 \% \pm 8 \%$ et permettant une capacité fonctionnelle avant le départ de l'hôpital de $4,7 \pm 1,1$ METS. Les

médicaments pris au moment de l'évaluation (entre 4 et 12 semaines suite à l'IM) comprenaient les suivants : bêtabloquants (70 %), antagonistes du calcium (27,5 %), nitrates (30 %), inhibiteurs de l'enzyme de conversion (25 %), médicaments antidépresseurs ou antianxiolytiques (65 %), hypocholestérolémians (25 %) et hypoglycémians (22,5 %).

Définitions théoriques

Les besoins cognitifs. Ce sont l'ensemble des connaissances perçues comme nécessaires par les patients victimes d'un IM lors de la phase II de leur réadaptation cardiaque. Ce sont des connaissances sur les facteurs de risque de la maladie coronarienne, les effets physiques et psychosociaux reliés à l'IM ainsi que les modifications à apporter au mode de vie.

Les besoins psychosociaux. Ce sont l'ensemble des attitudes, émotions et comportements perçus comme essentiels durant la phase II de la réadaptation cardiaque.

L'importance d'un besoin. C'est la perception que détient un sujet de la nécessité d'un besoin (ce qui devrait être) pour la réussite de sa réadaptation cardiaque. Une échelle de type Likert de 1 (aucune importance) à 5 (très important) a été utilisée pour déterminer le degré d'importance d'un besoin. C'est-à-dire, selon la moyenne des scores d'importance d'un besoin pour l'ensemble des sujets, un besoin est considéré d'une importance faible ($1 \leq x < 2,5$), modérée ($2,5 \leq x < 3,5$) ou élevée ($3,5 \leq x \leq 5$).

La satisfaction d'un besoin. C'est la perception que détient un sujet de son degré de satisfaction d'un besoin (ce qui est). Chaque besoin est évalué sur une échelle de type Likert de 1 (non comblé) à 5 (comblé). Si la moyenne des scores de satisfaction d'un besoin de l'ensemble des sujets est entre ($1 \leq x < 2,5$), celui-ci est considéré non comblé ou légèrement comblé, tandis que si elle se situe entre ($2,5 \leq x < 3,5$) il est modérément comblé et entre ($3,5 \leq x \leq 5$), il devient presque complètement comblé ou comblé.

Le besoin réel. C'est l'écart entre ce qui devrait être (importance d'un besoin) et ce qui est (satisfaction d'un besoin). C'est la moyenne de chaque besoin perçu par toutes les participantes détenant une importance faible ($1 \leq x < 2,5$), modérée ($2,5 \leq x < 3,5$) ou élevée ($3,5 \leq x \leq 5$), mais qui est soit, non comblé ou légèrement comblé ($1 \leq x < 2,5$), modérément comblé ($2,5 \leq x < 3,5$) et presque complètement comblé ou comblé ($3,5 \leq x \leq 5$).

Les priorités d'actions infirmières. Ce sont les actes d'enseignement et de soutien que les infirmières doivent intégrer dans leurs programmes d'interventions pour satisfaire les besoins réels des participantes. Ces priorités sont déterminées d'après l'interaction des scores moyens de l'importance et de la satisfaction d'un besoin cognitif ou psychosocial. Ceux-ci se retrouvent dans les secteurs I, II, III et IV du tableau cartésien, expliqué dans la section du plan de l'analyse de données et présenté dans le tableau 2. Le secteur I du tableau cartésien est celui des priorités d'actions démontrant le plus grand écart, tandis que le secteur IV est celui avec le plus petit écart. Cette façon de procéder suit la méthode d'analyse de besoins du modèle inductif de Kaufman et English (1979).

Les instruments de mesure

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un instrument de mesure « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996) et d'un questionnaire de données sociodémographiques et médicales. Il s'agit de la traduction française du *Needs of Cardiac Patients*, de Moser et al. (1993).

Les besoins des patients cardiaques. L'instrument *Needs of Cardiac Patients* de Moser et al. (1993) est utilisé pour identifier les besoins de patients cardiaques lors de leur réadaptation à la suite d'un IM. Il est composé de 27 énoncés représentant 11 besoins cognitifs et 16 besoins psychosociaux identifiés par les patients lors de leur retour à domicile suite à un IM. Le type de besoin (cognitif ou psychosocial) est identifié à côté de chaque énoncé dans le tableau 1. Sur une échelle de type Likert, le sujet situe le degré d'importance d'un besoin entre 1 (aucune importance) et 5 (très important) et identifie si ce dernier est comblé (5) ou non (1).

La validité de la version originale. Les qualités psychométriques de l'instrument de Moser et al. (1993) ont été analysées auprès de 20 répondants composés de patients cardiaques et de leur conjoint. L'index de validité de contenu entre informateurs clés est excellent, soit de 0,97. La cohérence interne de l'instrument est élevée avec un alpha de Cronbach de 0,89. En ce qui a trait au coefficient de stabilité temporelle, le test de vérification contre-vérification effectué à un intervalle d'une semaine varie entre 0,82 ou plus élevé pour chacun des énoncés.

L'instrument « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996). La méthode inversée inspirée de Vallerand (1989) a été utilisée pour traduire l'instrument de mesure de l'anglais au français. L'investigatrice, qui est bilingue, a réalisé une première traduction. Par la suite,

une personne bilingue et dans le domaine de la traduction l'a comparé à l'original anglais. Des modifications ont été apportées à la version française après avoir comparé les deux versions anglaises. Ainsi, quatre énoncés modifiés ont été traduits de nouveau. Cette technique permet, entre autres, d'atténuer la perte de nuances dans le passage d'une langue à l'autre (Streiner et Norman, 1991). La simplicité des énoncés du test et le fait que les traducteurs appartenaient à la même culture que les patientes de l'échantillon permettent toutefois de considérer l'atteinte d'un niveau de précision adéquat entre les deux versions (Lemay, 1991 ; Robichaud-Ekstrand, Haccoun et Millette, 1994).

