

# STRATÉGIES D'AJUSTEMENT DES MÈRES ET DES PÈRES D'ENFANTS ANCIENS PRÉMATURÉS

Sophie Recchia et Fabienne Lemétayer

**Médecine & Hygiène** | *Devenir*

2005/4 - Vol. 17  
pages 303 à 321

ISSN 1015-8154

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-devenir-2005-4-page-303.htm>

Pour citer cet article :

Recchia Sophie et Lemétayer Fabienne, « Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés »,  
*Devenir*, 2005/4 Vol. 17, p. 303-321. DOI : 10.3917/dev.054.0303

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Recherche

# Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés

Coping strategies of mothers and fathers of premature babies

Sophie Recchia<sup>1</sup> et Fabienne Lemétayer<sup>2</sup>

## Introduction

Depuis une vingtaine d'années, les recherches vouées à l'étude des conséquences propres à la prématurité se sont considérablement développées. Parmi les premiers risques présents à la naissance de l'enfant, on compte l'hypothermie, les pathologies respiratoires, les lésions cérébrales ainsi que les troubles associés (troubles digestifs, troubles métaboliques et troubles hématologiques). Ceux-ci sont à présent bien connus et sont de mieux en mieux maîtrisés grâce aux progrès de la médecine néonatale. Dans certains cas, les risques concernent la fragilité psychique des bébés prématurés, analysée comme une conséquence de l'hospitalisation du nouveau-né et de la séparation qu'elle impose sur le plan socio-affectif (Mellier, 1994). Dans d'autres cas, les conséquences d'une naissance prématurée peuvent apparaître lors de la scolarisation de ces enfants anciens prématurés (Mellier, Fernandez-Berani et Fessard, 1999). Ces troubles à révélation tardive sont d'après Bergès, Lézine, Harrison *et al.* (1969) essentiellement des problèmes d'adaptation et d'échecs scolaires (Berani, Gioia et Malandain, 1997, Le Normand, Delfosse, Crunelle *et al.*, 1995). De fait, la prématurité a non seulement un impact sur l'enfant lui-même, mais également sur les parents, en raison de l'incertitude qui persiste quant au devenir de l'enfant. Dans cette étude, notre intérêt portera par conséquent sur les stratégies d'adaptation mises en place par chacun des parents au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré.

Dans le cas d'un accouchement prématuré, les parents n'ont en effet pas le temps de se préparer à cette naissance qui intervient de façon

<sup>1</sup> Doctorante en psychologie, Laboratoire Psychologie Cognitive et Clinique, Equipe Psychologie de la Santé- EA -39 46-, Université Paul Verlaine, Metz recchia.sophie@wanadoo.fr

<sup>2</sup> Maître de Conférence, Psychologie du développement, Laboratoire Psychologie Cognitive et Clinique, Equipe Psychologie de la Santé- EA -39 46-, Université Paul Verlaine, Metz

soudaine et qui se déroule dans une « atmosphère d'urgence et d'alarme ». Kreisler et Soulé (1995) parlent d'une grossesse amputée et écourtée. Il y a inévitablement une rupture dans l'élaboration fantasmatique de l'enfant né prématuré. Cette grossesse n'étant pas menée à terme, conduit à des sentiments d'insatisfaction et d'incomplétude chez les deux parents. La mère peut se sentir frustrée par un sentiment de perte lié au statut particulier de la femme enceinte. Le père endossera le rôle de médiateur en assurant le lien entre la mère et l'enfant séparés dans des structures hospitalières différentes. D'autres contraintes viennent amplifier le phénomène de frustration, notamment le fait que les parents ne peuvent pas entrer en contact avec leur enfant, le toucher, le porter sans qu'ils n'aient à demander l'autorisation médicale. Toutes ces épreuves constituent une sommation d'événements qui bouleversent les parents sur le plan psychologique.

Ces difficultés liées au vécu des parents ont été étudiées dans le modèle du stress de parents d'enfants prématurés (*Preterm Parental Distress Model*) cité par Holditch-Davis et Miles (2000). Ce modèle met en évidence que la perte du rôle parental est perçue comme un stresser majeur pour les parents (LaMontagne et Pawlak, 1990; Miles, Funk et Kasper, 1992; Young Seideman, Watson, Corff, *et al.*, 1997). Cette souffrance parentale est présente aussi bien chez la mère que chez le père face à cette naissance prématurée qu'ils devront affronter. Différentes stratégies d'adaptation ou coping vont alors être mises en place pour faire face à cette naissance.

Ce concept de coping a largement été étudié en psychologie. Lazarus et Launier (1978) ont été les premiers à utiliser ce terme dans une perspective transactionnelle pour désigner les stratégies d'ajustement élaborées par les individus afin de rendre tolérable la tension induite par une situation aversive. Depuis les années 1980, les chercheurs se sont intéressés au lien entre personnalité et coping (Horowitz, 1990; McCrae et Costa, 1986; McCrae et Costa 1990; Moos et Swindle, 1990; Parkes, 1986). Ces études ont montré que la personnalité est étroitement associée aux stratégies de coping (Hewitt et Flett, 1996). Plusieurs autres recherches ont montré que le névrosisme (*facteur de personnalité qui comprend différents traits de personnalité: anxiété, colère, hostilité, dépression, timidité sociale, impulsivité, vulnérabilité*) et l'extraversion (*facteur de personnalité qui comprend différents traits de personnalité: activité, recherche de sensation, émotions positives*) sont des prédicteurs stables des stratégies d'ajustement (Carver, Scheier, et Weintraub,

1989; Marusic, Gudjonsson, Eysenck *et al.*, 1999; Suls, David, et Harvey, 1996; Watson, Davids et Suls, 1999).

