

Les effets d'une intervention éducative préopératoire sur la conduite de parents d'enfants de trois à six ans opérés dans le cadre d'une chirurgie d'un jour

Jocelyne Tourigny

This quasi-experimental study assessed the effects of an intervention with the parents of children aged 3-6 at 2 weeks before the child's admission for day surgery. It entailed providing the parents with an educational booklet embodying the learning theories of Gagné and of Bandura. The 150-parent sampling was randomized into 2 experimental groups (receiving the educational booklet) and 1 control group (receiving only an information leaflet). Their behaviour was observed by means of video camera at various times on the day of surgery. In addition, the subjects themselves (usually the mother) assessed their level of anxiety. The parents in the experimental groups displayed greater competence on the day of surgery, and reported less anxiety, than did the control subjects. The study underscores the effectiveness of an educational approach favouring the use of family-targeted instructional material. It also shows that parents are able to use the information they receive to effectively prepare their tots for day surgery. The implications for research and clinical practice are examined from the vantage points of benefits to parents, child, and nursing staff and implementation of new ambulatory-care strategies.

Cette étude quasi expérimentale a servi à évaluer les effets de la remise aux parents, quinze jours avant l'admission en chirurgie d'un jour de leur enfant de trois à six ans, d'une brochure éducative conçue selon les principes d'apprentissage de Gagné et de Bandura. Les parents (au nombre de 150) ont été répartis de façon aléatoire dans deux groupes expérimentaux (où on leur remettait une brochure) et un groupe contrôle (où on leur remettait un feuillet explicatif seulement). Leur conduite a été observée par le biais d'une caméra vidéo à différents moments au cours de la journée de la chirurgie et ils (le plus souvent la mère) ont eux-mêmes évalué leur degré d'anxiété. Les parents des groupes expérimentaux ont montré plus de compétences pendant la journée de la chirurgie et se sont dits moins anxieux que ceux du groupe contrôle. Cette étude a donc souligné l'efficacité d'une approche de type éducatif favorisant l'utilisation de matériel pédagogique en milieu familial. Elle a de plus démontré que les parents sont capables d'employer l'information fournie afin de préparer adéquatement leur jeune enfant à une chirurgie d'un jour. Les implications pour la recherche et la pratique clinique sont examinées tant au point de vue des bénéfices pour les parents, l'enfant et le personnel infirmier que de l'implantation de nouvelles stratégies d'intervention en soins ambulatoires.

Jocelyne Tourigny, inf. Ph.D., est professeure-adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, Ontario. Elle est chercheuse affiliée à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et membre de l'Institut de recherches du même hôpital.

Les jeunes enfants ayant besoin d'une chirurgie comme une adénoïdectomie, une amygdalectomie, une myringotomie ou une herniorraphie sont maintenant admis dans des unités de chirurgie d'un jour. Les parents de ces jeunes enfants, plus particulièrement les mères, se disent très anxieux lors de cette chirurgie et leur état émotionnel peut influencer les réactions de l'enfant pendant et après la chirurgie (Johnston, Bevan, Haig, Kirnon et Tousignant, 1988; Tourigny, 1992). Ils admettent aussi manquer d'information sur les procédures médicales, les soins infirmiers et les moyens d'aider leur enfant tout au long du processus opératoire (Coty, Ritchie et Ellerton, 1989; Tourigny, 1992; Wolfer et Visintainer, 1975).

De nombreux types de préparation à la chirurgie ont fait l'objet de recherches ou sont appliqués présentement dans plusieurs hôpitaux pédiatriques. On utilise des stratégies comme l'information transmise verbalement et par écrit sous forme de feuillets explicatifs ou de livres à colorier, la présentation d'un modèle de conduite sur bande vidéo, l'enseignement de techniques de maîtrise du stress et le soutien psychologique fourni par le personnel infirmier. Bien que ces stratégies se soient avérées efficaces dans la réduction de l'anxiété des parents et des conduites de détresse chez l'enfant, il est difficile d'évaluer spécifiquement les effets réels de l'une ou l'autre d'entre elles, les chercheuses en ayant associé plusieurs à la fois. De plus, la plupart des programmes de préparation visent indifféremment les enfants de tous âges, sans tenir compte des différents niveaux de développement cognitif et psychosocial. En outre, on trouve très peu d'interventions s'adressant exclusivement aux enfants d'âge préscolaire.

On remarque également que l'on fait généralement peu appel aux parents dans la préparation de leur jeune enfant à une chirurgie d'un jour et que les effets d'une préparation sur leur participation réelle aux soins de l'enfant opéré n'ont presque jamais été mesurés.

Les parents étant les personnes qui connaissent le mieux leur enfant, il apparaît évident que le fait de leur fournir toute l'information nécessaire pour préparer et aider leur enfant au moment de la chirurgie devrait les inciter à intervenir efficacement pour faciliter cette expérience à l'hôpital. Ils pourraient ainsi devenir de précieux alliés et collaborateurs pour le personnel infirmier en place.

Le but de cette étude était donc de déterminer les effets, sur les parents et sur les enfants, d'une intervention destinée à préparer les parents à intervenir adéquatement auprès d'un enfant de trois à six ans en vue de son admission à court terme en chirurgie d'un jour. Cet article rapporte les résultats concernant les parents.

La recension des écrits

Cette partie de la recension porte sur les réactions des parents à une chirurgie de l'enfant et sur les besoins exprimés par eux lors de l'hospitalisation. Divers types d'interventions éducatives et de programmes de préparation pré-opératoire sont examinés.

Les réactions des parents

Les mères se disent anxieuses lors d'une chirurgie mineure (Skipper, 1966) et plus particulièrement la journée de l'opération (Tourigny, 1992). Elles affirment être plus préoccupées par la peur et la douleur ressenties par leur enfant que par la crainte de complications ou l'insécurité. Pour elles, les moments les plus difficiles sont la séparation d'avec l'enfant et lorsqu'il est souffrant (Coty et al., 1989). Par ailleurs, le degré d'anxiété des mères pourrait avoir un effet sur la façon dont elles s'adaptent à l'hospitalisation de leur jeune enfant. Ainsi, les mères qui savent à quoi s'attendre durant le séjour à l'hôpital sont moins anxieuses et s'adaptent mieux à la situation (Schepp, 1991).