L'étude prétest. Un prétest auprès des dix premières patientes cardiaques hospitalisées a permis d'évaluer la clarté des énoncés, le temps requis pour répondre au questionnaire et les commentaires généraux des patientes par rapport à l'instrument. Les patientes ont suggéré d'apporter des précisions à quatre questions. Ainsi, l'investigatrice a inséré des exemples précis reflétant les énoncés concernant les changements psychologiques (numéro 5, voir tableau 1), les changements physiques (numéro 16, voir tableau 1), les caractéristiques relatives à l'état de santé (numéro 7, voir tableau 1) et les frustrations et les colères (numéro 23, voir tableau 1). Toutes ces précisions ont été écrites, entres parenthèses à côté de chaque énoncé problématique, produisant l'instrument final utilisé dans la présente étude. Le temps requis pour compléter l'instrument était de 20 minutes.

La fiabilité. La cohérence interne de l'instrument « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996) s'est avérée bonne puisque les alphas de Cronbach pour l'importance des besoins et la satisfaction de ces derniers étaient de 0,69 et 0,80, respectivement (Burns et Grove, 1993). De même, les alphas de Cronbach pour l'importance des besoins cognitifs ($\alpha = 0,53$) et des besoins psychosociaux ($\alpha = 0,58$) ainsi que des besoins cognitifs comblés ($\alpha = 0,80$) et des besoins psychosociaux comblés ($\alpha = 0,62$) représentent une cohérence interne acceptable pour chacune des catégories respectives. Aucun test de validité n'a été effectué. Aucune question additionnelle n'a été ajoutée à part des besoins identifiés par les participantes. Puisque les participantes complétaient une seule fois l'instrument, la stabilité temporelle de la version française de l'instrument n'a pu être établie.

Le questionnaire de données sociodémographiques et médicales. Le questionnaire recueillant diverses données sociodémographiques et médicales a permis de décrire l'échantillon. Il a été complété lors de l'entrevue à domicile. Parmi les caractéristiques sociodémographiques,

les variables suivantes ont permis d'effectuer des sous-analyses, soit l'âge, les niveaux de scolarité et de revenu.

Le déroulement de l'étude

Le recrutement des femmes s'est effectué à l'unité de soins coronariens de quatre centres hospitaliers de la région de Montréal avant leur départ de l'hôpital. L'approche pour recruter les participantes était normalisée. Cependant, les membres du comité d'éthique de deux centres hospitaliers ont exigé que l'infirmière chercheuse demande la permission au cardiologue traitant de pouvoir approcher leurs patientes. L'investigatrice a par la suite consulté les registres des patients admis aux unités de soins afin d'établir l'éligibilité des sujets pour l'étude. L'infirmière soignante a effectué le premier contact avec les sujets éligibles. Elle leur a demandé si elles consentaient à rencontrer l'investigatrice afin qu'elle leur explique son projet de recherche. Les femmes intéressées à participer à l'étude ont signé, au moment de cette rencontre, le formulaire de consentement. Ces dernières étaient avisées que leur participation à ce projet de recherche était volontaire, non rémunérée et qu'elles pouvaient s'en retirer en tout temps sans que la qualité des soins futurs ne soit affectée.

Une visite à domicile par l'investigatrice a été fixée ultérieurement lors d'un appel téléphonique dans les 12 semaines suivant l'IM. La veille de la visite, l'investigatrice communiquait par téléphone avec les sujets pour leur rappeler leur rendez-vous. Au moment du rendez-vous, les sujets ont complété l'instrument « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996). Dans certains cas, l'investigatrice lisait à haute voix les énoncés. La participante ou l'investigatrice y inscrivait la réponse à côté de chaque énoncé.

Le plan d'analyse des données

La description de l'échantillon s'est effectuée à l'aide de distributions de fréquence et de mesures de tendance centrale et de dispersion. Ainsi, des analyses de variance à un critère de classification (One-way ANOVA) ont été utilisées pour examiner les données des variables de revenu et du niveau d'éducation qui présentaient une distribution normale. De plus, le test de Mann-Whitney a permis d'analyser les données de l'âge qui démontraient une distribution dissymétrique. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification de 0,05.

L'analyse des besoins s'est faite de la façon suivante : pour chacun des 27 besoins, les moyennes des scores de l'ensemble des sujets reliées

à l'importance de chaque besoin (entre 1 et 5) et la satisfaction de ceux-ci (entre 1 et 5) ont été calculées. Dans le but d'établir des catégories pour les moyennes des scores, l'échelle de 1 à 5 a été divisée en trois parties. Une moyenne entre 1 et moins 2,5 signifie que le besoin identifié est soit d'une faible importance et/ou n'est pas ou est légèrement comblé. Une moyenne des scores entre 2,5 et moins de 3,5 indique que le besoin est d'une importance modérée et/ou est modérément comblé. De même, une moyenne de 3,5 à 5 signifie que le besoin est d'une importance élevée et/ou qu'il est presque complètement comblé ou comblé.

Un tableau cartésien a été créé pour identifier les priorités d'actions infirmières en évaluant l'interaction entre l'importance d'un besoin et si celui-ci a été comblé (voir le tableau 2). À partir des deux axes de ce tableau, l'ordonnée (ordonnée verticale) représente l'importance d'un besoin, tandis que l'abscisse (ordonnée horizontale) représente le degré de satisfaction d'un besoin. Conséquemment, les besoins identifiés se répartissent dans neuf secteurs délimités par les deux axes. La numération des secteurs indique leur ordre d'importance.

