

# VARIATION

Jocelyne Tourigny, inf. Ph.D. - Sylvie Larocque, inf. M.Sc. - Sophie Longpré, inf. M.Sc. -  
Noëlla Lahaie, inf. M.Sc.  
École des Sciences Infirmières Université d'Ottawa Canada

## MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

### RÉSUMÉ

#### MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

Un instrument, l'*Inventaire des conduites parentales*, a été élaboré et validé par l'auteure principale lors de son étude doctorale, destinée à mesurer l'effet d'une intervention éducative sur le comportement des parents. L'instrument, bâti selon un cadre théorique d'apprentissage-enseignement, était composé à l'origine de 16 conduites réparties en trois catégories : information verbale, stratégie cognitive et attitudes. L'homogénéité et la stabilité de cette version ont été effectuées sur un échantillon de 142 parents. La fidélité inter-observateurs en cours d'étude a été de 94.3%. Une analyse factorielle a montré que 14 des 16 items ont contribué de façon appréciable à l'évaluation des conduites parentales. Suite à cette analyse et à son utilisation par les assistantes de recherche, l'instrument a été remanié et se présente tel que décrit dans l'article.

*Mots clefs* : validation, instrument, conduites, parents, enfants, chirurgie.

### SUMMARY

#### MEASURE OF PARENTAL BEHAVIORS DURING A SAME-DAY SURGERY

A new instrument, the *Inventaire des conduites parentales*, was validated by the main author during her doctoral studies. The purpose of her research was to measure the effect of an educational intervention on parent's behaviors. This instrument, based on an educational theoretical framework, was composed of 16 behaviors divided into 3 categories : verbal information, cognitive strategies and attitudes. The reliability of the initial version of the instrument was measured with a sample of 142 parents. The inter-rater agreement was of 94.3%. The factor analysis showed that 14 of the 16 items were closely related to 4 clusters of variables. Following the factor analysis results, and the utilization of this instrument by research assistants, it was revised and is now described in this article.

*Key words* : validation, instrument, behaviors, parents, children, surgery.

# VARIATION

## MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

### INTRODUCTION

En Amérique du Nord, la plupart des enfants ayant à subir une chirurgie dite mineure comme une amygdaléctomie, une herniorraphie ou une strabornexie entrent à l'hôpital le matin de la chirurgie et en ressortent le soir même. Cette manière de procéder raccourcit le temps d'hospitalisation et a pour conséquence de diminuer les fardeaux financier et émotionnel liés à la chirurgie. Elle pose cependant des problèmes quand il s'agit de préparer adéquatement les enfants et les parents à la chirurgie, le temps de préparation étant assez court.

La plupart des grands centres pédiatriques universitaires utilisent des moyens comme des brochures informatives, des livres à colorier, des programmes vidéo et des visites guidées pour préparer les enfants et les parents à la chirurgie. Le contenu des programmes est similaire; on donne aux parents des renseignements sur les formalités liées à l'hospitalisation et on montre à l'enfant le milieu hospitalier ainsi que les procédures qui y seront effectuées. Ce type de préparation s'adresse particulièrement aux enfants de plus de six ans et les parents n'en sont généralement pas la cible principale. De ce fait, on a rarement mis l'accent sur la participation parentale et celle-ci n'a pas été mesurée de façon objective.

L'auteure principale, dans une récente étude de doctorat, a évalué l'effet d'un programme éducatif destiné à préparer des parents à intervenir efficacement auprès de leur enfant de trois à six ans opéré en chirurgie d'un jour (Tourigny, 1996). Dans le cadre de cette étude, elle a élaboré une grille afin d'évaluer la participation des parents aux soins de l'enfant lors de la journée de la chirurgie.

Appuyée par ses collègues de travail et assistantes de recherche, elle relate les étapes de l'élaboration et de la validation de l'instrument de mesure *l'Inventaire des conduites parentales*(1), parle de son utilisation en milieu hospitalier et rapporte quelques résultats obtenus dans son étude.