Les besoins des parents

Peu d'écrits se rapportent aux besoins exprimés par les parents de jeunes enfants hospitalisés. Smitherman (1979) affirme que les parents désirent comprendre le traitement de leur enfant et se sentir importants pour celui-ci et compétents en tant que parents. Certains parents dont l'enfant est atteint d'une maladie chronique disent avoir besoin de comprendre la maladie de leur enfant et de soutien face au milieu hospitalier de même que dans leur nouveau rôle (Hayes et Knox, 1984). Ils disent avoir également besoin de services dans la communauté (Graves et Hayes, 1996). Une étude qualitative menée par Kristjansdotter en 1991, jumelée à une analyse approfondie de la documentation, a permis de relever certains des besoins exprimés par les parents d'enfants de deux à six ans hospitalisés pour une chirurgie électorive. Ainsi, les parents souhaitent obtenir de l'information, sentir qu'on leur fait confiance, connaître les ressources disponibles et obtenir du soutien ainsi que des conseils. Toujours selon cette étude, les infirmières et les médecins constatent chez les parents ces mêmes besoins, auxquels s'ajoutent le besoin d'autonomie et de connaissances sur le développement de l'enfant de même que sur la façon de l'informer.

Bien qu'il n'existe aucune étude portant sur les besoins des parents ayant un enfant opéré en chirurgie d'un jour, nous pouvons présumer que ces parents ont des besoins similaires, mais font face à la difficulté

d'obtenir de l'information à l'avance et de remplir leur rôle de parents, en raison du court séjour à l'hôpital.

La préparation préopératoire

Les recherches visant à évaluer les effets de divers programmes de préparation préopératoire ont été répertoriées et classées selon les personnes à qui ces programmes s'adressent : les enfants, les parents, ou les deux à la fois.

Les programmes s'adressant aux enfants comportent divers types d'interventions : de l'information transmise verbalement ou au moyen de films (Faust et Melamed, 1984; Melamed et Siegel, 1975; Visintainer et Wolfer, 1975), un soutien aux moments de stress (Visintainer et Wolfer), ou des jeux thérapeutiques (Schwartz, Albino et Tedesco, 1983). Quel que soit le type d'intervention utilisé, les enfants en ayant bénéficié montrent généralement moins de détresse émotionnelle, coopèrent davantage et sont moins anxieux que les enfants n'ayant pas reçu de préparation. Les chercheuses ne font cependant pas de distinction entre les groupes d'âge, ces programmes s'adressant indifféremment aux enfants de quatre à dix-sept ans. Johnston (1983) ainsi que Melamed et Siegel (1975) font toutefois remarquer que les enfants plus jeunes, c'est-à-dire ceux de huit ans et moins, montrent plus d'anxiété quand ils visionnent un film se rapportant à la chirurgie le jour même de l'opération.

Les programmes s'adressant à la fois aux enfants et aux parents comportent le même genre de préparation, mais on y trouve en plus, à l'intention des parents, de l'information écrite (Wolfer et Visintainer, 1979), des sessions de groupe (McGrath, 1979) ou des techniques d'ajustement (coping) (Peterson et Shigetomi, 1981; Robinson et Kobayashi, 1991). Les parents ayant bénéficié de ces interventions se disent moins anxieux et plus compétents au moment de la chirurgie que les autres parents. Toutefois, les auteures se contentent de demander aux parents s'ils sont satisfaits de leur performance à l'hôpital, sans mesurer de façon rigoureuse leurs compétences en matière d'aide à l'enfant. Dans l'étude de Ellerton et Merriam (1994), les infirmières rapportent que les parents ayant reçu des instructions écrites et des suggestions concernant la poursuite de la préparation à la maison étaient plus aptes à aider leur enfant à maîtriser son anxiété et renaient plus d'information que les parents sans instructions écrites.

Meng et Zastowny (1982) ont utilisé une approche cognitive-behaviorale comprenant trois phases (enseignement, modèle de con-

duite, mise en pratique des techniques apprises) pour préparer des parents, à la maison, à l'hospitalisation de leur enfant d'âge préscolaire. Les parents ayant utilisé cette approche ont démontré plus d'habileté à aider leur enfant dans les moments de stress que les parents du groupe contrôle. En outre, les auteures soulignent l'importance des parents dans l'individualisation de la préparation de l'enfant.

Mazurek-Melnyk (1994) a évalué les effets de la transmission d'une information choisie sur le fonctionnement de 108 mères d'enfants de deux à cinq ans lors d'une hospitalisation non planifiée. Les mères ayant bénéficié de sessions d'information sur les réactions possibles de l'enfant et sur les moyens de l'aider à s'adapter ont rapporté avoir plus de connaissances sur l'enfant et être moins anxieuses pendant l'hospitalisation que les mères du groupe contrôle. Elles ont effectivement apporté plus de soutien à l'enfant à l'occasion d'une intervention nécessitant un procédé effractif que les mères de ce groupe.

Il semble donc que la préparation axée sur les parents facilite leur adaptation en réduisant leur degré d'anxiété et augmente leurs connaissances ainsi que leur capacité d'aider leur jeune enfant au moment de son hospitalisation. Les chercheuses citées plus haut font également état des effets de ce type de préparation sur la réduction de l'anxiété chez l'enfant.

Plusieurs centres universitaires pédiatriques canadiens et américains ont mis sur pied un programme systématique de préparation préopératoire. Ces centres utilisent des moyens comme l'information verbale et écrite (brochures, livres à colorier), les visites guidées de la salle d'opération, les films ou les bandes vidéo sur le déroulement de la journée à l'hôpital et la manipulation de l'équipement médical. Cependant, ces centres ne constituent que 40 % de tous les hôpitaux pédiatriques (Peterson, Ridley-Johnson, Tracy et Mullins, 1984). Bien que les effets de ces divers programmes n'aient pas été mesurés de façon systématique, ce type d'intervention serait bénéfique tant pour les parents que pour l'enfant.

Les stratégies éducatives

Diverses stratégies éducatives ont été utilisées pour aider les parents à jouer leur rôle, dont le feedback (Meyer, 1987), qui constitue une forme d'apprentissage par observation et renforcement des conduites appropriées (Reinhart-Rahn, 1988). Brandt et Magyary (1993) ont également utilisé le feedback et l'apprentissage par observation avec des mères d'enfants diabétiques. Ils ont constaté que la quantité d'information

retenue et les compétences en matière de résolution de problèmes avaient augmenté de façon significative à la suite des sessions éducatives, tandis que les capacités psychomotrices avaient augmenté seulement chez les mères plus scolarisées. Ces résultats doivent cependant être considérés avec réserve, compte tenu de la taille de l'échantillon ($n = 17$).

Les compétences parentales

Les compétences des parents à l'hôpital ont été évaluées généralement en termes de participation aux soins. Deux moyens ont été utilisés : l'auto-rapport des parents (Caty et al., 1989; LaMontagne, Hepworth, Pawlak et Chiafery, 1992; Romaniuk et Kristjanson, 1995) et l'observation de leur conduite. Roskies, Mongeon et Gagnon-Lefèbvre (1978) parlent de la participation parentale aux soins physiques, psychologiques et médicaux. Elles ne précisent pas les actions spécifiques ni comment celles-ci ont été mesurées.