En premier, tous les besoins sont présentés par ordre d'importance indépendamment s'ils sont comblés ou non. Par la suite, ils sont regroupés par catégories, les besoins cognitifs et les besoins psychosociaux, selon leur ordre d'importance. Les priorités d'actions infirmières sont celles qui apparaissent dans les secteurs I, II, III et IV du tableau cartésien. Le secteur I est celui des priorités d'actions démontrant le plus grand écart, tandis que le secteur IV est celui avec le plus petit écart.

Les résultats

La première question de recherche vise à déterminer le degré d'importance des besoins cognitifs et psychosociaux de femmes en phase II de la réadaptation cardiaque. Le tableau 1 illustre, par ordre d'importance, les moyennes des scores accordés à chaque besoin et leurs écarts types respectifs pour l'ensemble des sujets. Il se dégage 22 besoins ayant une importance élevée ($3,5 \leq x \leq 5$), 4 besoins avec une importance modérée ($2,5 \leq x < 3,5$) et seulement 1 détenant une faible importance ($1 \leq x < 2,5$). Nous remarquons parmi les 10 premiers besoins, 7 besoins cognitifs et 3 besoins psychosociaux. La moyenne générale de l'importance des besoins de l'instrument dans son ensemble pour tous les sujets est de 4,28 ($ET = 0,40$). La moyenne de l'importance de la catégorie des besoins psychosociaux ($x = 4,29$, $ET = 0,50$) est similaire à celle des besoins cognitifs ($x = 4,28$, $ET = 0,46$).

Tableau 1 *Besoins cognitifs et psychosociaux par ordre d'importance (N = 40)*

Numéro ^a	Besoin	Type	$\bar{x}$	ET
Importance élevée				
2	Obtenir des explications en des termes compréhensibles	C	5,00	0,00
9	Savoir que les autres ont son bien-être à cœur	P	4,96	0,32
15	Recevoir de l'information sur ses soins	C	4,95	0,32
16	Être informé(e) des changements physiques à anticiper	C	4,92	0,66
6	Connaître les phases de développement de la maladie	C	4,90	0,44
4	Avoir du temps pour soi-même	P	4,90	0,38
5	Être informé(e) des changements psychologiques à anticiper	C	4,88	0,46
1	Être informé(e) des changements dans son mode de vie	C	4,85	0,70
7	Connaître les caractéristiques de son état de santé	C	4,85	0,66
3	Avoir une famille bien renseignée en cas d'urgence	P	4,80	0,88
17	Avoir une bonne perception de sa qualité de vie	P	4,80	0,88
10	Parler à une infirmière ou à un médecin	P	4,70	0,94
12	Avoir de l'aide pour les courses, la maison, la cuisine	P	4,65	1,08
24	Obtenir du soutien des membres de sa famille	P	4,63	1,10
13	Être informé(e) des moyens pour changer son mode de vie	C	4,63	1,00
14	Échanger avec la famille sur ses inquiétudes	P	4,50	1,15
20	Ressentir de n'être pas seul(e) à vivre ces émotions	P	4,30	1,38
25	Confier ses craintes	P	4,30	1,47
11	Parler de ses peurs et de ses inquiétudes avec sa famille	P	4,25	1,48
27	Parler de ses émotions à quelqu'un	P	4,00	1,69
26	Parler à d'autres personnes cardiaques	P	3,85	1,69
23	Parler de ses frustrations et de ses colères ressenties	P	3,80	1,71
Importance modérée				
8	Obtenir de l'information sur les groupes de soutien	C	3,43	1,90
21	Rendre visite à des ami(e)s sans son conjoint	P	3,23	1,97
19	Entreprendre des activités sociales sans son conjoint	P	2,98	1,95
18	Obtenir de l'information sur les finances	C	2,50	1,90
Faible importance				
22	Recevoir des directives précises pour le retour à la vie sexuelle	C	2,00	1,75
Note : C = cognitif ; P = psychosocial. ^a Numéro du besoin retrouvé dans l'instrument de mesure « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996).				

La seconde question de recherche porte sur le degré de satisfaction des participantes de leurs besoins cognitifs et psychosociaux. Les moyennes des scores des besoins comblés et non comblés démontrent 7 besoins comblés ou presque complètement comblés ($3,5 \leq x \leq 5$), 12 besoins modérément comblés ($2,5 \leq x < 3,5$) et 8 besoins faiblement comblés ($1 \leq x < 2,5$) (voir le tableau 2). Les 10 premiers besoins comblés ou presque ($3,5 \leq x \leq 5$) concernent uniquement les besoins psychosociaux, alors que les cinq besoins faiblement comblés ($1 \leq x < 2,5$) sont tous d'ordre cognitif. Les besoins cognitifs sont légèrement moins comblés ($x = 2,50$, $ET = 0,52$) que les besoins psychosociaux ($x = 2,86$, $ET = 0,46$).

Afin de répondre à la troisième question de recherche concernant les priorités d'actions infirmières, un tableau cartésien a été élaboré (tel que décrit précédemment). Nous avons disposé leurs moyennes d'importance respectives par secteur pour l'ensemble des sujets et si ces besoins avaient été comblés ou non comblés. Ainsi, les priorités d'actions infirmières se retrouvent dans les secteurs I, II, III et IV du tableau cartésien, indiquant l'interaction entre le degré d'importance et de satisfaction des besoins.