(1) Annexe n° 1

### ÉLABORATION DE L'INSTRUMENT

#### 1. Revue de littérature

La revue des écrits se rapportant à la préparation des parents à une hospitalisation ou à une chirurgie de l'enfant montre que les mesures prises pour évaluer de façon objective la participation des parents aux soins de l'enfant sont à peu près inexistantes.

On se contente de demander aux parents quelles actions ils ont posées pour aider leur enfant (Irwin et Llyod-Still, 1974; Meng et Zastowny, 1982) ou on s'informe de leur niveau d'anxiété (Caty, Ritchie et Ellerton, 1989a; Schepp, 1991; Skipper, 1966; Tourigny, 1992). On demande quelquefois au personnel infirmier d'évaluer de façon globale l'adaptation des parents au milieu hospitalier (Skipper et Leonard, 1968) ou leur implication dans les soins (Kristensson-Hallström et Elander, 1994). Quelques chercheurs seulement ont tenté de mesurer la participation réelle des parents aux soins de l'enfant soit par un auto-rapport des parents soit par l'observation de leur comportement.

De façon générale, Roskies, Mongeon et Gagnon-Lefebvre (1978) parlent de la participation parentale en termes de soins physiques, soins psychologiques et soins médicaux. Elles ne précisent pas les actions spécifiques ni comment ces types d'actions ont été mesurées.

Une étude similaire a démontré que des mères d'enfants de deux (2) à cinq (5) ans hospitalisés pour au moins deux (2) jours ont dit avoir aidé leur enfant de la façon suivante : donner des soins de confort et sécuriser, donner de l'information, offrir des récompenses, donner des soins physiques et de protection, donner du soutien émotionnel, distraire l'enfant, lui donner du contrôle, conserver ou favoriser les activités normales pour l'âge, encourager (faire voir les aspects positifs) et défendre les droits de l'enfant (Caty, Ritchie et Ellerton, 1989b).

D'autres parents d'enfants hospitalisés décrivent leurs différentes activités à l'hôpital comme suit : présence physique, soins quotidiens (hygiène, nutrition, élimination), procédures de soins (donner les médicaments, assurer le confort, surveillance) et mesures de soutien (distraire, amuser, défendre les droits, interpréter les désirs de l'enfant, aider lors d'une procédure douloureuse) (Romaniuk et Kristjanson, 1995).

LaMontagne, Hepworth, Pawlak et Chiaferi (1992) ont élaboré un instrument d'auto-rapport des actions parentales, le *Questionnaire d'activités parentales* (*Parent Activities Questionnaire*).

Ces auteurs classent les activités parentales en trois catégories : actions d'ordre instrumental comme nourrir et donner le bain; actions d'ordre consultatif comme parler avec les médecins et les infirmières de l'état de l'enfant, et actions de soutien émotionnel comme exprimer de l'affection à l'enfant.

Dans l'étude de Mazurek-Melnyk (1994), des mères recevant de l'information sur les réactions possibles de l'enfant et sur les moyens de l'aider ont dit avoir participé plus aux soins de l'enfant et ont apporté plus de soutien pendant la prise de température rectale que les parents n'ayant pas reçu cette information. Un des instruments utilisés, *l'Index de participation parentale (Index of Parent Participation/Hospitalized Child)* contenait 36 actions adoptées par les parents pendant l'hospitalisation de leur jeune enfant : donner le bain, calculer les ingesta-excreta, jouer avec l'enfant, expliquer les tests et procédures, etc. Les parents devaient cocher eux-mêmes les actions posées. Un autre instrument utilisé par la même auteure, *l'Index de soutien parental pendant une procédure invasive (Index of Parental Support during Intrusive Procedures)* comprenait 16 actions positives ou négatives posées par les parents pendant la prise de température rectale de l'enfant. Lors de cette recherche, les parents étaient observés pendant la procédure invasive et les conduites démontrées étaient cochées par des observatrices. Ce dernier instrument, peu décrit dans l'article, aurait réussi à établir une différence significative entre le soutien apporté par les parents des groupes expérimentaux et celui apporté par les parents du groupe de contrôle. Dahlquist, Power, Cox et Fernbach (1994) ont utilisé un autre instrument, le *DPIS : Dyadic Pre-Stressor Interaction Scale* pour évaluer les interactions mère-enfant pendant une ponction de la moëlle osseuse chez l'enfant. Les conduites observées chez les parents sont les suivantes : informer, distraire, rassurer, ignorer les conduites inappropriées et maîtriser l'enfant. Fielding et Tam (1990), suite à l'observation des mères lors d'une chirurgie d'enfants de deux à dix ans, classent les interactions en trois (3) catégories : des actions de soins comme nourrir, changer de couche; des actions de réconfort comme bercer, serrer, parler doucement et des actions de type ludique.