D'autres chercheuses ont observé la conduite de parents lors de divers actes médicaux et rapportent les types d'actions suivants : information, distraction, réconfort et affection (Dahlquist, Power, Cox et Fernbach, 1994; Mazurek-Melnyk, 1994). Fielding et Tam (1990), après avoir observé des mères à l'occasion d'une chirurgie électorive sur leur enfant de deux à dix ans, classent les interactions parents-enfants en trois catégories : les actions liées aux soins, au réconfort et au jeu. L'instrument utilisé n'étant pas décrit, sa validité n'a pas pu être établie.

L'analyse de la documentation montre que les interventions éducatives dirigées principalement vers les parents sont peu nombreuses, qu'elles n'ont pas de base théorique éducationnelle clairement définie et qu'elles ont été peu évaluées en ce qui a trait aux compétences acquises et montrées par les parents. Dans le cas de la chirurgie d'un jour, les compétences dont font preuve les parents auprès d'un jeune enfant hospitalisé, à la suite d'une intervention éducative préopératoire, n'ont jamais été mesurées. Une stratégie ayant pour but de fournir aux parents de l'information sur la chirurgie de l'enfant et sur les moyens de l'aider à l'hôpital sera-t-elle efficace dans le contexte d'une chirurgie d'un jour? La recherche, qui avait pour but de répondre à cette question, posait l'hypothèse suivante : *Les parents ayant reçu une brochure éducative à la maison, quinze jours avant la chirurgie, montreront plus de compétences à l'hôpital que les parents ayant reçu une feuille d'information sur la chirurgie d'un jour.*

Vu l'importance du facteur anxiété parentale lié à une chirurgie de l'enfant (Schepp, 1991 ; Tourigny, 1992) et de sa relation avec la préparation des parents à la chirurgie (Mazurek-Melnyk, 1994 ; McGrath, 1979 ; Robinson et Kobayashi, 1991), une deuxième hypothèse a été formulée : *Les parents ayant reçu une brochure éducative à la maison, quinze jours avant la chirurgie, se diront moins anxieux que les parents ayant reçu une feuille d'information sur la chirurgie d'un jour.*

Cadre théorique

Les compétences parentales ont été définies comme étant la démonstration des capacités d'apprentissage acquises par les parents à la suite d'une intervention éducative de type socio-cognitif.

La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1985) a guidé le choix des capacités d'apprentissage désirées chez les parents. Celles-ci portent sur les aspects suivants : *l'information verbale*, c'est-à-dire la capacité d'énoncer une idée ou un fait sous la forme d'une proposition contenant des concepts significatifs pour l'apprenant, *les aptitudes intellectuelles*, soit la capacité d'identifier les concepts qui composent une règle et d'en montrer les interrelations, *les stratégies cognitives*, c'est-à-dire la capacité de résoudre des problèmes nouveaux en associant des principes de niveau inférieur, et enfin *les attitudes*, soit la tendance à réagir d'une certaine manière à certaines situations. L'intégration de ces capacités est favorisée par l'établissement de conditions internes et externes comme la répétition, le rappel des concepts et la communication verbale de la stratégie à utiliser. Gagné postule également que le fait de connaître d'avance les éléments pertinents à une situation nouvelle permet d'en réduire l'effet anxiogène.

Bandura (1986), à l'instar de Gagné (1985), souligne l'importance et l'utilité des modèles dans l'apprentissage de concepts, règles et attitudes. En effet, l'apprentissage par observation serait un moyen efficace d'intégrer des concepts et des règles en apprenant le vocabulaire adéquat et en combinant des idées ; cette méthode aiderait aussi à adopter de nouvelles attitudes en démontrant l'utilité de certaines conduites et en informant l'apprenant des bénéfices liés à l'adoption de la conduite modelée. La technique de modelage verbal, c'est-à-dire la transmission d'une variété de conduites au moyen de mots, a été utilisée dans cette étude.

Les programmes éducatifs s'adressant aux parents d'enfants hospitalisés et utilisant des méthodes d'apprentissage socio-cognitif ou par observation se sont avérés efficaces pour faire acquérir aux parents des

connaissances et des compétences (Brandt et Magyary, 1993; Meyer, 1987; Reinhart-Rahn, 1988). La réunion de ces deux modèles éducatifs à l'intérieur de la même intervention ne peut donc que favoriser l'acquisition des capacités désirées chez les parents, et c'est pourquoi ils forment le cadre théorique de l'étude.

La méthodologie

Un devis de recherche quasi expérimental et post-test avec groupe contrôle a été utilisé pour évaluer les effets de la remise d'une brochure à deux groupes expérimentaux versus la préparation habituelle reçue par un groupe contrôle.

L'échantillon

À un seuil de signification de 5 % ($p < 0,05$) pour un test unilatéral et un pouvoir de 90 %, le nombre total de l'échantillon a été fixé à 150, soit 50 parents (mères ou pères ou les deux) et 50 enfants par groupe (Kraemer et Thieman, 1987).

Une technique d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour déterminer l'échantillon de convenance (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988). Sur 245 familles jointes par téléphone, 172 ont accepté de participer à l'étude. Les parents qui refusaient invoquaient les raisons suivantes : la mère est très nerveuse ou l'enfant est impressionnable; l'enfant n'en est pas à sa première chirurgie; le parent n'est pas intéressé ou dit ne pas avoir ce type de besoin; le parent refuse la vidéo; le conjoint ou la conjointe refuse de participer. Sur les 172 familles ayant accepté de participer à l'étude, six ont changé d'avis avant la chirurgie, quatre n'ont pas été observées et douze chirurgies ont été annulées.

L'échantillon final était composé de 150 dyades parents (mères et pères)-enfants, répartis de façon aléatoire dans un des trois groupes suivants : le groupe expérimental I (50), dont les membres recevaient à la maison la brochure informative complète, le groupe expérimental II (52), dont les membres recevaient une brochure abrégée, et le groupe contrôle (48), dont les membres recevaient la préparation habituelle, soit une feuille d'information sur la chirurgie d'un jour. Les critères d'admissibilité pour les parents étaient d'accompagner un enfant de trois à six ans devant subir une chirurgie d'un jour, savoir lire et écrire en français, et signer le consentement de participation à l'étude.

La description de l'échantillon figure au tableau 1. Des analyses de khi carré ont démontré que les trois groupes étaient équivalents en ce qui a trait aux aspects suivants : l'âge ($\chi^2 = 3,926$; $dl = 4$; $p = 0,416$), le niveau de scolarité de la mère ($\chi^2 = 1,386$; $dl = 4$; $p = 0,847$), le nombre d'enfants dans la famille ($\chi^2 = 1,646$; $dl = 2$; $p = 0,439$), le travail des parents à l'extérieur ($\chi^2 = 1,372$, $dl = 2$; $p = 0,504$) et une expérience antérieure relative à la chirurgie d'un enfant ($\chi^2 = 0,699$; $dl = 2$; $p = 0,705$).