Tableau 2 <i>Tableau cartésien utilisé pour l'identification des priorités d'actions infirmières</i>			
Importance élevée ($3,5 \leq \bar{x} \leq 5$)	I ^a 5, 6, 7, 26	II ^a 1, 2, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 27	V 1, 4, 9, 11, 12, 24, 25
Importance modérée ($2,5 \leq \bar{x} < 3,5$)	III ^a 8, 18, 19	IV ^a 21	VI
Faible importance ($1 \leq \bar{x} < 2,5$)	VII 22	VIII	IX
	Besoin non comblé ou légèrement comblé ($1 \leq \bar{x} < 2,5$)	Besoin modérément comblé ($2,5 \leq \bar{x} < 3,5$)	Besoin presque complètement comblé ou comblé ($3,5 \leq \bar{x} \leq 5$)
Note : ^a Les priorités d'actions infirmières se retrouvent dans les secteurs I à IV. Le secteur I est celui des priorités d'actions démontrant le plus grand écart, tandis que le secteur IV est celui avec le plus petit écart. (Les chiffres à l'intérieur des fenêtres du tableau représentent les numéros des énoncés du questionnaire.)			

Nous retrouvons 19 priorités d'actions infirmières pour les femmes en phase II de la réadaptation cardiaque (voir le tableau 3). Le secteur I, indiquant les priorités d'actions avec le plus grand écart, comprend trois besoins cognitifs et un besoin psychosocial. Le secteur II regroupe 11 besoins, dont 5 besoins cognitifs et 6 besoins psychosociaux. Le secteur III contient deux besoins cognitifs et un besoin psychosocial. Finalement, le secteur IV n'a qu'un seul besoin et il est de type psychosocial.

Afin de répondre à la dernière question de recherche, des analyses ont été effectuées, *a posteriori*, avec certaines données sociodémographiques. Puisque la distribution des données de l'âge était dissymétrique, le test de Mann-Whitney a été utilisé pour déterminer si l'âge influençait l'importance des besoins et si ces derniers étaient perçus comme étant comblés. Dans la catégorie d'âge de moins de 65 ans ($n = 9$) et de 65 ans et plus ($n = 31$), des différences significatives sont observées pour l'importance de l'ensemble des besoins ($U(40) = 75,00$, $p = 0,04$) et des besoins cognitifs ($U(40) = 65,50$, $p = 0,02$), mais non pour l'importance des besoins psychosociaux ($U(40) = 99,50$, $p = 0,19$). Ces résultats sont confirmés lorsque les corrélations entre l'âge et les types de besoins sont examinées. En effet, il existe des corrélations négatives significatives entre l'âge et l'importance des besoins dans son ensemble ($r(40) = -0,32$, $p = 0,05$) et l'importance des besoins cognitifs ($r(40) = -0,33$, $p = 0,04$), mais non avec l'importance des besoins psychosociaux ($r(40) = -0,24$, $p = 0,14$). Les plus jeunes femmes (< 65 ans) accordent une importance supérieure pour l'ensemble des besoins et pour les besoins cognitifs que les femmes plus âgées (≥ 65 ans).

En ce qui concerne le fait de savoir si l'âge a un effet sur les besoins comblés, les tests de Mann-Whitney indiquent, pour la catégorie d'âge de moins de 65 ans (39 à 64 ans) et de 65 ans et plus (65 à 82 ans), des différences significatives entre les besoins comblés ($U(40) = 71,0$, $p = 0,03$) et les besoins psychosociaux comblés ($U(40) = 68,0$, $p = 0,02$), mais non pour les besoins cognitifs comblés ($U(40) = 91,5$, $p = 0,11$). De même, les corrélations entre l'âge et les besoins comblés (dans leur ensemble) et celle avec les besoins psychosociaux ($r(40) = -0,35$, $p = 0,03$) sont négatives et significatives. Ceci signifie que les femmes plus âgées présentent un degré inférieur de satisfaction de leurs besoins psychosociaux comparativement aux femmes plus jeunes.

Quatre analyses de variance à un critère de sélection (ANOVA) ont été effectuées pour vérifier l'effet du niveau de scolarité et du revenu sur l'importance et la satisfaction des besoins. Aucune d'entre elles n'a permis de démontrer que les groupes formés des trois niveaux de

Tableau 3 *Besoins cognitifs et psychosociaux (par secteur du tableau cartésien) en ordre décroissant pour les priorités d'actions infirmières (N = 40)*

Numéro ^a	Besoin	Type	Importance		Comblé	
			$\bar{x}$	ET	$\bar{x}$	ET
Secteur I						
6	Connaître les phases de développement de la maladie	C	4,90	0,44	2,13	1,20
5	Être informé(e) des changements psychologiques anticipés	C	4,88	0,46	1,97	1,21
7	Connaître les caractéristiques de son état de santé	C	4,85	0,66	2,35	1,27
26	Parler à d'autres personnes cardiaques	P	3,85	1,69	2,25	1,70
Secteur II						
2	Obtenir des explications en des termes compréhensibles	C	5,00	0,00	3,25	1,69
15	Recevoir de l'information sur ses soins	C	4,95	0,32	3,25	1,33
16	Être informé(e) des changements physiques à anticiper	C	4,93	0,66	2,80	1,56
1	Être informé(e) des changements dans son mode de vie	C	4,85	0,70	2,53	1,47
17	Avoir une bonne perception de sa qualité de vie	P	4,80	0,88	3,48	1,48
10	Parler à une infirmière ou à un médecin	P	4,70	0,94	2,70	1,60
13	Être informé(e) des moyens pour changer son mode de vie	C	4,63	1,00	3,03	1,59
14	Échanger avec la famille sur ses inquiétudes	P	4,50	1,15	3,48	1,62
20	Ressentir de n'être pas seul(e) à vivre ces émotions	P	4,30	1,38	3,35	1,75
27	Parler de ses émotions à quelqu'un	P	4,00	1,69	2,78	1,79
23	Parler de ses frustrations et de ses colères ressenties	P	3,80	1,71	2,70	1,76
Secteur III						
8	Obtenir de l'information sur les groupes de soutien	C	3,43	1,90	1,93	1,21
19	Avoir des activités sociales sans son conjoint	P	2,98	1,95	2,40	1,81
18	Obtenir de l'information sur les finances	C	2,50	1,90	2,05	1,65
Secteur IV						
21	Rendre visite à des ami(e)s sans son conjoint	P	3,23	1,97	2,58	1,88
Note: C = cognitif; P = psychosocial. ^a Numéro du besoin retrouvé dans l'instrument de mesure « Les besoins des patientes cardiaques » (Richard, 1996).						