Des recherches sur le coping ont déjà été menées dans le domaine de la prématurité, et se sont intéressées tant au coping des mères, qu'à celui des pères confrontés à la naissance prématurée de leur enfant (Doering, Moser et Dracup, 2000; Levy-Shiff, Dimitrovsky, Shulman *et al.*, 1998; Spear, Leef, Epps *et al.*, 2002). Ces études ont montré que le niveau de stress, de soutien social et de contrôle perçu, ainsi que les symptômes dépressifs et le fonctionnement familial influencent le coping des parents confrontés à l'hospitalisation de leur enfant prématuré, alors que l'état de santé de l'enfant ne semble pas influencer les stratégies d'ajustement des parents. D'autres travaux ont montré que le soutien social et la réévaluation positive sont les deux stratégies de coping les plus utilisées par les parents (LaMontagne et Pawlak, 1990). Parmi les stratégies de coping, le soutien social apparaît, dans certaines études, comme une aide déterminante pour les parents (Jeffocate, Hamphery et Lloyd, 1979; Miles, Carlson, et Funk, 1996; Trause et Kramer, 1983). Le soutien social peut en effet prendre la forme d'un soutien moral de l'entourage (famille, ami ou professionnel de la santé), ou se présenter sous forme d'un groupe de soutien constitué de parents pouvant aider d'autres parents d'enfants prématurés (Bracht, Ardal, Bot *et al.*, 1998). Macnab, Beckett, Cohen Park *et al.* (1998) ont montré qu'encourager les parents à tenir un journal constitue un soutien ainsi qu'une méthode constructive pour faire face au stress de la naissance prématurée. Prudhoe et Peters (1996) ont par ailleurs mis en évidence le rôle du soutien qu'apportent les grands-parents dans une approche intergénérationnelle du système familial. Enfin, Tinsely et Parke (1983) ont montré que les pères ont plus tendance à rechercher un support informationnel des équipes médicales, alors que les mères recherchent plutôt un soutien moral de leur entourage. Ainsi, les mères utilisent significativement plus le soutien social et leurs stratégies sont plutôt orientées vers un coping centré sur les émotions, alors que les pères adoptent plutôt un coping centré sur le problème.

Ces différences ont amené les chercheurs à se pencher sur les distinctions et les similitudes des types de coping utilisés par les mères et les pères confrontés à la naissance prématurée de leur enfant (Hughes, McCollum, Sheftel, *et al.*, 1994; Kmita, 2004; Löhr, Von Gontard et Roth, 2000; Shields-Poe et Pinelli, 1997; Ward, 2001). Ces études ont mis en évidence des différences significatives entre les réponses de la

mère et du père. Miles, Funk, et Kasper (1992) révèlent que si les mères et les pères sont autant stressés par l'admission de leur enfant prématuré en soins intensifs néonataux, les mères peuvent être davantage stressées par certains aspects de l'expérience, notamment par la perte de rôle parental, considérée comme significativement plus stressante pour les mères que pour les pères. Les résultats montrent que la même crainte quant aux risques de décès et d'éventuel handicap est présente chez le père autant que chez la mère. Cependant après l'accouchement, les parents réagissent différemment. La mère est sous le choc alors que le père réagit avec joie et incertitude. Ces différences parentales s'atténuent au cours du temps, et les parents s'adaptent de mieux en mieux à cette nouvelle situation (Lau et Morse, 2003).

Si le père a longtemps été le parent oublié dans la littérature de la périnatalité, des études de plus en plus nombreuses tentent de rendre compte de la situation du père lors d'une naissance prématurée. Le vécu du père est en effet d'autant plus intéressant à étudier dans le cas de la prématurité, qu'il occupe une place particulière face à la naissance arrivée trop tôt. Certaines études se sont intéressées plus spécifiquement au père devenu un agent de soutien pour la mère (May, 1994; Parke et Tinsley, 1987). Lorsque la responsabilité, le stress et l'impuissance dominant l'expérience du père et coïncident avec un bas niveau de bonheur, de soutien et de sécurité, les études montrent que les pères expérimentent le non-contrôle de la situation, ne réussissant pas à gérer le stress. Inversement, lorsque les pères expérimentent le soutien, la sécurité et le bonheur, ils contrôlent et se disent capables de gérer la naissance prématurée de leur enfant (Lundqvist et Jakobsson, 2003). Ainsi, les stratégies d'ajustement des mères et des pères sont influencées par de nombreux facteurs.

## Objectifs

Cette étude exploratoire poursuit un double objectif:

1. Mettre en évidence les différences entre les mères et les pères ayant été confrontés à la naissance de leur enfant ancien prématuré. Dans un premier temps, nous avons tenté de comparer les stratégies d'ajustement que les mères et les pères ont mis en place au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré. Deuxièmement, nous avons étudié les différences entre les traits de personnalité actuels des parents.

- Vérifier s'il existe une association entre les traits de personnalité actuels des parents et le coping mis en place au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré.

## Méthode

### Echantillon

Les caractéristiques de l'échantillon ayant participé à l'étude sont décrites dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon.**

	Population totale	Mères	Pères
Nombre de parents ayant participé à l'étude	46	25	21
Age moyen	34,33	32,56 ( $\sigma = 4,925$ )	36,10 ( $\sigma = 5,847$ )
Pourcentage de parents nés en Europe	91,20%	92%	90,4%
Pourcentage de parents sans diplôme	4,38%	4%	4,76%
Pourcentage de parents mariés	89,24%	88%	90,47%
			<b>Enfants</b>
Nombre d'enfants ayant participé à l'étude			25
Pourcentage d'enfants moins de deux ans			46,1%
Pourcentage de garçons			57,7%
Pourcentage d'enfants ayant une fratrie			46,2%
Pourcentage d'enfants nés très grands prématurés (nés avant 28 semaines de gestation)			42,3%
Pourcentage d'enfants hospitalisés pendant plus de quatre semaines			70%
Pourcentage d'enfants ayant un poids de naissance < à 15000 grammes			70%
Pourcentage d'enfants présentant actuellement des troubles			23%

$\sigma$  = écart-type.

Le recrutement de l'échantillon s'est fait à la suite de critères d'inclusion. Les participants sont des parents d'enfants nés avant 37 semaines de gestation. Les participants retenus sont 20 familles où la mère et le père ont conjointement participé à l'étude. Ces familles ont été recrutées dans un service de rééducation précoce du Luxembourg. Ce service de soin de la petite enfance accueille les enfants nés prématurés et les enfants souffrant d'autres pathologies jusqu'à l'âge de 5 ans.

### Instruments de mesure

Le recueil de données a été fait par le biais d'un cahier de questionnaires qui comprenait entre autres l'échelle du Brief-COPE et le NEO-PI-R.