La revue de littérature montre que la participation réelle des parents aux soins de l'enfant a été rarement mesurée et qu'il n'existe que quelques instruments, en anglais, pour mesurer de façon objective cette participation. Les conduites parentales observées lors d'une hospitalisation de l'enfant ou lors d'une procédure invasive se regroupent principalement selon les mêmes aspects : actions d'ordre physique, actions d'ordre psychologique et actions d'ordre médical ou infirmier. Les

conduites de participation des parents lors d'une chirurgie en court séjour chez un jeune enfant n'ont fait l'objet d'aucune étude. L'auteure principale a donc bâti un instrument de mesure des conduites parentales adapté à cette situation. Elle s'est inspirée des recherches antérieures et du modèle théorique adopté dans son étude.

## 2. Cadre théorique

La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1985) ayant servi à bâtir le programme éducatif destiné aux parents a été également utilisé pour déterminer les capacités d'apprentissage désirées chez les parents et élaborer ainsi l'instrument de mesure. Les capacités ou savoirs mesurés par l'instrument devaient être les suivantes :

- l'information verbale c'est-à-dire la capacité de transmettre des faits concernant l'hospitalisation et la chirurgie sous forme de propositions et en des termes compréhensibles pour l'enfant
- les stratégies cognitives c'est-à-dire la capacité d'utiliser des stratégies pour retenir l'information donnée et s'en servir pour résoudre des problèmes nouveaux lors de l'hospitalisation de l'enfant; par exemple, appliquer les techniques enseignées dans le programme éducatif
- les attitudes c'est-à-dire la capacité des parents à répondre d'une certaine manière aux besoins de l'enfant c'est-à-dire à adopter des conduites aidantes pour l'enfant.

Les habiletés intellectuelles comme les concepts et les règles, c'est-à-dire la connaissance des termes médicaux et les habiletés théoriques de résolution de problème, étaient mesurées par un autre instrument, le *Questionnaire sur les connaissances* (Tourigny, 1996).

À partir de son expérience personnelle, de la revue de la littérature et du cadre théorique de Gagné (1985), qui a donné une structure à l'instrument, l'auteure a donc identifié plusieurs conduites se classant dans une des trois catégories mentionnées plus haut : information verbale, stratégies cognitives et attitudes.

## VALIDATION DE L'INSTRUMENT

### Validité

Six (6) experts dont trois en soins infirmiers pédiatriques et trois en éducation ont aidé à établir la validité apparente et de contenu de l'instrument. Le pour-

## MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

centage d'accord pour les 19 items a été de 80% et plus.

L'observation de douze (12) dyades parents-enfants durant l'étude-pilote a permis de réduire le nombre de conduites à 16 et de mieux décrire chaque conduite. En effet, trois conduites ont été enlevées, soit qu'elles ne se sont pas produites, soit qu'elles semblaient être étroitement jumelées avec un autre type de conduites.

L'instrument se présentait donc comme suit :

### Liste des conduites parentales selon le type de conduites

INFORMATION VERBALE	STRATÉGIES COGNITIVES	ATTITUDES
1. Donne information	5. Applique renforcement	9. Regarde enfant
2. Répond questions	6. Applique distraction	10. Sourit à enfant
3. Compréhension	7. Applique relaxation	11. Se tient à proximité
4. Donne instructions	8. Applique autre méthode	12. Manifeste affection
		13. Rassure
		14. Renforce
		15. Participe
		16. Défend intérêts

### Fidélité

L'homogénéité de l'instrument a été établie lors de l'étude doctorale (Tourigny, 1996) avec un échantillon de 142 parents.