scolarité (primaire [$n = 20$], secondaire [$n = 14$], collégial et universitaire [$n = 6$] et par la suite formés de quatre niveaux de revenu ($< 10\,000 \$$ [$n = 4$], $10\,000 \$$ à $19\,999 \$$ [$n = 22$], $20\,000 \$$ à $29\,000 \$$ [$n = 9$] et $> 30\,000 \$$ [$n = 5$]) perçoivent de façon différente l'importance de leurs besoins ($F(2,37) = 0,21$, $p = 0,81$; $F(2,32) = 1,10$, $p = 0,34$, respectivement) et la satisfaction de ces derniers ($F(2,37) = 2,40$, $p = 0,10$; $F(2,32) = 2,27$, $p = 0,12$, respectivement).

La discussion

Les résultats reliés à l'importance des besoins révèlent que les besoins cognitifs des femmes en phase II de la réadaptation cardiaque se classent parmi les plus importants. Le premier besoin cognitif d'importance élevée consiste à recevoir des explications claires de la part des intervenants de la santé sur la maladie coronarienne et ses conséquences. Parmi les autres besoins cognitifs, les femmes désirent être informées sur la progression de leur maladie coronarienne et les changements physiques et psychologiques à anticiper lors de leur convalescence à domicile. Ces résultats sont similaires à ceux des études de Orzeck et Staniloff (1987) et de Moser et al. (1993). En effet, ces deux études avaient également fait ressortir sept besoins cognitifs parmi les 10 premiers besoins comblés et perçus de haute importance. L'âge est aussi un facteur particulièrement important à considérer lors de l'analyse de besoins puisque les plus jeunes femmes (âgées de 64 ans et moins) accordent une importance supérieure aux besoins cognitifs comparativement aux femmes plus âgées. Conséquemment, les infirmières doivent incorporer plus de renseignements durant leurs classes d'enseignement destinées aux plus jeunes femmes ayant subi un IM qu'aux femmes plus âgées.

Les besoins psychosociaux les plus importants de femmes victimes d'un IM dans la présente étude consistaient à établir un climat de confiance entre elles et les intervenants de la santé, à bien renseigner les membres de leur famille et à percevoir une bonne qualité de vie à la suite de leur IM. Les autres besoins psychosociaux jugés importants se réfèrent surtout à leurs relations interpersonnelles avec les membres de leur famille, à l'expression ouverte de leurs émotions (craintes, peurs, colère) et à la présence d'un soutien pour les aider à modifier leur mode de vie. Cependant, les femmes ont besoin d'entreprendre des activités sociales sans la présence de leur conjoint et de recevoir des renseignements concernant leurs finances et la reprise de leurs activités sexuelles.

Certains besoins psychosociaux de femmes de cette étude se sont avérés différents de ceux des hommes de l'étude de Moser et al. (1993).

Par exemple, les femmes se soucient davantage à ce que les autres aient leur bien-être à cœur; elles souhaitent avoir plus de temps pour elles-mêmes et obtenir de l'aide pour faire les courses, entretenir la maison et cuisiner. Les hommes perçoivent ces besoins comme étant de moindre importance. Ces différences s'expliquent puisque les femmes reçoivent moins d'aide que les hommes pour les activités domestiques durant la phase II de la réadaptation cardiaque (Angus, 1996). Les femmes de notre étude et celles de l'étude de Boogaard et Briody (1985) ont rapporté reprendre leurs activités domestiques à moins d'une semaine après leur IM. Elles ne semblent pas être conscientes de la somme d'énergie totale engendrée par ces activités. De plus, Hamilton et Seidman (1993) soulignent que les femmes reçoivent moins de directives concernant les activités domestiques que les hommes.

Les résultats se rapportant à la satisfaction des femmes de leurs besoins indiquent que leurs besoins psychosociaux sont plus comblés que leurs besoins cognitifs. Ils regroupent les besoins en relation avec le sentiment de bien-être, les relations familiales et le partage des émotions. De plus, les besoins d'avoir du temps pour soi-même et une famille bien renseignée en cas d'urgence ont été presque comblés chez les femmes participantes de cette étude. Ces mêmes besoins n'ont pas été comblés chez les hommes cardiaques dans l'étude de Moser et al. (1993) et ils les considéraient moins importants. Le fait que les besoins psychosociaux soient plus comblés s'expliquent puisque les femmes ont rapporté recevoir du soutien de leur conjoint, d'une personne significative ou des membres de leur réseau social durant leur convalescence. Par contre, les hommes cardiaques rapportent que leurs besoins concernant l'information reçue sur leur état de santé, l'évolution de leur maladie, les changements psychologiques à anticiper à la suite de leur IM, la disponibilité des groupes de soutien et le retour à une vie sexuelle active étaient plus comblés même si jugés moins essentiels comparativement aux femmes de la présente étude. Ainsi, l'information offerte lors des classes d'enseignement s'adresse surtout aux hommes puisqu'elle est basée sur leurs caractéristiques pendant la réadaptation cardiaque (Mirka, 1994). Les sujets féminins de l'étude de Benson et al. (1997) ont également évalué que l'information reçue à l'hôpital n'est pas adéquate puisqu'elle ne répond pas à leurs besoins particuliers. Même si le facteur âge joue un rôle important au niveau des besoins comblés, il est important de considérer l'interaction entre l'importance du besoin et si ce dernier est comblé. Étant donné qu'il n'existait qu'une petite variance dans les niveaux de revenu et de scolarité, les analyses statistiques *a posteriori* n'ont pu démontrer un lien entre les types de besoins.

