Editorial

Psychological preparation of children for surgery

G.V. Goresky BSc MDCM FRCPC, S.F. Whitsett PhD CPsych

The publication by McGraw in this issue of the Journal¹ is a review of information which many paediatric anaesthetists know is important but which we frequently cannot "put into words." McGraw has summarized many of the issues which we believe are crucial to producing an appropriate milieu for children who require surgery and/or anaesthesia. Guidelines which he provides for identification of children at risk of increased anxiety and stress, and tools which he identifies for reducing distress in children, should be most useful for those who anaesthetize children.

The article stresses that, in caring for children, the ambience of the facility in which they are cared for, and its ability to provide support for parents, is important. Although McGraw states that "at the turn of the century, concern in hospital care for children was mainly disease-oriented and custodial," this remains the principle objective of inpatient care in many facilities today. Readers who work in such institutions may find illuminating his discussions about "hospitalization," about maintenance of a healthy mother-child relationship through encouraged visitation and participation in care, and about "rooming in."

Although McGraw's review of psychological theories may seem somewhat cursory to those with previous exposure to them, these theories provide an important framework through which caregivers may interpret children's reactions to the stress of surgery, and from which can be built age-appropriate interventions. For example, while infants may readily be comforted by surrogates, older children between the ages of one and three years are particularly sensitive to pre-surgical preparations. The emphasis on the one- to three-year-old age group is critical, as these children are frequently given the least attention, in terms of preoperative preparation. McGraw emphasizes the importance, in this age group, of parental presence (usually the mother) during the induction of

anaesthesia. Despite this knowledge, it is of interest to note that in a recent editorial in this journal,² Hannallah cited a finding that only 50% of centres surveyed allow parents to be present during the induction of anaesthesia.

In conducting a preoperative interview, many children who will be at increased risk of psychological trauma at the time of induction of anaesthesia can be identified. For example children who have not taken preoperative tours of hospital facilities and children who have undergone previous surgery have been shown to be at increased risk of a turbulent anaesthetic induction. Another susceptible type of child emphasized in the article, but frequently overlooked in clinical practice, is the child who presents with a quiet, withdrawn, "clingly," and dependent appearance. This type of child may be viewed by health-care providers as a "good patient," yet is frequently the child in the greatest need of special attention.

Dr. McGraw also raises the possibility that parents and anaesthetists are not all equally helpful in calming children prior to surgery. He suggests that we need further information about how we might assess parents to determine those whose presence might upset the child. He also quotes one small study which related considerable postoperative anxiety to "the particular anesthesiologist involved" – an issue which merits further inquiry. The training of parents in anxiety reduction strategies (for themselves and their children) might be an important additional step in preparing some children for surgery, as would be informing anaesthetists about tools which they might use to facilitate a child's uneventful induction of anaesthesia. With reduction in preoperative admission rates, there is less opportunity to inform and teach parents, and we will need to make a special effort in this regard. We are not all created equal – either as parents or as anaesthetists, and there are many of us who need help to acquire the tools needed to assist children more effectively.

In this manuscript, perhaps the greatest contribution is to be found in the concise pointers provided for improving communication with children. These simple, often common-sense guidelines, incorporated as part of

From the Departments of Anaesthesia and Psychology,
Alberta Children's Hospital at the University of Calgary,
Calgary, Alberta.

a health-care provider's style of interacting with children, would greatly reduce most children's anxiety and apprehension concerning induction of anaesthesia. McGraw states that children "know the difference" between comedians and doctors, that they listen intently to what is being said, and that their management should be discussed with them whenever possible. His tips concerning effective communication during the preoperative interview are very useful. These pointers are not only important for anaesthetists – they are important for all professionals who care for children.

Dr McGraw encourages us to step beyond our daily routine as anaesthetists – where we use principally pharmacological means to attenuate physiological and psychological responses – and to alter our behaviour in order to help children deal with a stressful situation. Premedication has its place in the management of some children in special circumstances, but, for many, it cannot replace a few carefully chosen words or a simple explanation to a child about what he can expect to experience.

We should acknowledge that the passage of patients through our specialized environments is a unique and personal experience for each child. Inappropriately or inadequately addressing their individual psychological needs has been shown to have detrimental long-term consequences. Those whose anxiety and distress are appropriately managed demonstrate a better course through induction of anaesthesia and the postoperative period.

La préparation psychologique de l'enfant en vue de la chirurgie

Dans ce numéro du Journal,¹ McGraw fait une revue de l'information considérée importante tout en étant difficile à exprimer par beaucoup d'anesthésistes pédiatriques. McGraw résume plusieurs des démarches que nous croyons essentielles à la réalisation d'un milieu convenable pour la chirurgie et l'anesthésie pédiatriques. Des directives permettant d'identifier les enfants susceptibles d'anxiété et de stress excessifs, et les moyens d'alléger leur détresse devraient surtout très utiles à ceux qui n'anesthésient pas souvent des enfants.

L'article souligne que lorsqu'il s'agit de prendre soin

des enfants, l'ambiance du milieu et son aptitude à reconforter les parents sont importantes. Bien que McGraw ait énoncé qu'au tournant du siècle, les soins hospitaliers étaient surtout dirigés vers la maladie et la sauvegarde de l'enfant, il n'en demeure pas moins que ce sont encore là, aujourd'hui, les principales raisons de l'admission dans bien des hôpitaux. Les lecteurs qui oeuvrent dans ces centres trouveront édifiants ses commentaires sur l'« hospitalisme », sur le maintien grâce aux visites d'une saine relation mère-enfant et sur une participation aux soins qui inclut la cohabitation.

Bien que l'exposé des théories psychologiques de McGraw puisse paraître superficiel aux initiés, il fournit des assises solides sur lesquelles le personnel soignant pourra s'appuyer pour interpréter les réactions de l'enfant au stress de la chirurgie et pour l'aider à y réagir favorablement. Par exemple, alors que des substituts parentaux peuvent reconforter facilement des nourrissons, les enfants un peu plus âgés (d'un à trois ans) sont particulièrement sensibles aux préparatifs préopératoires. Comme ces enfants reçoivent souvent moins d'attention, l'intérêt qu'on leur accorde en terme de préparation préopératoire devient alors primordial. McGraw insiste sur l'importance, pour ce groupe d'âge, de la présence d'un parent (surtout la mère) à l'induction de l'anesthésie. Malgré cela, il est intéressant de noter que dans un éditorial récent du Journal,² Hannalah rapportait que seulement 50% des centres interrogés permettaient la présence des parents à l'induction de l'anesthésie.

Au moment du questionnaire préopératoire, on peut identifier plusieurs des enfants susceptibles de traumatismes psychologiques à l'induction. Souvent, ce sont les enfants qui n'ont pas bénéficié d'une promenade préopératoire dans le milieu hospitalier et les enfants qui ont déjà subi une intervention qui sont les plus susceptibles d'affrontements turbulents lors de l'induction. Un autre type d'enfant susceptible décrit dans l'article, mais souvent négligé par le clinicien, est représenté par l'enfant d'apparence tranquille, mais renfermé et dépendant. Ce type d'enfant peut être regardé comme un « bon patient », mais c'est souvent celui qui a le plus besoin d'une attention spéciale.

McGraw soulève aussi la possibilité que les parents autant que les anesthésistes soient de piètre utilité pour calmer l'enfant avant la chirurgie. Il croit que nous avons besoin de plus de renseignements sur la façon d'évaluer les parents afin de pouvoir déterminer ceux dont la présence pourrait troubler l'enfant. Il cite aussi une étude de portée limitée qui assimile une anxiété postopératoire grave à un anesthésiste particulier, sujet qui mérite une investigation plus poussée. La formation des parents en anxiolyse (tant pour eux-mêmes que pour leur enfant) pourrait constituer un pas additionnel important vers une

bonne préparation de l'enfant pour la chirurgie; de la même façon, les anesthésistes devraient s'informer des moyens à leur disposition pour la gestion d'une induction paisible. Avec la réduction des admissions préopératoires, il devient plus difficile de renseigner et d'éduquer les parents et nous devrions faire un effort particulier sans ce but. Comme parents ou anesthésistes, nous avons tous été créés égaux et plusieurs parmi nous ont besoin d'aide pour acquérir les compétences nécessaires pour mieux aider les enfants.

La contribution la plus importante de ce travail est peut-être constituée par les « tuyaux » proposés pour améliorer la communication avec les enfants. Ces directives simples et pleines de bon sens, incorporées au style d'interaction prestataire-enfant, pourraient diminuer nettement chez la plupart des enfants, l'anxiété et l'appréhension de l'induction. McGraw énonce que les enfants connaissent la différence entre comédiens et docteurs, qu'ils écoutent beaucoup ce qu'on leur dit, et que leur prise en charge devrait être discutée avec eux autant que possible. Ses conseils concernant une bonne communication pendant la période préopératoire sont très utiles. Non seulement ces tuyaux sont-ils importants pour les anesthésistes mais ils le sont aussi pour tous les professionnels qui prennent soin des enfants.

McGraw nous encourage à abandonner nos routines quotidiennes d'anesthésistes – là où nous utilisons surtout la pharmacologie pour atténuer les réponses physiologiques et psychologiques – et de modifier nos attitudes en vue d'aider les enfants à faire face au stress. La prémédication a sa place dans certaines circonstances et chez certains enfants, mais pour plusieurs, elle ne peut remplacer quelques bonnes paroles ou une explication simple transmise à un enfant sur l'expérience qui l'attend.

Nous devrions reconnaître que la traversée d'une ambiance aussi particulière que la nôtre est pour chaque enfant une expérience unique et personnelle. Il a été démontré qu'une approche inadaptée et inadéquate à leurs besoins psychologiques a des conséquences néfastes et prolongées. Ceux chez qui on a bien contrôlé l'anxiété et la détresse se comportent mieux à l'induction de l'anesthésie et à la période postopératoire.

References

- 1 McGraw T. Preparing children for the operating room: psychological issues. *Can J Anaesth* 1994; 41: 1094–1103.
- 2 Hannallah RS. Who benefits when parents are present during anaesthesia induction in their children? (Editorial). *Can J Anaesth* 1994; 41: 271–5.