La corrélation entre les items de la catégorie information verbale et le score total obtenu était de 0,59, entre la catégorie stratégies cognitives et le score total de 0,47 et entre la catégorie attitudes et score total de 0,92, toutes trois avec un  $<p>=,01$ .

Les scores obtenus pendant les cinq périodes d'observation des parents (admission de l'enfant, départ pour la salle d'opération, salle d'accueil du bloc opératoire, retour de la salle de réveil et durant l'heure suivant le retour) avaient des coefficients modérés de corrélation, allant de 0,54 à 0,61,  $<p>=,01$ , avec le score total.

La stabilité de l'instrument a été mesurée en comparant les résultats obtenus aux différents moments d'observation. Les résultats se retrouvent au tableau suivant.

### Matrice de corrélation des scores selon les périodes d'observation

	KP1 Admission	KP2 DépartSO	PSP3 Accueil	KP4 Retour	KP5 Heure post-op
PSP1	1,000				
KP2	,2294**	1,000			
KP3	,2729**	,2483**	1,000		
KP4	,0727	,0926	,2538**	1,000	
KP5	,0356	,3253	,1289	,2557**	1,000

\*\*  $p=,01$

Comme on peut le constater, il existe une corrélation basse mais significative entre chacun des moments d'observation.

Une analyse factorielle effectuée pendant l'étude a montré que les 16 items avaient des coefficients de corrélation corrigés de 0,43 à 0,78, ce qui montre que tous les indices ont contribué de façon appréciable à l'évaluation des conduites parentales. Suite à la rotation des facteurs (méthode Varimax), les 16 items ont été regroupés en six facteurs comptant pour 59,1% de la variance expliquée. Le seuil acceptable ayant été fixé à 0,50 pour éviter les saturations secondaires, deux items n'ont pas été considérés dans l'analyse des résultats : l'item n° 9 (*regarde enfant*) et l'item n° 16 (*défend intérêts*).

### Matrice de rotation des facteurs pour l'instrument Inventaire des conduites parentales

ITEMS	FCT1 Attitudes behavioral	FCT2 Attitudes affectif- cognitif	FCT3 Information verbale	FCT4 Stratégies cognitives	FCT5 Stratégies cognitives	FCT6 Stratégies cognitives
ATT-13	,67000					
AIT-15	,63514					-,42856
ATT-1 1	,62698					
ATT-1 2	,62674					
ATT-10		,78101				
IV-3		,72180				
IV-4			,77850			
iv-2			,61719			
IV-1			,51699			
ATT-16			,43081			
SC-5				,76320		
SC-a				,75586		
SC-6					,76930	
ATT-9	,45783				-,59040	
ATT-14		,45575			,51028	
SC-7						,77923

ATT : attitudes IV : information verbale SC : stratégies cognitives  
(voir tableau n° 1)

Le facteur 1 regroupe quatre conduites de type attitudes : se tient à proximité, manifeste affection, rassure et participe, ces quatre conduites avaient été classées initialement comme attitudes. Le facteur 2 comprend une conduite classée comme attitude : sourit à l'enfant et une conduite classée comme information verbale : compréhension. La conduite relative à ce facteur (sourit) fait plus appel à l'aspect affectif des attitudes qu'à l'aspect behavioral tel que démontré dans le facteur 1 ; c'est pourquoi elle se retrouve dans un deuxième facteur. L'item compréhension regroupe les conduites qui bien que d'ordre verbal, démontrent que les parents tiennent compte du niveau de développement de l'enfant et de ses réactions propres; cette fois-ci, c'est l'aspect cognitif des attitudes qui est démontré dans ce facteur (Gagné, 1985).

Le facteur 3 comprend trois conduites de type information verbale : donne de l'information, répond aux questions, donne des instructions. Ce regroupement correspond assez bien à la section information verbale de l'instrument.

Les facteurs 4, 5 et 6 regroupent les quatre conduites de type stratégies cognitives : applique renforcement, distraction, relaxation et autre méthode et une conduite classée comme attitude : renforce. Cette dernière peut très bien se coupler à la stratégie de renforcement à l'item n° 5. Les conduites de type stratégies cognitives ont été très peu démontrées pendant l'étude.

Quant à la fidélité inter-observateurs, les assistantes de recherche qui ont visionné et évalué conjointement au moins 15% des bandes-vidéo à l'aide de *L'Inventaire des conduites parentales* ont obtenu un pourcentage d'accord de 94,3%.

## UTILISATION DE L'INSTRUMENT

Les parents et leur enfant de trois à six ans (n=142) admis à l'unité de chirurgie d'un jour pour une chirurgie de type mineur, comme une amygdalectomie, adénoïdectomie, myringotomie, straborexie, herniorraphie, ont été observés avec une caméra-vidéo à différents moments au cours de la journée de la chirurgie, à l'admission, au départ pour la salle d'opération, dans la salle d'accueil du bloc opératoire, au retour de la salle de réveil et durant l'heure post-retour. Des périodes spécifiques de prise d'images avaient été établies avant l'expérimentation.

Ces images ont été visionnées par des observatrices indépendantes, toutes trois expertes en soins infirmiers, qui ont utilisé l'instrument *Inventaire des conduites parentales* pour évaluer l'effet du programme éducatif sur les conduites parentales. Chaque type de conduite démontrée par les parents, mères et pères, n'était coché qu'une fois pour chaque moment d'observation. Dans le cadre de cette étude, l'instrument mesurait donc la présence et non la fréquence des conduites.

Les principales difficultés rencontrées par les évaluatrices ont été d'ordre technique comme par exemple la difficulté au niveau du son et de la prise d'images. Les parents chuchotaient souvent à l'oreille de l'enfant ou leurs paroles se perdaient dans le bruit ambiant; sur certaines images, il était difficile de bien distinguer le visage et les gestes des parents compte tenu de la présence d'autres personnes autour d'eux. Certains moments d'observation étaient courts et rendaient difficile une évaluation adéquate des conduites parentales.

D'autres difficultés reliées à l'instrument lui-même ont été rapportées. Il était parfois malaisé de distinguer entre certains items, étant donné leur similarité; ceci a été le cas pour l'item n° 5, *Applique renforcement* et l'item n° 14, *Renforce*. L'analyse factorielle a d'ailleurs regroupé ces deux items sous le même facteur. Un autre item, l'item n° 12, *Manifeste affection*, rendait automatique le rapport de l'item n° 11, *Se tient à proximité*. Il sera donc très important de bien distinguer ces deux items dans la description des conduites de l'instrument.

Les explications accompagnant chaque item ont grandement facilité l'évaluation des conduites. Par exemple, la définition suivante accompagnait l'item *Applique distraction* : Applique la méthode de distraction telle que décrite dans la brochure c'est-à-dire essaie de diminuer son anxiété en l'intéressant à des activités non liées à l'hospitalisation, amène au coin-jeu, lit un livre, raconte une histoire, fait compter jusqu'à..., parle d'un autre sujet.

## RÉSULTATS OBTENUS ET DISCUSSION

Le total des conduites manifestées par les parents au cours des cinq (5) moments d'enregistrement a été fait et un score moyen a été calculé à l'aide du logiciel SPSS-X. Le nombre de bandes vidéo éligibles était de 142.

## MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

Le tableau suivant présente la moyenne et l'écart-type des scores de conduites parentales selon le type de conduites.

### Moyenne et écart-type des scores de conduites parentales selon le type de conduites (n=142)

Type de conduites	Moyenne	Écart-type
Information verbale	2,67	1,85
Stratégies cognitives	1,47	1,20
Attitudes	18,24	4,37

Ce sont les conduites de type attitudes qui ont été les plus démontrées, suivies par celles de type information verbale et stratégies cognitives. Ces résultats concordent avec ceux des études antérieures sur la participation des parents aux soins de l'enfant à l'hôpital. (Coty et al, 1989b; Fielding et Tarn, 1990; Mazurek-Melnyk, 1994; Roskies et al, 1978). En effet, les parents de cette dernière étude mentionnent très souvent des actions comme reconforter et sécuriser l'enfant (embrasser, serrer, bercer). LaMontagne et al. (1992), dans leur étude de 47 parents d'enfants hospitalisés, ont trouvé que ceux-ci utilisaient plus de stratégies de type émotionnel, par exemple l'évitement, que de stratégies de type résolution de problèmes comme une action directe pour améliorer une situation.

Les conduites de type attitudes les plus démontrées lors de l'étude ont été : *se tenir à proximité* \*\* (M=4,47, ÉT=0,85), *regarder l'enfant* (M=4,14, ET=1,16), *réassurance* (M=2,83, ÉT=1,40) et *participation* (M=2,26, ÉT=1,13).

Les deux moments où les parents ont démontré le registre le plus étendu de conduites ont été le moment de l'admission de l'enfant à l'unité de soins (M=5,98, ÉT=2,30) et durant l'heure suivant le retour de la salle de réveil (M=5,35, ÉT=1,99). Le moment de l'admission étant le plus anxiogène pour l'enfant et celui où il démontre le plus de détresse (Tourigny, 1992), on peut affirmer que les parents, en réponse à cette détresse, manifestent plus de conduites surtout de type réassurance et reconfort. C'est durant l'heure suivant le retour de la salle de réveil qu'un enfant peut manifester des signes évidents de détresse, reliés aux effets de l'anesthésie ou à la douleur due à la chirurgie (Tourigny, 1992). Les parents, encore une fois, tentent de réduire

cette détresse par des actions de reconfort et de distraction.

L'instrument a donc été capable de mesurer les différents types de conduites présentes et de distinguer les moments où les parents étaient les plus susceptibles d'apporter de l'aide à l'enfant.

Des variables socio-démographiques comme l'âge de la mère et la présence d'autres enfants dans la famille a affecté de manière significative le score des conduites parentales. Lors de l'analyse de variance, les mères entre 21 et 29 ans ont démontré plus de types de conduites surtout celle de type stratégies cognitives (F=3,416, dl=2,141, p <,05) et attitudes (F=3,412, dl=2,141, p <,05) que les mères des autres groupes d'âge. Les parents sans autre enfant ont démontré plus de conduites des trois types que les parents avec d'autres enfants (F=4,028, dl=2,141, p <,05). Ceci est en accord avec les résultats obtenus par Schepp (1992); dans son étude sur le comportement de mères d'enfants hospitalisés, ce sont les mères plus jeunes et avec moins d'enfants qui préféraient avoir plus de contrôle sur l'enfant à l'hôpital.

## CONCLUSION

L'instrument *Inventaire des conduites parentales* s'est avéré un instrument fidèle et valide dans la mesure des conduites parentales lors d'une chirurgie d'un jour de l'enfant. Cet instrument, a été capable de discriminer entre les différents types de conduites et de distinguer les moments où les parents démontraient le plus ces conduites.

Suite à l'analyse factorielle effectuée au cours de l'étude (Tourigny, 1996), certains items ont été supprimés notamment les items n° 9 (*regarde enfant*) et n° 16 (*défend intérêts*); l'item n° 14 (*renforce*) a été incorporé à l'item n° 5 (*applique renforcement*). Les items restants ont été regroupés sous quatre (4) types :

- 1) information verbale
- 2) stratégies cognitives
- 3) attitudes : cognitif-affectif
- 4) attitudes : behavioral

Suite également à l'étude, la description de chaque item a été revue et modifiée afin de bien correspondre à la nouvelle classification.

Afin d'en poursuivre la validation, l'instrument devra

\*\*M = moyenne    ÉT = écart type

être utilisé de nouveau dans d'autres situations de soins plus prévisibles pour les parents, comme une ponction veineuse, une ponction lombaire ou une ponction de la moëlle osseuse. La validité convergente devra être établie en comparant l'*Inventaire* des conduites parentales à un autre instrument de type similaire.