L'analyse de besoins a permis d'identifier 19 priorités d'actions que les infirmières doivent porter une attention particulière dans leurs programmes d'interventions. Les besoins cognitifs les moins comblés se retrouvent parmi les 10 premiers. Les besoins cognitifs concernent surtout l'information sur la maladie cardiaque et les changements qu'elle apporte et la qualité des renseignements. Les besoins psychosociaux englobent une bonne perception de la qualité de vie, la possibilité de parler à un médecin ou à une infirmière, les échanges avec les membres de sa famille et le partage des émotions. Benson et al. (1997) ont aussi rapporté que le besoin le plus important et le moins comblé était celui de la socialisation avec d'autres femmes coronariennes. Nous avons remarqué que les femmes coronariennes acceptaient de participer à l'étude puisque la visite de l'investigatrice offrait une opportunité de parler et d'obtenir du soutien provenant d'une autre femme. Seulement les femmes qui connaissaient personnellement des personnes cardiaques dans leur entourage ont pu combler partiellement ce besoin. Il est intéressant de noter que le besoin de parler à une autre malade cardiaque était jugé comme très important mais n'a été que légèrement comblé comparé aux hommes de l'étude de Moser et al. (1993), dont le besoin fut modérément comblé bien qu'il était évalué comme étant moins important. Une explication plausible est que les femmes participent moins aux programmes de réadaptation cardiaque que les hommes (Low Graft, 1993). Elles ont donc moins de chances de rencontrer d'autres personnes cardiaques.

Les besoins psychosociaux tels, parler de ses frustrations, de ses colères et de ses émotions, tous jugés très importants par les femmes de cette étude, ont été modérément comblés. Chez les hommes, ces besoins évalués comme moins importants ont été aussi modérément comblés puisque les hommes reçoivent déjà un soutien émotionnel plus adéquat de la part de leur conjointe, à la suite de leur IM, leur permettant ainsi d'exprimer davantage leurs émotions (Angus, 1996).

Il est essentiel de noter que les sept besoins d'ordre psychosocial contenus dans le secteur V du tableau cartésien, c'est-à-dire, ceux possédant une importance élevée mais qui ont été presque comblés, représentent des éléments que l'on doit continuer d'inclure dans l'enseignement et le soutien aux femmes coronariennes. Ils concernent le fait d'obtenir du soutien des membres de la famille (aide pour les courses et l'entretien de la maison), connaître la conduite à suivre en cas d'urgence et partager ses craintes, ses peurs et ses inquiétudes. Bien que le besoin d'assistance a été comblé pour les femmes de cette étude, il faut s'assurer d'évaluer les ressources existantes à plus long terme. Ainsi, l'aide apportée doit dépasser la période de convalescence et

favoriser des arrangements plus permanents afin de redistribuer les responsabilités familiales des femmes coronariennes. En ce qui concerne le partage des émotions et des inquiétudes, les femmes s'expriment davantage en présence d'autres femmes. Elles ressentent aussi le besoin d'être écoutées par le personnel de la santé (Benson et al., 1997). Le besoin de discuter du retour à la vie sexuelle active était considéré d'une faible importance et cependant n'était pas comblé (secteur VII). L'âge des femmes de cette étude et l'absence d'un conjoint chez plus de 47 % d'entre elles nous incitent à vérifier la pertinence d'inclure ce besoin auprès de cette population. Dans son enseignement, l'infirmière doit bien connaître sa clientèle car il arrive souvent que les femmes qui aimeraient retourner à une vie sexuelle active soient trop gênées pour en parler ou trop craintives pour entreprendre des relations sexuelles.

Il semble que l'information offerte lors de la période d'hospitalisation (en phase I de la réadaptation cardiaque) soit insuffisante ou présentée à un moment de stress élevé qui ne permet pas la rétention. L'investigatrice a remarqué que plusieurs femmes ne se souviennent pas d'avoir eu ces renseignements. De plus, même si les femmes confirment avoir reçu le livret *Vivre après l'infarctus* (Département de Santé Communautaire de l'Enfant Jésus, 1994), elles rapportent que l'information offerte est tellement générale qu'elles ont de la difficulté à comprendre comment celle-ci s'applique directement à elles-mêmes. Ce rapport est aussi confirmé par les femmes coronariennes de l'étude de Benson et al. (1997).

Cette analyse de besoins a donc permis d'obtenir de l'information quant aux écarts existants entre les situations actuelle et idéale perçues par les femmes victimes d'un IM et de choisir les priorités d'actions infirmières. Ainsi, le choix des interventions sera relié aux besoins plutôt qu'aux problèmes relevés (Kaufman et English, 1979).

Les limites de l'étude

L'utilisation d'un échantillon de convenance dans quatre centres hospitaliers peut entraîner certains biais. Le premier vient du fait que chaque personne qui a la possibilité de se trouver à un endroit prédéterminé et à un moment choisi a une probabilité non nulle d'être sélectionnée (Condandriopoulos, Champagne, Potvin et Denis, 1989). De plus, les quatre centres hospitaliers sélectionnés dans cette étude ne sont peut-être pas représentatifs des autres en terme de pratique infirmière. Cependant, les perceptions des femmes pourraient être biaisées par un niveau de stress ou d'anxiété post-IM. La petite taille de l'échantillon peut également affecter la validité interne de l'étude. Conséquemment,

certaines relations entre les variables n'ont probablement pu être détectées. De plus, le fait que les femmes sont exposées à différents types d'enseignement dans chaque centre hospitalier peut influencer leurs opinions.