La variable indépendante

La variable indépendante dans cette étude était le programme éducatif pré-opératoire à l'intention des parents, offert sous la forme d'une brochure. Cette brochure de 28 pages a été conçue de façon à respecter les modèles théoriques adoptés et à fournir aux parents des données leur permettant de développer des compétences de type information verbale, aptitudes intellectuelles (concepts et règles), stratégies cognitives et attitudes. De plus, les conditions internes et externes propres à favoriser l'apprentissage ont été rigoureusement appliquées (Gagné, 1985). La brochure, intitulée « Votre enfant et sa chirurgie » comprend trois parties : la première porte sur le développement et les réactions d'enfants de trois à six ans lors d'une chirurgie (information verbale, concepts), la deuxième sur le déroulement de la journée à l'hôpital (concepts, information verbale) et la troisième sur les façons de préparer l'enfant à sa chirurgie et de l'aider au cours de la journée (concepts, règles, stratégies cognitives, attitudes). Chaque partie commence avec les objectifs d'apprentissage et se termine avec un résumé encadré. En outre, des exemples concrets de réflexions enfantines et de réponses parentales appropriées (modelage verbal, Bandura, 1986) figurent tout au long du texte, et un exercice à la fin de chaque partie permettait aux parents d'appliquer de façon théorique les notions apprises. On y trouve également un lexique de termes employés couramment à l'hôpital ainsi qu'une image à colorier représentant un enfant dans une salle d'opération. Enfin, les parents pouvaient mettre en pratique leurs compétences en matière de résolution de problèmes en résolvant une histoire de cas.

La brochure a été révisée par cinq expertes en soins pédiatriques (infirmières et professeures), qui ont vérifié la pertinence du contenu et la clarté du texte, et des corrections ont par la suite été apportées à la lumière de leurs commentaires. La brochure a ensuite été envoyée, dans le cadre de l'étude-pilote, à dix parents d'enfants de trois à six ans opérés en chirurgie d'un jour; ces parents ont à leur tour remis la

Tableau 1 <i>Distribution des parents et des enfants dans les trois groupes selon les variables socio-démographiques</i>						
Variable	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexe enfant						
Garçons	35	23,3	36	24,0	30	20,0
Filles	15	10,0	16	10,7	18	12,0
Âge Enfant						
3-4 ans	27	18,0	26	17,3	28	18,7
5-6 ans	23	15,3	26	17,3	20	13,4
Type chirurgie						
ORL	40	26,6	43	28,6	39	26,1
Abdominale et urologique	6	4,0	6	4,0	6	4,0
Ophtalmo	4	2,7	2	1,3	2	1,3
Plastie	0	0	1	0,7	1	0,7
Âge mère						
20-29 ans	13	8,7	12	8,0	14	9,3
30-39 ans	35	23,3	36	24,0	28	18,7
40-49 ans	2	1,3	0	0	3	2,0
Scolarité mère						
Primaire	1	0,7	0	0	2	1,3
Secondaire	20	13,3	17	11,3	20	13,3
Coll. prof.	20	13,3	19	12,7	14	9,3
Univers.	9	6,0	11	7,3	9	6,0
Autres enfants						
Oui	39	26,0	41	27,3	41	27,3
Non	11	7,3	11	7,3	6	4,0
Travail parents						
Mère seul.	0	0	2	1,3	1	0,7
Père seul.	23	15,3	18	12,0	22	14,7
Mère et père	26	17,3	29	19,3	22	14,7
Aucun	1	0,7	1	0,7	1	0,7
Expérience de chirurgie antérieure						
Oui	31	20,7	28	18,7	28	18,7
Non	19	12,7	24	16,0	20	13,3

brochure avec des commentaires écrits dans la marge concernant la clarté du texte et l'utilité de chaque partie. Le pourcentage d'accord entre les parents a été de 85 % et plus. Une version abrégée de la brochure originale, comprenant les deux premières parties seulement, a servi à vérifier si le fait de fournir aux parents de l'information sur le développement et les réactions de l'enfant ainsi que sur les procédures hospitalières (concepts et règles) leur permettait de préparer et d'aider leur enfant le jour de la chirurgie (résolution de problèmes) aussi efficacement que les parents recevant la brochure complète.

Les variables dépendantes et les instruments de mesure

Les variables se rapportant aux parents sont le niveau de compétences parentales* et le niveau d'anxiété situationnelle†.

Le *Questionnaire sur les connaissances* servait à mesurer les aptitudes intellectuelles (concepts et règles) et comprenait des questions d'ordre socio-démographique ainsi que sur la préparation faite par les parents, sur les termes médicaux et sur le développement d'un enfant, de même qu'une courte histoire de cas à résoudre.

Des experts en soins infirmiers pédiatriques et en éducation ont aidé à établir la validité du questionnaire sur le plan de la forme et du contenu. Ce processus de validation s'est poursuivi pendant l'étude-pilote. Les parents ayant reçu la brochure informative à la maison ont obtenu un score moyen de connaissances de 88 %, tandis que les parents ne l'ayant pas reçue ont eu un score moyen de 71 %. De plus, des tests de concordance catégorie-total ont été effectués pendant l'étude et les coefficients de corrélation ont été respectivement de 0,68

* *Les compétences parentales* sont les conduites démontrant que les parents ont acquis les capacités d'apprentissage relatives aux aspects suivants : les aptitudes intellectuelles (concepts et règles), mesurées par le *Questionnaire sur les connaissances*, ainsi que l'information verbale, les stratégies cognitives et les attitudes, mesurées par la grille d'évaluation *Inventaire des conduites parentales*.

† *L'anxiété situationnelle* est le degré d'inconfort psychologique ressenti par le parent accompagnateur (mère ou père) à cinq (5) moments au cours de la journée, soit à l'admission, au départ de l'enfant pour la salle d'opération, pendant la période d'attente, au retour de l'enfant de la salle de réveil et durant l'heure qui suivait. Cette donnée a été mesurée selon une *échelle numérique d'auto-rapport* de 10 centimètres allant de 0 (le moins possible) à 10 (le plus possible). Le point d'intersection de la ligne verticale et de la ligne horizontale constitue le score obtenu. Ce type d'instrument a été fréquemment utilisé pour mesurer la douleur et l'anxiété (Ellerton et Merriam, 1994; Maxwell, 1978; Scott et Huskisson, 1979) et s'est avéré un instrument fidèle et valide. Vogelsang (1988) a établi une forte corrélation ($r = 0,84$) entre l'échelle visuelle et le STAI (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielberger, Gorsuch et Lushene (1970).

pour la connaissance des termes médicaux, de 0,79 pour la connaissance des réactions de l'enfant et de 0,64 pour la résolution de problème, tous trois avec un niveau d'erreur alpha de 0,01.