En ce qui concerne la clinique, cet instrument permettra aux travailleurs et travailleuses en soins de santé non seulement de mesurer le degré d'implication des parents dans les soins mais aussi d'évaluer l'effet de certaines interventions sur cette implication. La place de plus en plus grande que prennent les soins prodigués sur une base ambulatoire rend nécessaire une meilleure collaboration parents-milieu de santé afin de conserver une qualité de soins optimum.

Une autre recherche faite à partir des données recueillies pendant cette étude doctorale se propose d'examiner et de comparer les conduites des mères et des pères lors de la journée de la chirurgie. En effet, de nombreux pères étaient présents au cours de cette journée et il apparaît très important de décrire de manière plus exhaustive les conduites de ces pères. Ces derniers peuvent s'avérer des collaborateurs très précieux et les travailleurs en soins de santé ont tout intérêt à les utiliser dans le contexte des soins ambulatoires.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Caty, S., Ritchie, J. A., Ellerton, M. L. (1989). Mothers' perceptions of coping behaviors in hospitalized preschool children. *Journal of Pediatric Nursing*, 4(6), 403-410.
- Caty, S., Ritchie, J. A., Ellerton, M. L. (1989). Helping hospitalized preschoolers manage stressful situations: the mothers' role. *Children's Health Care*, 18(4), 202-209.
- Dahlquist, L. M., Power, T. G., Cox, C. N., Fernbach, D. J. (1994). Parenting and child distress during cancer procedures: a multidimensional assessment. *Children's Health Care*, 23(3), 149-166.
- Fielding, R., Tarn, F. S. H. (1990). Maternal responses to expressed distress of Chinese children hospitalized for elective surgery. < *Psychologia*, 33(2), 100-105.
- Gagné, R. M. (1985). *The conditions of learning and theory of instruction* (4th ed.) New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Irwin, S., Lloyd-Still, D. (1974). The use of groups to mobilize parental strengths during hospitalization of children. *Child Welfare*, 53(5), 305-312.
- Kristensson-Hallstrom, I., Elander, G. (1994). Parental participation in the care of hospitalized children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(3), 149-154.
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Pawlak, R., Chiafery, M. (1992). Parental coping and activities during pediatric critical care. *American Journal of Critical Care*, 1(2), 76-80.
- Mazurek-Melnyk, B. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research*, 43(1), 50-55.
- Meng, A., Zastowny, T. (1982). Preparation for hospitalization: a stress inoculation training program for parents and children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 11(2), 87-94.
- Romaniuk, D. K., Kristjanson, L. J. (1995). The parent-nurse relationship from the perspective of parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 12(2), 80-89.
- Roskies, E., Mongeon, M., Gagnon-Lefebvre, B. (1978). Increasing maternal participation in the hospitalization of young children. *Medical Care*, 16, 765-777.
- Schepp, K. G. (1991). Factors influencing the coping efforts of mothers of hospitalized children. *Nursing Research*, 40(1), 42-46.
- SKIPPER, J. K. (1966). Mothers' distress over their children's hospitalization for tonsillectomy. *Journal of Marriage and the Family*, 28(1), 145-151.
- Skipper, J. K., Leonard, R. C. (1968). Children, stress and hospitalization: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 9(1), 275-287.
- Tourigny, J. (1992). État émotionnel des mères et comportement de l'enfant lors d'une chirurgie mineure. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 24(1), 65-80.
- Tourigny, J. (1996). Effet d'une intervention éducative pré-opératoire sur le comportement des parents et de l'enfant lors d'une chirurgie en court séjour. Thèse de doctorat. Université Laval, Québec, Canada.

MESURE DES CONDUITES PARENTALES LORS  
D'UNE CHIRURGIE DE L'ENFANT EN COURT SÉJOUR

ANNEXE N° 1

INVENTAIRE DES CONDUITES PARENTALES  
GRILLE D'ÉVALUATION

N° —

PÉRIODES D'OBSERVATION							
INDICES	1	2	3	4	5	6	TOTAL
<b>Information verbale</b>							
(1) Donne information							
(2) Répond questions							
(3) Donne Instructions							
<b>Stratégies cognitives</b>							
(4) Applique renforcement							
(5) Applique distraction							
(6) Applique relaxation							
(7) Applique autre méthode							
<b>Attitudes : cognitif-affectif</b>							
(8) compréhension							
(9) Sourit enfant							
<b>Attitudes : behavioral</b>							
(10) Manifeste affection							
(11) Rassure							
(12) Se tient à proximité							
(13) Participe							
<b>TOTAL</b>							



## INVENTAIRE DES CONDUITES PARENTALES

### EXPLICATION DES INDICES

- (1) Renseigne spontanément l'enfant sur les objets, les procédures, les raisons de ces procédures, la durée du séjour, le rôle de l'infirmière; explique, démontre, précise, traduit : «Ceci est un stéthoscope» «L'infirmière prend ta température pour... » «Cela veut dire... »
- (2) Renseigne l'enfant sur demande, répond immédiatement à ses questions.
- (3) Donne des directives, «Mets ton bras comme cela », «Regarde-moi », «Serre ma main très fort», faisant partie ou non des stratégies d'aide utilisées.
- 
- (4) Applique la méthode de renforcement ie. utilise un renforçateur visible (objet) ou non visible (promesse d'une récompense), accompagné d'un renforçateur verbal : «Tu fais bien cela », «Continue», «Je suis fier de toi » pour influencer le comportement de l'enfant.
- (5) Applique la méthode de distraction ie. essaie de diminuer son anxiété en l'intéressant à des activités non liées à l'hospitalisation; amène au coin-jeu, lit ou donne un livre, raconte une histoire, fait compter jusqu'à..., parle d'un autre sujet.
- (6) Applique la méthode de relaxation ie. utilise un moyen pour faire détendre l'enfant : faire faire la poupée de chiffon, chantonner doucement, lui dire de rester mou, masser ou frotter ou caresser ce façon rythmique une partie du corps.
- (7) Applique une autre méthode d'aide à l'enfant qui n'est pas mentionnée dans cette partie. Cette méthode doit être visible et doit avoir pour but d'aider l'enfant lors de moments difficiles : faire adopter une position particulière, le faire se parler à lui-même, lui rappeler les bons moments ou les événements heureux qu'il a vécus.
- 
- (8) Démontre une compréhension du stade de développement et des réactions de l'enfant :  
«Je pense qu'il a peur de cet instrument», «A son âge, il pense que. ..», «Tu es capable de comprendre que..., de faire... », «Je sais que tu as peur... »
- (9) Sourit franchement à l'enfant en le regardant (coins de la bouche relevés) ou rit et plaisante avec lui.
- 
- (10) Donne de brèves caresses sur tout le corps, serre dans ses bras, embrasse, dit qu'elle l'aime, flatte.
- (11) Rassure l'enfant soit par des paroles : «Cela ne fait pas mal », «Ca va bien aller », «Je reste avec toi » «Ce ne sera pas long», «Je t'attends», «L'infirmière est gentille», soit par gestes ou des actions (poser une main sur l'enfant, lui tenir la main, lui donner son toutou favori ou sa couverture, le bercer).
- (12) Se tient près de l'enfant c'est-à-dire à un pied et moins, lorsqu'il est dans un lit ou lorsqu'on lui donne des soins, le porte dans ses bras pour le déplacer (toilette)..
- (13) Participe activement aux méthodes d'aide (souffler, compter avec), aux jeux de l'enfant ou aux soins (surveiller le soluté, humecter la bouche, tenir le thermomètre ou la jaquette, tenir le haricot, placer l'enfant en bonne position, aider le brancardier ou l'infirmière) ; pose des questions («Est-ce normal?», «Qu'est-ce que je peux faire? », ou renseigne le personnel sur l'état de l'enfant. («Je pense qu'il a soif, » «Je pense qu'il a besoin de sa couverture », «il dit qu'il a mal »); lit la documentation remise par le personnel.