Les recommandations pour la recherche

Une étude similaire pourrait être conduite auprès d'un plus grand nombre de femmes de langue française qui ont subi un IM, provenant de différents groupes d'âge, de diverses cultures et ayant des niveaux d'éducation et de revenu différents. L'étude des processus cognitifs et psychosociaux qui mènent à l'ajustement des femmes atteintes d'un IM permettrait d'aller au-delà de l'identification des besoins. Lors des entrevues à domicile, l'investigatrice a remarqué que plusieurs femmes avaient des questions concernant la reprise des activités physiques et la médication. Elles désiraient recevoir un appel téléphonique d'une infirmière pour répondre à leurs questions et déploraient le manque d'écoute de la part du médecin. Il serait aussi intéressant d'examiner, à l'aide d'un instrument de mesure, les besoins uniques de ces femmes (p. ex. : l'hormonothérapie) qui incluraient aussi d'autres expériences vécues. De plus, l'évolution des besoins aux différentes phases de la réadaptation cardiaque et si un service téléphonique de l'infirmière était instauré pourraient être examinés.

Les recommandations pour la pratique infirmière

Cette étude souligne le besoin chez les femmes coronariennes de recevoir une information adaptée lors des programmes d'enseignement pendant la phase II de la réadaptation cardiaque. Plus spécifiquement, les infirmières doivent expliquer les changements physiques et psychologiques à anticiper à la suite de l'IM lors du retour à domicile. Les infirmières doivent aussi apporter une attention particulière à l'âge des femmes puisque les femmes âgées de moins de 65 ans demandaient plus d'information et les plus âgées de 65 ans rapportaient que leurs besoins psychosociaux étaient moins comblés. L'enseignement pourrait être offert à la fin de la période de l'hospitalisation suivi d'appels téléphoniques de l'infirmière pour renforcer l'information, clarifier les idées erronées et offrir du soutien après le départ de l'hôpital. Des rencontres planifiées entre une infirmière et d'autres femmes ayant vécu des expériences positives à la suite de leur IM faciliteraient les échanges et le partage des expériences communes. D'autres rencontres avec certains membres de la famille ou d'une personne significative permettraient de soutenir les femmes coronariennes lors de moments difficiles pendant

leur réadaptation et de planifier le partage des responsabilités familiales à long terme.

Conclusion

Cette étude a permis d'identifier 19 priorités d'actions infirmières auprès de femmes victimes d'un IM récent et lors de la phase II de leur réadaptation cardiaque. Parmi celles-ci, 10 étaient associées à des besoins cognitifs et 9 à des besoins psychosociaux. Les besoins cognitifs étaient parmi les plus importants et les moins comblés. Ceux-ci comprenaient l'information à recevoir sur la maladie cardiaque, par exemple, les changements physiques et psychologiques à anticiper lors de la réadaptation cardiaque, les moyens pour adapter son mode de vie à la suite des modifications de l'état de santé, les causes et l'évolution de la maladie cardiaque. Cette information doit être offerte dans un langage simple et facile à comprendre étant donné que ce besoin était identifié le plus important par les sujets de cette étude. Les besoins psychosociaux concernaient le soutien que les femmes désiraient obtenir provenant soit d'une infirmière, d'un médecin ou des membres de leur famille dans le but de partager ses émotions et de comprendre comment mieux partager les responsabilités familiales. L'âge était aussi un facteur qui déterminait le type de besoin perçu. Conséquemment, lors de la planification d'un plan de départ de l'hôpital, les infirmières doivent en tenir compte. Cette analyse de besoins apporte donc des changements positifs à la pratique infirmière. Elle permet l'identification des besoins de femmes coronariennes et aide à déterminer les priorités d'actions infirmières conduisant à l'élaboration ou à la modification de programmes d'enseignement ou de soutien.

Les recommandations qui complètent cette étude ouvrent la porte à de nouvelles recherches qui permettront de généraliser les résultats en examinant d'autres groupes de femmes de langue française victimes d'un IM. Une étude plus approfondie sur les processus cognitifs et psychosociaux offrirait des connaissances à la discipline afin d'améliorer l'adaptation des femmes à la suite d'un événement cardiaque. Conséquemment, la modification éventuelle des programmes d'enseignement pour cette clientèle rendra possible l'assistance physique, psychologique et sociale dont les femmes coronariennes semblent avoir besoin. Les infirmières pourront donc se servir des résultats de cette étude pour adapter leur approche, en écoutant soigneusement les femmes coronariennes, en favorisant des discussions ouvertes et en individualisant le plus possible l'enseignement nécessaire à la réussite de la réadaptation cardiaque.