- **L'échelle du *Brief-COPE*** : cette échelle a été mise en place par Carver, Scheier et Weintraub (1989) et adaptée en langue française par Muller et Spitz (2003). Elle permet d'évaluer les ajustements des personnes répondant au stress. La COPE est composée dans notre étude de 26 items correspondant à 13 différentes stratégies de coping. Les 13 sous-échelles retenues évaluent le coping actif, la planification, la réinterprétation cognitive, l'acceptation, le coping tourné vers la religion, la recherche de soutien social, la recherche de soutien instrumental, l'auto-distraktion, le déni, l'expression des sentiments, l'utilisation de substances, le désengagement comportemental et le blâme. Chaque item évalue la fréquence avec laquelle le sujet utilise le coping proposé. Quatre possibilités de réponses sont proposées, chacune correspondant à un degré différent de fréquence allant de « jamais » à « toujours ». Les deux items correspondant à la stratégie de coping doivent être additionnés afin de connaître le score pour le coping correspondant. Les scores varient ainsi de 2 à 8. Plus le score se rapproche de 8, plus le sujet utilise la stratégie de coping et plus il se rapproche de 2, moins le coping sera utilisé.

Exemples d'items J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie (coping actif).

J'ai abandonné l'espoir de faire face (désengagement comportemental).

- **L'inventaire de personnalité révisé (*NEO-PI-R*)** : cette échelle évalue les domaines et les facettes de personnalité étudiés par McCrae et Costa (1998). Les items retenus sont ceux qui regroupent les domaines du névrosisme, de l'extraversion et de l'ouverture avec toutes les facettes du névrosisme à savoir l'anxiété, la colère hostile, la dépression, la timidité sociale, l'impulsivité et la vulnérabilité, avec certaines facettes de l'extraversion notamment l'activité, la recherche de sensation et les émotions positives, ainsi qu'une seule facette du domaine de l'ouverture à savoir l'ouverture aux sentiments. Le mode de passation de l'inventaire de personnalité prévoit que les sujets cochent sur l'échelle une des cinq propositions pour les 80 items allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ». Pour chaque item du NEO-PI-R les scores varient de 1 à 5. Les différentes sommes obtenues à partir de l'addition des items d'un domaine permettent d'évaluer si le sujet à un score très faible, faible, moyen, élevé, voire très élevé à ce trait de personnalité.

Exemples d'items Je me sens souvent désespéré(e) et je voudrais que quelqu'un d'autre résolve mes problèmes  
(facteur de personnalité du névrosisme, facette de personnalité vulnérabilité).

Il est rare que je me sente crainti(f)(ve) ou anxieu(x)(se)  
(facteur de personnalité du névrosisme, facette de personnalité anxiété)

### Procédure

Les participants ont été contactés par le biais du service de rééducation précoce. Du fait des difficultés liées à un déplacement simultané des deux parents, il a été préférable de procéder à un recueil de données par courrier. L'envoi postal comprenait deux questionnaires dont l'un était adressé à la mère et l'autre était adressé au père, introduit par une lettre explicative concernant l'étude. D'autre part, le retour des questionnaires s'effectuait au moyen d'une enveloppe pré-affranchie fournie dans l'envoi postal. Sur les 70 questionnaires envoyés le taux de retour a été de 37%.

## Résultats

### Distinction entre les copings et les traits de personnalité

Le premier objectif de notre recherche était de relever les différences des stratégies d'ajustement que les parents ont mis en place au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré ainsi que les traits de personnalité actuels pour lesquels les parents se distinguent. Nous avons donc comparé un groupe constitué de mères avec un groupe composé de pères.

#### Les différences entre le coping de la mère et le coping du père

L'analyse des résultats (tableau 2) a montré qu'il existe des différences significatives entre les mères et les pères. En effet, mères et pères se distinguent au niveau de l'expression des sentiments ( $t(38) = 2,552$ ;  $p < 0,015$ ) et au niveau du blâme ( $t(38) = 4,850$   $p < 0,001$ ). Plus spécifiquement, il apparaît que les mères présentent des moyennes plus élevées tant pour l'expression des sentiments ( $M = 4,900$ ;  $\sigma = 1,830$ ) que pour le blâme ( $M = 5,200$ ;  $\sigma = 2,350$ ). Dans ce sens, ces stratégies de coping du Brief-COPE montrent que les mères expriment plus librement leurs émotions mais ont également plus tendance à se sentir coupables.



**Tableau 2 : Résultats des mères et des pères pour le Brief-COPE.**

	Sexe des parents	N	Moyenne	Ecart-type	T	ddl	Sig. (bilatérale)
<b>Coping actif</b>	Mère	20	4,700	1,890	0,363	38	0,718
	Père	20	4,500	1,570			
<b>Planification</b>	Mère	20	5,250	1,680	0,184	38	0,855
	Père	20	5,150	1,750			
<b>Réinterprétation positive</b>	Mère	20	5,100	1,770	-1,050	38	0,300
	Père	20	5,750	2,120			
<b>Acceptation</b>	Mère	20	6,400	1,560	-0,105	38	0,917
	Père	20	6,450	1,430			
<b>Religion</b>	Mère	20	2,950	1,270	-1,292	38	0,204
	Père	20	3,650	2,050			
<b>Recherche de soutien social</b>	Mère	20	4,550	1,570	2,951	38	0,500
	Père	20	3,150	1,420			
<b>Recherche de soutien instrumental</b>	Mère	20	4,700	1,410	1,682	38	0,101
	Père	20	3,900	1,580			
<b>Auto-distraktion</b>	Mère	20	2,750	0,960	-1,517	38	0,138
	Père	20	3,300	1,300			
<b>Déni</b>	Mère	20	3,350	1,530	1,357	38	0,183
	Père	20	2,750	1,250			
<b>Expression des sentiments</b>	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>4,900</b>	<b>1,830</b>	<b>2,552*</b>	<b>38</b>	<b>0,015</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>3,600</b>	<b>1,350</b>			
<b>Utilisation de substances</b>	Mère	20	2,150	0,480	0,337	38	0,738
	Père	20	2,100	0,440			
<b>Désengagement comportemental</b>	Mère	20	2,500	1,230	-0,400	38	0,692
	Père	20	2,650	1,130			
<b>Blâme</b>	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>5,200</b>	<b>2,350</b>	<b>4,850*</b>	<b>38</b>	<b>0,001</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>2,450</b>	<b>0,940</b>			

\* =  $p < 0,05$ .**Comparaison des traits de personnalité des mères et des pères**

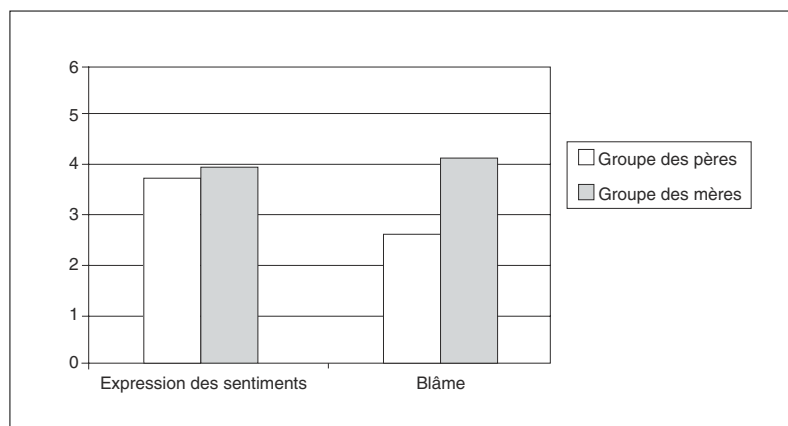
Les résultats des parents se distinguent pour certaines facettes des trois domaines de personnalité. Le tableau 3 montre, en effet, que les mères et les pères de notre population ont des moyennes significativement différentes pour l'anxiété ( $t(38) = 2,555$ ;  $p < 0,015$ ), la vulnérabilité

Tableau 3 : Résultats des mères et des pères au NEO-PI-R.

	Sexe des parents	N	Moyenne	Ecart-type	T	ddl	Sig. (bilatérale)
<b>Névrosisme 1</b> (anxiété)	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>26,250</b>	<b>5,408</b>	<b>2,555*</b>	<b>38</b>	<b>0,015</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>22,450</b>	<b>3,873</b>			
<b>Névrosisme 2</b> (colère hostile)	Mère	20	24,850	5,696	0,439	38	0,663
	Père	20	24,150	4,295			
<b>Névrosisme 3</b> (dépression)	Mère	20	22,550	6,605	1,566	38	0,126
	Père	20	19,750	4,506			
<b>Névrosisme 4</b> (timidité sociale)	Mère	20	22,950	6,589	1,049	38	0,301
	Père	20	21,200	3,503			
<b>Névrosisme 5</b> (impulsivité)	Mère	20	24,000	4,280	0,678	38	0,502
	Père	20	23,150	3,617			
<b>Névrosisme 6</b> (vulnérabilité)	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>20,050</b>	<b>7,944</b>	<b>3,297*</b>	<b>38</b>	<b>0,002</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>26,400</b>	<b>3,331</b>			
<b>Extraversion 4</b> (activité)	Mère	20	26,100	6,043	0,191	38	0,849
	Père	20	25,800	3,563			
<b>Extraversion 5</b> (recherche de sensation)	Mère	20	21,350	5,851	-1,850	38	0,072
	Père	20	24,500	4,872			
<b>Extraversion 6</b> (émotions positives)	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>27,800</b>	<b>4,708</b>	<b>2,474*</b>	<b>38</b>	<b>0,018</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>24,500</b>	<b>3,663</b>			
<b>Ouverture 3</b> (ouverture aux sentiments)	<b>Mère</b>	<b>20</b>	<b>28,750</b>	<b>4,423</b>	<b>3,746*</b>	<b>38</b>	<b>0,001</b>
	<b>Père</b>	<b>20</b>	<b>23,850</b>	<b>3,829</b>			

\* = p &lt; 0.05.

Figure 1 : Score moyen des mères et des pères au Brief-COPE.



( $t(38) = 3,297$ ;  $p < 0.002$ ), les émotions positives ( $t(38) = 2,474$ ;  $p < 0.018$ ) et pour l'ouverture aux sentiments ( $t(38) = 3,746$ ;  $p < 0.001$ ). En effet, les mères ont une moyenne plus élevée tant pour l'anxiété ( $M = 26,250$ ;  $\sigma = 5,408$ ) que pour les émotions positives ( $M = 27,800$ ;  $\sigma = 4,708$ ) et pour l'ouverture aux sentiments ( $M = 28,750$ ;  $\sigma = 4,423$ ) alors que pour la vulnérabilité ( $M = 26,400$ ;  $\sigma = 3,331$ ) les pères ont une moyenne plus élevée que les mères. Ainsi des différences claires apparaissent pour ces facettes de personnalité, si on distingue les réponses des mères et des pères au NEO-PI-R. Pour la facette du névrosisme, on voit apparaître des différences entre les parents, les mères se montrant plus anxieuses alors que les pères sont plus vulnérables au stress, pour la dimension de l'ouverture les mères semblent plus libres d'exprimer leurs sentiments et la facette de l'extraversion montre qu'elles ont tendance à éprouver plus de sentiments positifs que les pères.

### **Influence des traits de personnalité sur le coping**

Notre second objectif était de vérifier si les stratégies d'adaptation sont influencées par les traits de personnalité des parents. Pour tester l'éventuelle présence d'association nous avons utilisé une analyse de la corrélation de *Pearson*. Afin de vérifier les influences des traits de personnalité sur les stratégies d'ajustement des parents, nous avons pris en considération les corrélations entre les différentes facettes de personnalité (névrosisme, extraversion et ouverture) et les différents types de coping.

#### **Influence du névrosisme sur le coping**

Les résultats obtenus (tableau 4) montrent que le coping de l'acceptation du groupe des mères est corrélé négativement pour la colère hostilité ( $r = -.494$ ), pour la dépression ( $r = -.539$ ) et pour la vulnérabilité ( $r = -.595$ ). Cependant l'acceptation des pères est corrélée positivement à l'anxiété ( $r = .458$ ) et à la colère hostilité ( $r = .463$ ). La recherche de soutien social des mères est corrélée positivement à l'anxiété ( $r = .479$ ), alors que pour les pères cette association n'est pas significative. Le désengagement comportemental des mères est corrélé positivement à la colère hostilité ( $r = .666$ ), à la dépression ( $r = .566$ ), à l'impulsivité ( $r = .592$ ) et à la vulnérabilité ( $r = .591$ ). Par contre, le désengagement comportemental des pères est corrélé négativement à la dépression ( $r = -.565$ ) et à la timidité sociale ( $r = -.503$ ). Le coping de la planification ( $r = .522$ ) et de la recherche de soutien instrumental ( $r = .473$ ) des pères sont corrélés

**Tableau 4 : Corrélation entre les stratégies de coping et les traits de personnalité des parents.**

	Névrosisme 1 (anxiété)	Névrosisme 2 (colère hostile)	Névrosisme 3 (dépression)	Névrosisme 4 (timidité sociale)	Névrosisme 5 (impulsivité)	Névrosisme 6 (vulnérabilité)	Extraversion 4 (activité)	Extraversion 5 (recherche de sensation)	Extraversion 6 (émotions positives)	Ouverture 3 (ouverture aux sentiments)
<b>Coping actif</b>	Mère	.091	-.080	.009	-.183	-.271	.186	.101	.210	.184
	Père	.139	.403	.395	-.002	.301	.350	.154	.334	<b>.457*</b>
<b>Planification</b>	Mère	-.096	.219	.008	.082	.136	-.119	.096	.002	.115
	Père	.075	.247	.346	.041	<b>.522*</b>	.380	.357	.313	.229
<b>Réinterprétation positive</b>	Mère	-.172	-.314	-.138	-.138	-.173	.352	.264	<b>.450*</b>	.344
	Père	-.095	-.298	-.185	-.234	-.037	-.104	-.035	.144	.358
<b>Acceptation</b>	Mère	-.228	<b>-.494*</b>	<b>-.539*</b>	-.306	-.340	<b>.528*</b>	.276	<b>.582**</b>	.328
	Père	<b>.458*</b>	<b>.463*</b>	.361	-.362	.399	.194	.248	.338	.241
<b>Religion</b>	Mère	.068	.057	-.081	.169	-.265	-.010	.355	.161	-.131
	Père	-.185	.004	-.058	.053	.024	.130	-.340	.068	.127
<b>Recherche de soutien social</b>	Mère	<b>.479*</b>	.362	.140	.187	.167	<b>-.459*</b>	-.101	-.177	.133
	Père	.102	.064	.032	.268	.301	.312	.055	.018	.354
<b>Recherche de soutien instrumental</b>	Mère	.354	.270	.034	.278	.227	-.331	.065	-.170	.311
	Père	-.130	-.096	-.077	.291	<b>.473*</b>	.252	.134	.018	-.156

↑

Tableau 4 : Corrélation entre les stratégies de coping et les traits de personnalité des parents (suite).

		Névrosisme 1 (anxiété)	Névrosisme 2 (colère hostile)	Névrosisme 3 (dépression)	Névrosisme 4 (timidité sociale)	Névrosisme 5 (impulsivité)	Névrosisme 6 (vulnérabilité)	Extraversion 4 (activité)	Extraversion 5 (recherche de sensation)	Extraversion 6 (émotions positives)	Ouverture 3 (ouverture aux sentiments)
Auto-distraktion	Mère	.032	.180	.165	.158	.187	-.032	.110	-.219	-.276	.176
	Père	.088	-.262	-.311	-.424	.376	-.282	.096	-.003	.057	.026
Déni	Mère	-.060	.237	.364	.362	.154	.358	.025	.430	-.095	.308
	Père	.195	.248	.150	.130	.294	.260	.127	.131	.019	.287
Expression des sentiments	Mère	.260	-.262	-.214	-.057	-.310	-.242	.196	.013	.277	<b>.471*</b>
	Père	-.154	.059	.258	-.057	.167	.042	.155	-.318	.117	.407
Utilisation de substances	Mère	-.231	.135	.213	.405	.202	.173	-.026	<b>.447*</b>	-.062	.075
	Père	.002	.191	.424	-.116	.028	-.137	-.085	-.090	<b>.449*</b>	<b>.453*</b>
Désengagement comportemental	Mère	.327	<b>.666**</b>	<b>.566**</b>	.340	<b>.592**</b>	<b>.591**</b>	<b>-.622**</b>	-.383	<b>-.762**</b>	-.142
	Père	.009	-.346	<b>-.565**</b>	<b>-.503*</b>	-.084	-.299	-.135	-.044	.096	.216
Blâme	Mère	.312	.360	.424	.334	.418	.241	-.167	-.147	-.310	.268
	Père	<b>-.454*</b>	-.100	-.125	-.314	-.056	-.199	.153	-.356	-.149	.059

\* = p &lt; 0.05; \*\* = p &lt; 0.01

positivement à l'impulsivité alors qu'on ne retrouve pas ces corrélations significatives pour les mères. Le blâme des pères est corrélé négativement à l'anxiété ( $r = -.454$ ) alors que pour le groupe des mères on ne retrouve pas cette association.

### **Influence de l'extraversion sur le coping**

La réinterprétation positive des mères est corrélée positivement aux émotions positives ( $r = .450$ ) alors que pour les pères on ne trouve pas ce lien significatif. Les résultats indiquent que le coping de l'acceptation des mères est corrélé positivement à l'activité ( $r = .528$ ) et aux émotions positives ( $r = .582$ ), cependant on ne retrouve pas cette association significative chez les pères. La recherche de soutien social des mères est corrélée négativement à l'activité ( $r = -.459$ ), alors que pour les pères il n'y a pas de corrélation significative entre les facettes de l'extraversion et ce coping. Le coping de l'utilisation de substances des mères est corrélé positivement à la recherche de sensation ( $r = .447$ ) et celui des pères est corrélé positivement aux émotions positives ( $r = .449$ ). Le désengagement comportemental des mères est corrélé négativement à l'activité ( $r = -.622$ ) et aux émotions positives ( $r = -.762$ ), alors qu'on ne retrouve pas ce lien pour les pères.

### **Influence de l'ouverture sur le coping**

L'expression des sentiments des mères est corrélée positivement à l'ouverture aux sentiments ( $r = .471$ ), alors que pour les pères on ne retrouve pas de lien significatif. Le coping actif des pères est corrélé positivement à l'ouverture aux sentiments ( $r = .457$ ). L'utilisation de substances des pères ( $r = .453$ ) est également associée positivement à l'ouverture aux sentiments, cependant ces associations ne sont pas retrouvées pour le groupe des mères.

## **Discussion**

L'objectif général de notre recherche était d'étudier le vécu des parents d'enfants anciens prématurés. Plus spécifiquement, il s'agissait de mettre en évidence quels copings étaient susceptibles d'être utilisés par les parents au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré ainsi que de tester dans un deuxième temps l'influence des traits de personnalité actuels des mères et des pères sur ces copings.

## Distinction entre les copings et les traits de personnalité

Premièrement, il s'agissait de comparer les stratégies d'ajustement des mères et des pères, puis de rendre compte des traits de personnalité actuels de chacun des parents.

### Les différences entre le coping de la mère et le coping du père

L'analyse du premier objectif a permis de mettre en évidence qu'il existe des différences dans les copings mis en place par les mères et les pères au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré. Les résultats ont, en effet, montré que les mères se différencient des pères par une expression soit de leurs difficultés liées à cette naissance prématurée soit de leur sentiment de culpabilité. Ces données indiquent par conséquent qu'il existe bien des distinctions entre le coping de la mère et du père. Les deux parents sont susceptibles de ne pas avoir affronté la prématurité de la même façon. Nos résultats vont dans le sens des conclusions de l'étude de Löhr, Von Gontard et Roth (2000) où les mères s'interrogent davantage sur les causes de la prématurité et ont tendance à se culpabiliser ou à rejeter la faute sur les autres. D'après ces données, on peut se demander s'il existe, d'une manière générale, des styles de coping différents en fonction du genre. Cette question a été traitée par de nombreux chercheurs et notamment par Carver, Scheier et Weintraub (1989) qui ont montré que conformément aux stéréotypes habituels, les différences de coping en fonction du genre existent. En effet, ces auteurs montrent que les femmes se dirigent significativement plus vers l'expression des émotions et vers le soutien autant social qu'informationnel, alors que les hommes semblent favoriser davantage la consommation de substances. Ainsi, il semble bien exister des différences liées au genre de la personne.

### Les différences entre les traits de personnalité de la mère et ceux du père

Si on s'intéresse aux traits de personnalité actuels des parents, on constate que les mères de notre population se distinguent des pères par certaines facettes des trois domaines de personnalité. Les mères se distinguent des pères par une anxiété plus marquée (névrosisme), elles ont plus tendance à éprouver des émotions positives (extraversion) et présentent une ouverture aux sentiments plus élevée (ouverture). Les pères se différencient des mères par une vulnérabilité au stress plus

#### Résumé

Les stratégies de coping des mères et des pères d'enfants anciens prématurés

Dans cette étude rétrospective, un échantillon de 20 parents a été recruté, par envoi postal de questionnaires, afin d'identifier le vécu de la naissance prématurée de leur enfant. Le but de cette étude était d'évaluer les différences entre les stratégies de coping utilisées par les mères et les pères.

Les parents ont complété le Brief-COPE et le NEO-PI-R. Les résultats suggèrent que les parents d'enfant anciens prématurés se différencient face à cette expérience en

importante (névrosisme). Ainsi, on retrouve des différences entre les traits de personnalité actuels des mères et des pères de notre population. De ce fait, on peut supposer que les traits de personnalité des mères et des pères se distinguent. Certaines recherches ont étudié la personnalité de plus près, notamment Helson, Kwan, John *et al.* (2002) se sont intéressés à l'évolution des traits de personnalité avec l'âge. Ces auteurs ont montré que les traits de personnalité se différencient en fonction du genre. En effet, la femme a, à 21 ans, un névrosisme plus marqué que l'homme, alors que vers l'âge de 60 ans, ces différences s'atténuent pour la femme, tandis que l'homme semble grader un névrosisme stable durant les années.

### **Influence des traits de personnalité sur le coping**

Le deuxième objectif de notre étude expérimentale tentait de montrer que la structure de personnalité actuelle des parents est associée aux copings que les parents ont mis en place au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré. D'après Spear, Leef, Epps *et al.* (2002) il semble que le coping des parents confrontés à l'hospitalisation de leur enfant prématuré est influencé par la vulnérabilité au stress et les symptômes dépressifs qu'éprouvent les parents. On peut alors présumer que les traits de personnalité aient une influence sur les copings des parents. Ces données semblent corroborer avec nos propres résultats. En effet, il existe bien des associations entre les traits de personnalité et les stratégies d'ajustement que les parents ont mis en place à la naissance de leur enfant ancien prématuré.

Doering, Moser, et Dracup (2000) ont montré qu'un haut niveau d'anxiété, d'hostilité, et de dépression est associé à des ajustements plus pauvres. Ainsi, les facettes du névrosisme auraient une influence sur la mise en place de coping et des scores élevés pourraient conduire à des copings dysfonctionnels, c'est-à-dire aidant peu la personne à affronter positivement la situation. Nos analyses confirment en partie ces résultats. Ainsi, un score élevé des mères en névrosisme (colère hostilité, dépression, impulsivité et vulnérabilité) est associé à une stratégie de coping dysfonctionnelle visant à diminuer les efforts (désengagement comportemental). Cependant pour les pères de notre étude nous retrouvons étonnamment le pattern inverse avec une corrélation négative entre les facettes du névrosisme et le désengagement comportemental.

D'une manière globale, nos résultats montrent que les mères et les pères sont susceptibles de réagir différemment à la prématurité de leur

utilisant des types de coping différents. En effet, les mères présentent significativement plus de facilité à exprimer leurs difficultés et leur sentiment de culpabilité que ne le font les pères. D'autre part, la personnalité des parents a été associée à certains types de coping. La discussion analyse la portée de cette étude quant à l'accompagnement de la mère mais aussi potentiellement du père.

#### **Mots-clés**

Vécu parental.  
Ancien prématuré.  
Coping.



enfant. Outre ces différences parentales, les mères et les pères de notre population semblent adopter des copings associés à leurs traits de personnalité. À partir de nos résultats, nous pouvons dégager deux hypothèses explicatives, l'une concernant les mères et l'autre les pères.

Les mères de notre population présentent un profil plus cohérent. En effet, on retrouve un lien concevable entre leurs stratégies de coping mises en place au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré et leurs traits de personnalité actuels. Les mères de notre étude ayant des structures de personnalité avec ou sans instabilité émotionnelle (névrosisme), adoptent des copings auxquels on pourrait s'attendre. En effet, nos mères présentant un névrosisme élevé, ont tendance à recourir au désengagement comportemental et à la recherche de soutien social, alors qu'un névrosisme bas semble être associé à une stratégie d'acceptation.

Contrairement aux mères de notre étude pour lesquelles on retrouve un lien général compréhensible entre coping et structure de personnalité, l'ensemble des pères de notre étude présentent des associations inattendues entre copings et traits de personnalité. Ceci nous amène à dégager deux profils auxquels les pères sont susceptibles de correspondre. En effet, les pères de notre étude exploratoire semblent adopter des copings étant soit adaptatifs soit peu adaptatifs. Plus spécifiquement, les pères ayant tendance à adopter des stratégies fonctionnelles (acceptation, planification, coping actif) ont des traits de personnalité marqués par un névrosisme élevé. D'après ces résultats, nous sommes amenés à penser que ces pères tentent de maîtriser leur impulsivité et leur vulnérabilité au stress en compensant leur attitude par une mise en place de coping adaptatif. D'autre part, nos analyses nous permettent de supposer l'existence d'un deuxième profil de pères. Dans ce deuxième profil, les pères de cette étude ayant des structures de personnalité plus stable (faible névrosisme avec peu d'anxiété, peu de colère hostile...) recourent à des copings moins adaptés. En effet, ces pères semblant en général avoir une personnalité plus posée ont tendance à adopter des copings moins adaptatifs qui n'aident pas à diminuer les tensions induites par la prématurité. On peut supposer que ces pères, tout en ne se laissant pas envahir par des affects dépressifs, risquent de ne pas mesurer les conséquences de la prématurité. Il est possible qu'un tel détachement les conduise à adopter des copings moins adaptés qui ne diminuent pas les tensions engendrées par la prématurité, mais au contraire réduisent les efforts des pères face à cette situation (désengagement comportemental).

### Summary

In this retrospective study, 20 parents were sampled, by means of postal questionnaire, in order to find out how they experienced the birth of their premature baby. The purpose of this study was to assess the differences between the coping strategies used by mothers and fathers. Parents completed the Brief-COPE and the NEO-PI-R. Results suggest that parents with a baby born prematurely differed in their responses to this experience by using different ways of coping.

En somme, notre étude exploratoire semble montrer qu'en fonction de la structure de personnalité stable (névrosisme faible) ou instable (névrosisme élevé) des pères, ceux-ci adoptent des stratégies de coping différentes. Parmi les pères de notre population, certains semblent vivre la prématurité avec un plus grand décalage que les autres. D'après les stratégies peu aidant que ces derniers adoptent, ils semblent être plus tendanciellement à risque que les autres.

Dans ce sens, les professionnels de la santé devraient être attentifs à ces pères, souvent oubliés. Sans prise en charge, ces pères pourraient adopter des stratégies de coping non adaptées à long terme (désengagement comportemental, déni) et ceci pourrait entraver les interactions entre le père et l'enfant, mais également l'entente entre père et mère. En effet, les deux parents ayant un regard différent face à l'événement de la prématurité, peuvent arriver à des désaccords aggravant davantage les difficultés que le couple doit surmonter. Dans cet esprit, des interventions pourraient être proposées à ces parents afin de les amener à une compréhension mutuelle facilitant le soutien dans le couple et donnant une chance à l'échange de vécu.

Cependant, il faut rester prudent dans la généralisation de ces résultats comme le rappellent Paulhan et Bourgeois (1995) qui font remarquer que l'hypothèse selon laquelle un individu se comporte toujours de la même façon n'a pas pu être démontrée par les recherches menées autour de cette problématique. Dans ce sens, les futures recherches pourront tenter d'éviter ce biais en étudiant longitudinalement les influences des traits de personnalité sur les stratégies d'ajustement des parents confrontés à la naissance prématurée de leur enfant. D'autre part, une méthodologie comprenant des entretiens pourrait fournir des informations complémentaires.

D'une façon générale, on remarque que les influences des traits de personnalité sont différentes en fonction du sexe des parents. Les analyses gardent néanmoins un caractère exploratoire compte tenu du nombre réduit de participants. Cependant, notre étude sur le vécu parental montre, alors même que les enfants sont âgés variablement de 6 mois à 5 ans, que la situation créée par la prématurité a une influence durable dans le temps sur le vécu des parents. Cette constatation devrait amener les professionnels de la santé à donner de l'importance à la prise en charge psychologique des parents d'enfants prématurés, et ceci autant pour la mère que pour le père.

(Article reçu en mai 2005; accepté le 25 juillet 2005)

Mothers in fact showed a significantly greater facility for expressing their difficulties and their feelings of guilt than did fathers. In addition, the parents' personality was associated with the use of certain types of coping. The discussion analyses the impact of this study with respect to the offer of assistance to the mother and also potentially to the father.

**Key words**

Parental experience.  
Premature baby.  
Coping.

### Références

- [1] BERANI I., GIOIA Y., MALANDAIN C.: «Prématurité et créativité: Repérage d'éventuelles séquelles d'éléments traumatiques précoces chez des enfants âgés de cinq ans et demi», *Bulletin de psychologie*, 1997; 50: 569-575.
- [2] BERGÈS J., LÉZINE I., HARRISON A., BOISSELIER F.: «Le syndrome de l'ancien prématuré: recherche sur sa signification», *Revue De Neuropsychiatrie Infantile*, 1969; 11: 719-778.
- [3] BRACHT M., ARDAL F., BOT A., CHENG C.M.: «Initiation and maintenance of a hospital-based parent group for parents of premature infants: key factors for success», *Neonatal Network*, 1998; 17: 33-37.
- [4] CARVER C.S., SCHEIER M.F., WEINTRAUB J.K.: «Assessing coping strategies: a theoretically based approach», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989; 56: 267-283.
- [5] DOERING L.V., MOSER D.K., DRACUP K.: «Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants», *Neonatal Network*, 2000; 19: 15-23.
- [6] HELSON R., KWAN, V.S.Y., JOHN O.P., JONES C.: «The growing evidence for personality change in adulthood: Findings from research with personality inventories», *Journal of Research in Personality*, 2002; 36: 287-306.
- [7] HEWITT P.L., FLETT G.L.: «Personality traits and the coping process», in *Handbook of coping: theory, research, applications*, John Wiley, New York, 1996; p. 410-433.
- [8] HOLDITCH-DAVIS D., MILES M.S.: «Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit», *Neonatal Network*, 2000; 19: 13-21.
- [9] HOROWITZ M.J.: «Stress, states, and person schemas», *Psychological Inquiry*, 1990; 1: 25-29.
- [10] HUGHES M., MCCOLLUM J., SHEFTEL D., SANCHEZ G.: «How parents cope with the experience of neonatal intensive care», *Child Health Care*, 1994; 23: 1-14.
- [11] JEFFOCATE J.A., HAMPHREY M.E., LLOYD J.K.: «Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery», *Development Medicine Child Neurology*, 1979; 21: 344-352.
- [12] KMITA G.: «Parents and their prematurely born child – from experience of cooperation of a psychologist with the clinical department of neonatal pathology and intensive care», *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2004; 4: 119-127.
- [13] KREISLER L., SOULÉ M.: «L'enfant prématuré», in: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, Paris, 1995; p. 1893-1915.
- [14] LAMONTAGNE L.L., PAWLAK R.: «Stress and coping of parents in a paediatric intensive care unit», *Heart and Lung*, 1990; 19: 416-421.
- [15] LAU R., MORSE C.A.: «Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery», *Stress and Health*, 2003; 19: 69-78.
- [16] LAZARUS R.S., LAUNIER R.: «Stress-related transactions between person and environment», *Perspectives in international psychology*, New York, Plenum, 1978.
- [17] LE NORMAND M.-T., DELFOSSE M.-J., CRUNELLE D., VITTRANT C.: «Le développement du langage dans une population de 52 enfants nés avant 36 semaines et de faible poids. Résultats à deux ans et à trois ans et demi», *Revue internationale de neuropsychologie de l'enfant*, 1995; 31: 4-10.
- [18] LEVY-SHIFF R., DIMITROVSKY L., SHULMAN S., HAR-EVEN D.: «Cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of parenting and infant development», *Development Psychology*, 1998; 34: 1417-1427.
- [19] LÖHR T., VON GONTARD A., ROTH B.: «Perception of premature birth by fathers and mothers», *Archives of Women's Mental Health*, 2000; 3: 41-46.
- [20] LUNDQVIST P., JAKOBSSON L.: «Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants», *Neonatal Network*, 2003; 22: 25-31
- [21] MACNAB A.J., BECKETT L.Y., COHEN PARK C., SHECKTER L.: «Journal writing as a support for parents of premature infants: a pilot study», *Patient education and counselling*, 1998; 33: 149-159.

- [22] MARUSIC A., GUDJONSSON G.H., EYSENCK H.J., STARC R.: « Biological and psychosocial risk in ischaemic heart disease: empirical findings and a biopsychosocial model », *Personality and Individual Differences*, 1999; 26: 285-304.
- [23] MAY K.A.: « Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father », *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 1994; 23: 246-251.
- [24] MCCRAE R.R., COSTA Jr. P.T.: *Personality in adulthood*, Guilford, New York, 1990.
- [25] MCCRAE R.R., COSTA Jr. P.T.: « Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample », *Journal of Personality*, 1986; 54: 385-405.
- [26] MELLIER D.: « Le syndrome de l'ancien prématuré, le retour », in: *Le développement de l'enfant. Approches comparatives*, PUF, Paris, 1994; p.159-164.
- [27] MELLIER D., FERNANDEZ-BERANI L., FESSARD C.: « Devenir à 6 ans d'enfants grands prématurés », *Enfance*, 1999; 1: 27-32.
- [28] MILES M.S., CARLSON J., FUNK S.G.: « Sources of support reported by mothers and fathers of infants hospitalised in a neonatal intensive care unit », *Neonatal Network*, 1996; 15: 45-52.
- [29] MILES M.S., FUNK S.G., KASPER M.A.: « The stress response of mothers and fathers of preterm infants », *Research Nursing Health*, 1992; 15: 261-269.
- [30] MOOS R.H., SWINDLE R.W.: « Person-environment transactions and the stressor-appraisal-coping process », *Psychological Inquiry*, 1990; 1: 30-32.
- [31] MULLER L., SPITZ E.: « Evaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief-COPE sur une population française », *L'Encéphale*, 2003; 29 (6): 507-518.
- [32] PARKE R.D., TINSLEY B.J.: « Fathers as agents and recipients of support in the postnatal period », in: *Research on support for parents and infants in the postnatal period*, Westport, CT, 1987; p. 84-113.
- [33] PARKES K.R.: « Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986; 51: 1277-1292.
- [34] PAULHAN I., BOURGEOIS M.: *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1995.
- [35] PRUDHOE C.M., PETERS D.L.: « Social support of parents and grandparents in the neonatal intensive care unit », *Paediatric Nursing*, 1996; 21: 140-146.
- [36] SHIELDS-POE D., PINELLI J.: « Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units », *Neonatal Network*, 1997; 16: 29-37.
- [37] SPEAR M.L., LEEF K., EPPS S., LOCKE R.: « Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit », *American Journal Perinatology*, 2002; 19: 205-213.
- [38] SULS J., DAVID J.P., HARVEY J.H.: « Personality and coping: three generations of research », *Journal of Personality*, 1996; 64: 711-735.
- [39] TINSLEY B.R., PARKE R.D.: « Grandparents as support and socialization agents », in: *Beyond the dyad*, Plenum, New York, 1983; p. 161-194.
- [40] TRAUSE M.A., KRAMER L.I.: « The effects of premature birth on parents and their relationship », *Developmental Medicine et Child Neurology*, 1983; 25: 459-465.
- [41] WARD K.: « Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU) », *Paediatric Nursing*, 2001; 27: 281-286.
- [42] WATSON D., DAVIDS J.P., SULS J.: « Personality, affectivity, and coping », in: *The psychology of what works*, Oxford University Press, New York, 1999; p. 119-140.
- [43] YOUNG SEIDEMAN R., WATSON M.A., CORFF K.E., ODLE P., HAASE J., BOWERMAN J.L.: « Parent stress and coping in NICU and PICU », *Journal Paediatric Nursing*, 1997; 12: 169-177.