L'*Inventaire des conduites parentales* a été bâti par la chercheuse à partir des actions considérées par les parents eux-mêmes comme étant bienfaisantes pour l'enfant (Coty et al., 1989) et de plusieurs autres conduites mentionnées par Fielding et Tam (1990). L'instrument, composé au départ de 19 points, a été réduit à 16 lors de l'étude-pilote. On y trouve des conduites faisant partie des trois catégories mentionnées plus haut : l'information verbale (ex. : donner des renseignements, répondre aux questions), les stratégies cognitives (ex. : appliquer du renforcement, distraire) et les attitudes (ex. : regarder, sourire, serrer, rassurer). (Voir Figure 1.)

Le score total a été obtenu en additionnant les conduites dont ont fait montre les parents (mères et pères) à cinq (5) moments au cours de la journée : à l'admission, au départ pour la salle d'opération, à l'arrivée dans la salle d'attente du bloc opératoire, au retour de la salle de réveil et durant l'heure suivant le retour. Chaque conduite, présentée par la mère ou le père, n'était cochée qu'une fois. La difficulté d'obtenir des images vidéo de qualité et de durée identique a rendu impossible l'évaluation des conduites en terme de fréquence.

Des tests de fidélité inter-observateurs réalisés en cours d'étude sur au moins 15 % des bandes ont donné un pourcentage d'accord de 94,3 %. De plus, une analyse factorielle effectuée à la suite de l'étude a montré que les 16 indices avaient des coefficients de corrélations corrigées (factor loadings) de 0,43 à 0,78 et se regroupaient en six facteurs comptant pour 59,1 % de la variance expliquée.

Les variables étrangères et socio-démographiques

Les variables étrangères sont l'âge de l'enfant et l'expérience antérieure des parents avec une chirurgie de l'enfant. D'après la documentation, d'autres variables socio-démographiques peuvent influencer sur les réactions des enfants et des parents, soit l'âge et le niveau de scolarité de la mère, le nombre d'enfants dans la famille et le nombre de parents travaillant à l'extérieur.

Le déroulement

À la suite de l'approbation du comité de déontologie de l'hôpital, une étude-pilote de deux mois a été réalisée, afin de tester la brochure et les

Figure 1 Inventaire des conduites parentales : grille d'évaluation

Indices	Périodes					Total
	1	2	3	4	5	
<i>Information verbale</i>						
(1) Donner de l'information						
(2) Répondre aux questions						
(3) Faire montre de compréhension						
(4) Donner des instructions						
<i>Stratégies cognitives</i>						
(5) Appliquer du renforcement						
(6) Distraire						
(7) Aider à relaxer						
(8) Autre méthode						
<i>Attitudes</i>						
(9) Regarder l'enfant						
(10) Sourire à l'enfant						
(11) Se tenir à proximité						
(12) Manifester de l'affection						
(13) Rassurer						
(14) Renforcer						
(15) Participer						
(16) Défendre les intérêts de l'enfant (advocate)						
Total						

instruments de mesure ainsi que d'entraîner les assistantes de recherche à la manipulation de la caméra vidéo. Tous les parents répondant aux critères d'admissibilité ont été joints par téléphone et la recherche leur a été expliquée. Ensuite, les parents qui désiraient participer à l'étude ont été répartis au hasard dans l'un des deux groupes expérimentaux et dans le groupe contrôle, et ils ont reçu au moins 15 jours avant la chirurgie une enveloppe contenant une des deux brochures (longue ou abrégée) ou une feuille sur la chirurgie d'un jour. Le matin de l'opération, l'assistante de recherche a recueilli le formulaire de consentement et expliqué aux parents comment remplir le questionnaire et l'échelle d'anxiété. L'assentiment verbal de l'enfant a également été obtenu. De plus, on a de nouveau indiqué aux parents les moments où ils seraient enregistrés sur bande vidéo. Ceux-ci ont également été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment au cours de la journée.

Les résultats

Les compétences parentales

Les résultats de type descriptif se rapportant aux connaissances figurent au tableau 2. La moyenne totale du score de connaissances a été de 15,23 (80,2 %) pour le groupe I, de 14,46 (76,1 %) pour le groupe II et de 12,56 (66,1 %) pour le groupe III. Les parents des deux groupes expérimentaux ont donc obtenu un score plus élevé que les parents du groupe contrôle, et ce, pour les trois types de connaissances.

Tableau 2 *Moyenne et écart-type des scores de connaissances des parents selon le groupe et le type de connaissances (n = 149)*

Type	Groupe I Brochure longue		Groupe II Brochure abrégée		Groupe III Contrôle	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Termes médicaux (5 points)	3,78	0,99	3,83	1,00	3,24	1,20
Développement de l'enfant (9 points)	7,25	1,47	7,00	1,47	5,80	1,51
Histoire de cas (5 points)	4,20	1,20	3,63	1,01	3,52	1,07
Total : 19 points (100 %)	15,23 (80,2 %)		14,46 (76,1 %)		12,56 (66,1 %)	

La moyenne et l'écart-type des scores au chapitre des conduites parentales figurent au tableau 3. Ce sont les conduites de type attitudes, comme le fait de manifester de l'affection, de se tenir à proximité et de rassurer, qui ont été les plus fréquentes chez les parents, suivies par les conduites de type information verbale, comme donner de l'information et répondre aux questions, et enfin par les conduites de type stratégies cognitives, comme distraire ou faire du renforcement.

Tableau 3 Moyenne et écart-type des scores de conduites parentales selon le groupe et le type de conduite (n = 142)

Type	Groupe I Brochure longue		Groupe II Brochure abrégée		Groupe III Contrôle	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Information verbale	2,73	1,85	2,63	2,03	2,66	1,67
Stratégies cognitives	1,55	1,39	1,33	1,13	1,43	1,09
Attitudes	17,96	4,79	17,92	4,45	18,84	3,87

Les moments où les parents ont montré le plus grand nombre de conduites différentes ont été à l'admission ($M = 5,98$; $é.t. = 2,30$) et durant l'heure suivant le retour de l'enfant de la salle de réveil ($M = 5,35$; $é.t. = 1,99$). Une analyse de variance multivariée (MANOVA) ayant comme variables dépendantes les connaissances et les conduites a montré qu'il y avait une différence significative entre les groupes (test Hotellings, $F = 7,91$; $p = 0,000$), et les analyses univariées ont établi la différence relativement aux connaissances des parents. Les résultats de ces analyses figurent au tableau 4. De plus, des analyses comparatives à posteriori (contrast) ont montré que les deux groupes expérimentaux différaient grandement du groupe contrôle en ce qui a trait aux compétences (connaissances et conduites) (test Hotellings, $F = 14,737$; $p = 0,000$), mais qu'ils ne différaient pas entre eux de manière significative (test Hotellings, $F = 1,215$; $p = 0,300$) à ce chapitre.

L'hypothèse de recherche sur les compétences parentales est donc acceptée; les parents ayant reçu une brochure éducative (longue ou abrégée) à la maison ont fait montre de considérablement plus de types de compétences que les parents du groupe contrôle.

Tableau 4 *Scores des connaissances et des conduites parentales selon le groupe*
Résultats des analyses de MANOVA (n = 142)

Variable	Groupe			F	P
	Brochure longue	Brochure abrégée	Contrôle		
Connaissances					
M	15,24	14,48	12,59	14,586	.0001
ÉT	(2,62)	(2,30)	(2,58)		
Comportements					
M	23,76	23,45	24,75	0.645	0,526
ÉT	(6,50)	(5,67)	(4,83)		

Les variables étrangères, soit une expérience antérieure des parents avec une chirurgie d'un enfant et l'âge de l'enfant n'ont pas eu d'effet significatif sur les connaissances et les conduites des parents. Par contre, le niveau de scolarité de la mère a eu un effet significatif sur l'acquisition des connaissances ($F = 4,158$, $p < 0,01$). En effet, les mères plus scolarisées ont obtenu un score plus élevé dans le questionnaire sur les connaissances.

De plus, les mères plus jeunes, celles entre 21 et 29 ans, ($F = 4,139$; $p < 0,05$) et les parents sans autre enfant ($F = 4,028$; $p < 0,05$) ont montré considérablement plus de types de conduites que les mères plus âgées et les parents ayant d'autres enfants.

L'anxiété parentale

Les scores au chapitre de l'anxiété situationnelle du parent accompagnateur, obtenus à l'aide de l'échelle numérique, figurent au tableau 5. Les parents du groupe contrôle ont obtenu des scores plus élevés dans l'auto-rapport, et ce, pour tous les moments observés. Les deux moments pour lesquels les scores ont été les plus élevés sont au départ de l'enfant pour la salle d'opération et à son retour de la salle de réveil.

L'analyse de variance à mesures répétées (MANOVA) a montré qu'il y avait une différence significative entre les groupes (test Hotellings, $F = 2,542$; $p = 0,006$) et les analyses univariées ont révélé que le départ pour la salle d'opération et la période d'attente étaient les

Tableau 5 Scores d'anxiété parentale selon le groupe et la période d'auto-rapport					
Résultats des analyses de MANOVA (n = 148)					
Variable	Groupe			F	P
	Brochure longue	Brochure abrégée	Contrôle		
Admission					
M	1,49	1,88	2,04	0,743	0,390
ÉT	(1,85)	(2,57)	(2,53)		
Départ salle d'opération					
M	3,43	3,35	5,57	15,92	0,000
ÉT	(2,84)	(2,99)	(3,38)		
Attente					
M	2,90	3,65	4,54	6,39	0,013
ÉT	(2,48)	(2,63)	(3,35)		
Retour salle de réveil					
M	3,80	3,59	4,83	3,59	0,060
ÉT	(3,37)	(3,13)	(3,59)		
1 heure post retour					
M	1,47	1,61	2,09	1,85	0,176
ÉT	(1,96)	(2,40)	(2,42)		

moments particulièrement producteurs d'anxiété chez les parents ($p < 0,05$).

Les analyses comparatives à posteriori (contrast) ont établi que les deux groupes expérimentaux différaient de façon significative du groupe contrôle (test Hotellings, $F = 4,034$; $p = 0,002$), mais qu'il n'y avait pas de différence importante entre ces deux premiers groupes (test Hotellings, $F = 1,205$; $p = 0,310$). L'hypothèse de recherche est donc acceptée; les parents ayant reçu une brochure éducative (longue ou abrégée) à la maison ont rapporté sur l'échelle une anxiété moindre le jour de la chirurgie que les parents du groupe contrôle.

Les variables étrangères et socio-démographiques n'ont pas influencé de façon significative le degré d'anxiété des parents.

Discussion des résultats

Les compétences parentales

Les analyses multivariées ont établi que les parents des deux groupes expérimentaux ont fait montre de considérablement plus de compétences, de connaissances et de conduites bienfaitantes combinées que les parents du groupe contrôle. L'approche éducative choisie a donc permis aux parents des groupes expérimentaux d'acquérir des connaissances et des compétences s'appliquant à une situation comme une chirurgie d'un jour. En outre, l'absence de différence significative entre les deux groupes expérimentaux en ce qui a trait aux compétences parentales semble démontrer que tous les parents possédant des concepts touchant l'enfant et la situation d'apprentissage, tels que présentés dans les deux brochures, font preuve d'un même degré d'habileté à résoudre des problèmes relatifs à la préparation et à l'aide à l'enfant le jour de la chirurgie. Le fait d'avoir ajouté une partie visant l'acquisition de certaines stratégies cognitives n'a pas entraîné de différence significative entre les deux groupes expérimentaux lors d'une expérience unique et de courte durée comme une chirurgie d'un jour. Reinhart-Rahn (1988) constate par contre dans son étude que tous les parents, quelles que soient les modalités de la formation reçue, ont montré avec le temps une augmentation de leurs compétences.

Dans la présente étude, les analyses univariées ont révélé que c'est au chapitre des connaissances qu'il existe une différence significative entre les groupes. En effet, les parents ayant reçu une brochure éducative à la maison avant la chirurgie possèdent plus d'aptitudes intellectuelles et ont intégré plus de concepts et de règles que les parents sans brochure. Mazurek-Melnyk (1994) mentionne que des parents d'enfants hospitalisés ayant reçu de l'information sur les réactions de l'enfant et sur les moyens de l'aider pendant l'hospitalisation possédaient plus de connaissances théoriques et montraient davantage d'habileté en résolution de problèmes que les parents sans information. Par ailleurs, Brandt et Magyary (1993) ont établi qu'un programme éducatif destiné à des mères et à leur enfant diabétique avait amélioré de façon significative les connaissances des mères ainsi que leur habileté en résolution de problèmes, mais pas leurs compétences psychomotrices. Ces auteures avaient utilisé des stratégies éducatives de même type comme le modelage, la répétition et le feedback.

Dans cette étude, les conditions internes et externes propres à faire acquérir, selon Gagné (1985), des compétences de type information verbale, aptitudes intellectuelles, stratégies cognitives et attitudes ont

été mises en place et réalisées au moyen d'une brochure éducative. Le concept de modelage verbal de Bandura (1986) a également été employé dans la brochure. L'utilisation de ces deux modèles semble efficace pour l'acquisition de concepts et de règles, mais pas pour l'intégration d'autres compétences comme les stratégies cognitives et les attitudes. Certains éléments des modèles manquaient lors de la recherche, comme le feedback donné aux parents, élément important selon Gagné et Bandura, la présence d'un modelage d'actions réelles et non uniquement verbal, et la possibilité pour les parents de mettre en pratique les nouvelles techniques apprises. Ce sont des considérations d'ordre pratique entourant l'expérimentation et le contexte de la chirurgie d'un jour qui ont empêché la mise en place de ces éléments.

De plus, comme l'affirme Coyne (1995), le stress entourant l'hospitalisation et la chirurgie de leur enfant et le fait d'être dans un environnement nouveau peuvent avoir inhibé chez les parents certaines capacités de réponse aux besoins de l'enfant, surtout lors des moments de stress. Gagné (1985) mentionne que des parents possédant déjà des compétences de type stratégies cognitives ne sont pas nécessairement capables de les transférer à une situation nouvelle. Il ajoute que le fait de communiquer la stratégie à l'apprenant ne garantit pas son utilisation réelle et qu'il faut tenir compte de sa volonté de résoudre le problème. Une prochaine étude qui appliquerait tous les éléments des deux modèles éducatifs, incluant le feedback et le modelage d'actions réelles, et qui mesurerait les capacités d'apprentissage avant et après l'utilisation du programme éducatif serait plus à même d'établir la valeur dudit programme.

En ce qui concerne l'aspect qualitatif des conduites des parents le jour de la chirurgie, on remarque que tous les parents, et plus particulièrement ceux du groupe contrôle, ont surtout manifesté des compétences de type attitudes, comme serrer, embrasser, caresser, rassurer. Des compétences de ce type ont été mentionnées dans d'autres études visant à mesurer les conduites d'aide des parents (Coty et al., 1989; Jones, 1994; LaMontagne, Hepworth, Johnson et Deshpande, 1994). Meyer (1987) et Roskies et al. (1978) ont observé que des parents ayant reçu une préparation de type cognitif sur le développement normal de l'enfant et sur l'importance de leur participation aux soins ont démontré plus d'empathie envers l'enfant et ont participé plus activement aux soins, particulièrement ceux de nature psychologique (affection, réconfort, distraction) que les parents des groupes contrôle.

Un autre facteur pouvant avoir influencé les résultats est le degré de détresse montré par l'enfant le jour de la chirurgie. Les enfants des

groupes expérimentaux ayant reçu une préparation sur mesure donnée par les parents à la maison ont montré moins de conduites de détresse que les enfants du groupe contrôle (Tourigny, 1996). Par contre, les parents des groupes expérimentaux, bien qu'ayant montré un peu plus de compétences de type information verbale et stratégies cognitives, ont fait preuve de moins de compétences de type attitudes que les parents du groupe contrôle. Ces derniers, n'ayant pas accès à la brochure, ont probablement tenté de suppléer au manque de préparation par l'usage plus fréquent de conduites d'aide, surtout celles de type attitudes comme serrer, embrasser, caresser. Il pourrait aussi s'agir de conduites de soutien plus fréquentes ou plus acceptables dans certaines familles.

L'utilisation de l'instrument de mesure des conduites parentales est un autre facteur pouvant avoir influencé les résultats. Bien que l'analyse factorielle ait établi une certaine validité hypothético-déductive de l'instrument, celui-ci a besoin d'une validation plus poussée. Ainsi, le fait d'avoir utilisé l'instrument pour mesurer la présence et non la fréquence des conduites a pu influencer les résultats. Les parents des groupes expérimentaux ont peut-être montré des compétences à une plus grande fréquence que ceux du groupe contrôle, mais ceci n'a pas été vérifié dans l'étude.

L'anxiété parentale

Les parents accompagnateurs des deux groupes expérimentaux se sont dits moins anxieux que les parents du groupe contrôle ; cependant, les deux groupes expérimentaux ne différaient pas entre eux à cet égard. La remise d'une brochure abrégée, c'est-à-dire comprenant seulement de l'information sur le développement et les réactions de l'enfant et sur le déroulement de la journée à l'hôpital, a donc permis de réduire l'anxiété situationnelle relative à l'hospitalisation d'un enfant pour une chirurgie d'un jour. Le fait de fournir aux parents des concepts et des règles sur l'enfant et les procédures à l'hôpital a probablement contribué à la formation de schémas cognitifs propres à anticiper les événements et à en abaisser le côté anxiogène (Gagné, 1985). Ellerton et Merriam (1994), Mazurek-Melnyk (1994), Peterson et Shigetomi (1981), Robinson et Kobayashi (1991) et Vulcan et Nikulich-Barrett (1988) ont tous obtenu des résultats semblables en ce qui a trait à l'efficacité d'une préparation cognitive dans la réduction de l'anxiété situationnelle des parents. L'élément important de la présente étude est l'établissement de l'efficacité d'une préparation centrée sur les parents et effectuée dans le milieu familial pour les enfants de trois à six ans opérés dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Conclusion

Cette étude comportait certaines limites comme l'absence de contrôle sur l'utilisation de la brochure à la maison et la difficulté de recueillir des images vidéo de qualité comparable. De plus, il n'y a pas eu de mesure pré-opératoire des compétences parentales à cause de l'impossibilité d'observer les parents avant la chirurgie d'un jour. D'autres facteurs comme le degré d'intelligence des parents, leur perception de la gravité de la chirurgie, la dynamique familiale et l'attitude des soignants peuvent avoir influé sur les résultats. Enfin, le recours à un échantillon de convenance ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des parents qui font opérer leur enfant dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Même si ce n'était pas le but de cette recherche, on constate cependant qu'elle a permis de déterminer, d'observer et de mesurer les conduites d'aide adoptées par des parents lorsque leur enfant subit une chirurgie. La connaissance de ces conduites devrait guider les intervenants en soins de santé dans la promotion et le soutien des actions d'aide à l'enfant. Les résultats obtenus montrent également que des parents ayant reçu une brochure éducative à la maison avant la chirurgie ont montré plus de compétences et se sont dits moins anxieux pendant la journée de la chirurgie que des parents n'ayant pas bénéficié de cette approche. Le fait d'avoir utilisé un moyen unique, la brochure, a permis de mieux vérifier les effets d'une approche spécifique sur les parents. Ainsi, cette auto-préparation à la maison semble permettre aux parents d'acquérir et de faire montre des capacités d'apprentissage nécessaires lors d'une chirurgie de l'enfant. Il serait cependant intéressant d'améliorer cette approche en y introduisant un volet visuel comme une bande vidéo ; il serait alors possible d'en vérifier les effets sur l'acquisition de stratégies d'aide à l'enfant.

Des recherches futures sont nécessaires pour vérifier de nouveau l'efficacité d'une approche combinée, comportant brochure et vidéo, auprès de parents dont l'enfant doit subir une chirurgie d'un jour ou des interventions douloureuses à répétition comme des ponctions lombaires ou de la moelle osseuse. Ces tests étant effectués fréquemment chez les enfants atteints de cancer, les parents peuvent en prédire le déroulement, en plus d'intégrer et de mettre en pratique des stratégies d'aide à l'enfant. En outre, la validation de l'instrument *Inventaire des conduites parentales* doit se poursuivre en observant à nouveau des parents lorsque leur enfant subit une chirurgie ou dans une situation plus contrôlée comme une ponction lombaire. Il serait également intéressant de comparer les compétences des mères à celles des pères

dans le contexte d'une chirurgie d'un jour. L'auteure a d'ailleurs constaté au cours de l'étude que les pères étaient très présents et attentifs aux besoins de leur enfant opéré.

La présente recherche ouvre la voie à l'exploration de nouvelles approches s'appliquant aux soins de type ambulatoire prodigués à l'enfant et à sa famille. L'aide aux parents en ce qui concerne la prise en charge des soins à l'enfant, à l'hôpital et à la maison, fait partie intégrante des responsabilités professionnelles de l'infirmière, dans un système de soins de santé qui change de plus en plus vite. La participation des parents aux soins de l'enfant s'inscrit bien dans une approche d'humanisation des soins et d'*empowerment*, qui s'avère nécessaire dans l'optique du virage ambulatoire.

Références

- Bandura, A. (1986). *Social foundations for thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Brandt, P.A., et Magyary, D.L. (1993). The impact of a diabetes education program on children and mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(1), 31-40.
- Caty, S., Ritchie, J.A., et Ellerton, M.L. (1989). Helping hospitalized preschoolers manage stressful situations: The mother's role. *Children's Health Care*, 18(4), 202-209.
- Coyne, I.T. (1995). Partnership in care: Parents' views of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing*, 4(2), 71-79.
- Dahlquist, L.M., Power, T.G., Cox, C.N., et Fernbach, D.J. (1994). Parenting and child distress during cancer procedures: A multidimensional assessment. *Children's Health Care*, 23(3), 149-166.
- Ellerton, M.L., et Merriam, C. (1994). Preparing children and families psychologically for same-day surgery: An evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1057-1062.
- Faust, J., et Melamed, B.G. (1984). Influence of arousal, previous experience, and age on surgery preparation of same day of surgery and in-hospital pediatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 359-365.
- Fielding, R., et Tam, F.S.H. (1990). Maternal responses to expressed distress of Chinese children hospitalized for elective surgery. *Psychologia*, 33(2), 100-105.
- Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kérouac, S., et Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Gagné, R.M. (1985). *The conditions of learning and theory of instruction* (4e éd.). New York : Holt, Rinehart & Winston.
- Graves, C., et Hayes, V.E. (1996). Do nurses and parents of children with chronic conditions agree on parental needs? *Journal of Pediatric Nursing*, 11(5), 288-299.

- Hayes, V.E., et Knox, J.E. (1984). The experience of stress in parents of children hospitalized with long-term disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 9(4), 333-341.
- Johnston, C. (1983). Preparing children for surgery. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 1(2), 4-9.
- Johnston, C., Bevan, J.C., Haig, M.J., Kirnon, V., et Tousignant, G. (1988). Parental presence during anesthesia induction. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 47(1), 187-194.
- Jones, D.C. (1994). Effect of parental participation on hospitalized child behavior. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 17(2), 81-92.
- Kraemer, H.C., et Thieman, S. (1987). *How many subjects? Statistical power analysis in research*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Kristjansdotter, G. (1991). A study of the needs of hospitalized 2-to-6-year-old children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 14(1), 49-64.
- LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T., Johnson, B.D., et Deshpande, J.K. (1994). Psychophysiological responses of parents to pediatric critical care stress. *Clinical Nursing Research*, 3(2), 104-118.
- LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T., Pawlak, R., et Chiafery, M. (1992). Parental coping and activities during pediatric critical care. *American Journal of Critical Care*, 1(2), 76-80.
- Maxwell, C. (1978). Sensitivity and accuracy of the Visual Analogue Scale: A psycho-physical classroom experiment. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 6, 15-24.
- Mazurek-Melnyk, B. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research*, 43(1), 50-55.
- McGrath, M.M. (1979). Group preparation of pediatric surgical patients. *Image*, 11(2), 52-62.
- Melamed, B.G., et Siegel, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 511-521.
- Meng, A., et Zastowny, T. (1982). Preparation for hospitalization: A stress inoculation training program for parents and children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 11(2), 87-94.
- Meyer, D.J. (1987). Parent training: Preventing childhood behavior disorders through the use of developmental information, planned activities and behavior modification. Thèse de doctorat. Marquette University, Milwaukee, Wisconsin, É.-U.
- Peterson, L., Ridley-Johnson, R., Tracy, K., et Mullins, L.L. (1984). Developing cost-effective presurgical preparation: A comparative analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 9(4), 439-455.
- Peterson, L., et Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-15.

- Reinhart-Rahn, C. (1988). Educating parents in methods of competent parenting: The effects of instructional strategy on parent-child behaviour. Thèse de doctorat. Université McGill, Montréal, QC.
- Robinson, P.J., et Kobayashi, K. (1991). Development and evaluation of a presurgical preparation program. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(2), 193-212.
- Romaniuk, D.K., et Kristjanson, L.J. (1995). The parent-nurse relationship from the perspective of parents of children with cancer. *Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 80-89.
- Roskies, E., Mongeon, M., et Gagnon-Lefèbvre, 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.
- Schwartz, B.H., Albino, J.E., et Tedesco, L.A. (1983). Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations. *Journal of Pediatrics*, 102(4), 634-638.
- Scott, J., et Huskisson, E.C. (1979). Vertical or horizontal visual analogue scales. *Annals of Rheumatologic Disorders*, 38, 560.
- Skipper, J.K. (1966). Mothers' distress over their children's hospitalization for tonsillectomy. *Journal of Marriage and the Family*, 28(1), 145-151.
- Smitherman, C.H. (1979). Parents of hospitalized children have needs, too. *American Journal of Nursing*, 79(8), 1423-1424.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., et Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- 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, QC.
- Visintainer, M.A., et Wolfer, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effects on children's and parents' stress response and adjustment. *Pediatrics*, 56, 187-202.
- Vogelsang, J. (1988). The Visual Analog Scale: An accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 3(4), 235-239.
- Vulcan, B.M., et Nikulich-Barrett, M. (1988). The effect of selected information on mothers' anxiety levels during their children's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(2), 97-102.
- Wolfer, J.A., et Visintainer, M.A. (1975). Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment, as a function of psychologic preparation and stress-point nursing care. *Nursing Research*, 24(4), 244-255.

Wolfer, J.A., et Visintainer, M.A. (1979). Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients: Effects on children's and parents' adjustment. *Pediatrics*, 64(5), 646-655.

Remerciements

Cette recherche a été facilitée par l'obtention d'une bourse d'études de la Fondation de l'Université Laval de Québec.

Les personnes qui désirent obtenir une description plus complète de l'instrument *Inventaire des conduites parentales* doivent en faire la demande à Jocelyne Tourigny, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 451, rue Smyth, Ottawa, ON, K1H 8M5.