Références

- Angus, J. (1996). Women and recovery from myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, Part 1: The everyday activities of canadian women. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 9-14.
- Beery, T.A. (1995). Diagnosis and treatment of cardiac disease. Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart and Lung*, 24(6), 427-435.
- Benson, G., Arthur, H., et Rideout, E. (1997). Women and heart attack: A study of women's experiences. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 16-23.
- Boogaard, M.A.K., et Briody, M.E. (1985). Comparison of the rehabilitation of men and women post-myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 5(8), 379-384.
- Burns, N., et Grove, S.K. (1993). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (2^e éd.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Canistra, L.B., Balady, G.J., O'Malley, C.J., Weiner, D.A., et Ryan, T.J. (1992). Comparison of the clinical profile and outcome of women and men in cardiac rehabilitation. *American Journal of Cardiology*, 69(15), 1274-1279.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., et Denis, J.L. (1989). *Savoir préparer une recherche*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- DeBusk, R.F., Blomqvist, C.G., Kouchoukos, N.T., Luepker, R.V., Miller, H.S., Pollock, M.L., Reeves T.J., Selvester, R.H., Stason, W.B., Wagner, G.S., et William, V.L. (1986). Identification and treatment of low-risk patients with acute myocardial infarction and coronary-artery bypass graft surgery. *New England Journal of Medicine*, 314, 161-166.
- Département de Santé Communautaire de l'Enfant Jésus, l'Association des Cardiologues du Québec, la Corporation des Diététistes du Québec. (1994). *Vivre après l'infarctus*. Québec : Direction de la santé publique.
- Hamilton, G.A., et Seidman, R.N. (1993). A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 22(4), 308-315.
- Harrison, P. (1992). Women's heart ills often neglected. *Family practice*, 17.
- Health Report. (1990). *Mortality — Summary List of Causes*. Mortalité — Liste sommaire des causes de décès (ISSN-1180-2448) 2(suppl. 1).
- Health Report. (1995). *Mortality — Summary List of Causes*. Mortalité — Liste sommaire des causes de décès (ISSN-1195-4000), mars(suppl.).
- Hirsch, G.A., et Meagher, D.M. (1984). Women and coronary artery disease: A review of literature. *Health Care for Women International*, 5, 299-306.
- Kaufman, R., et English, F.W. (1979). *Needs assessments: Concept and application*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- Karlik, B., et Yarcheski, A. (1987). Learning needs of cardiac patients: A partial replication study. *Heart and Lung*, 16, 544-551.

- Kuhn, F.E., et Rackley, C.E. (1993). Coronary artery disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2626–2636.
- Johnson, J.L., et Morse, J.M. (1990). Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 19(2), 126–135.
- Lemay, M.G. (1991). *L'évaluation empirique de trois techniques d'évaluation de l'équivalence d'items sur la base de réponses à un questionnaire et sa version traduite*. Thèse doctorale, Université de Montréal.
- Loose, M.S., et Fernhall, B. (1995). Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 225–231.
- Low Graft, K. (1993). Recovery from myocardial infarction and coronary artery bypass surgery in women: Psychosocial factors. *Journal of Women's Health*, 2(2), 133–139.
- Mickus, D. (1986). Activities of daily living in women after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 15(4), 376–381.
- Mills, G., Barnes, R., Rodell, D.E., et Terry, L. (1985). An evaluation of an inpatient cardiac patient/family education program. *Heart and Lung*, 14(4), 400–406.
- Mirka, T. (1994). Meeting the learning needs of post-myocardial infarction patients. *Nurse Education Today*, 14(6), 448–456.
- Moser, D.K., Dracup, K.A., et Marsden, C. (1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses: Compared views. *International Journal Nursing Study*, 30(2), 105–114.
- Murdaugh, C.L., et O'Rourke, R.A. (1988). Coronary heart disease in women: Special considerations. *Current Problems in Cardiology*, 13, 77–156.
- Nickel, J.T., et Chirikos, T.N. (1990). Functional disability of elderly patients with long-term coronary heart disease: A sex-stratified analysis. *Journal of Gerontology*, 45(2), S60–S68.
- Orzeck, S.A., et Staniloff, H.M. (1987). Comparison of patients' and spouses' needs during the posthospital convalescence phase of a myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 7, 59–67.
- Parchert, M.A., et Creason, N. (1989). The role of nursing in rehabilitation of women with cardiac disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 57–64.
- Raleigh, E.H., et Odtohan, B.C. (1987). The effect of a cardiac teaching program on patient rehabilitation. *Heart and Lung*, 16(3), 311–317.
- Rankin, S.H. (1990). Differences in recovery from cardiac surgery: A profile of male and female patients. *Heart and Lung*, 19(5), 481–485.
- Richard, G. (1996). Les besoins des patientes cardiaques. Dans *Besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde en phase II de la réadaptation cardiaque*. Mémoire non-publié (1997), Université de Montréal.
- Robichaud-Ekstrand, S., Haccoun, R.R., et Millette, D. (1994). Une méthode pour valider la traduction d'un questionnaire. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 26(3), 77–87.

- Shanfield, S.B. (1990). Return to work after acute myocardial infarction: A review. *Heart and Lung*, 19(12), 109-117.
- Sharpe, P.A., Clark, N.M., et Janz, N.K. (1991). Differences in the impact and management of heart disease between older women and men. *Women and Health*, 17(2), 25-42.
- Steele, J.M., et Ruzicki, D. (1987). An evaluation of the effectiveness of cardiac teaching during hospitalisation. *Heart and Lung*, 16(3), 306-311.
- Streiner, D.L., et Norman, G.R. (1991). *Health measurement scale: A practical guide to their development and use*. New York : Oxford University Press.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthode de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques. Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680.
- Wenger, N.K. (1989). Coronary heart disease: Clinical syndromes, prognosis, and diagnosis testing. Dans P.S. Douglas (Ed.), *Heart disease in women: Cardiovascular clinics* (pp. 173-186). Philadelphia : F.A. Davis.
- Wingate, S. (1990). Post-MI patients' perceptions of their learning needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(2), 112-118.
- Young, R.F., et Kahana, E. (1993). Gender recovery from late life heart attack and medical care. *Women and Health*, 20(1), 11-31.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier mesdames Louise Gagnon, Ph.D., professeure titulaire, Bilkis Vissandjee, Ph.D., professeure adjointe, Catherine Lussier, M.Sc., statisticienne à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, et enfin toutes les participantes de l'étude.

Adresse de correspondance : a/s Sylvie Robichaud-Ekstrand, Ph.D., Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada.