



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**“LA PERCEZIONE DELL'INFERMIERE NELLA
GESTIONE DEL DOLORE PEDIATRICO: INDAGINE
PRESSO LE UNITÀ OPERATIVE DI PRONTO
SOCCORSO DELL'ULSS 2 MARCA TREVIGIANA ”**

RELATORE: Girotto Cristian

LAUREANDA: Donega Sofia
MATRICOLA: 1226804

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: il dolore viene definito come un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritta in termini di tale danno. Anche neonati e bambino provano dolore e l'esperienza del dolore che si verifica durante il periodo neonatale e nell'infanzia può modificare l'architettura definitiva del sistema algico dell'adulto. Il dolore non trattato può portare a gravi conseguenze, per questo gli infermieri hanno un ruolo fondamentale vista la vicinanza al paziente e devono eseguire il loro lavoro nel migliore dei modi, seguendo le linee guida e i protocolli elaborati. Nella realtà clinica si è ancora lontani da una situazione ottimale: numerose esperienze confermano come il dolore nel bambino sia ancora oggi oggetto di scarsa attenzione. Il divario tra le conoscenze e gli strumenti disponibili e l'attitudine dei professionisti sanitari confermano un severo deficit nella valutazione, nella misurazione e nel trattamento del sintomo.

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio è indagare l'atteggiamento degli infermieri, esaminare la percezione dei professionisti nella valutazione e trattamento del dolore dei piccoli pazienti per identificare una causa alla mancata efficienza di gestione del dolore pediatrico.

Metodo: È stato eseguito uno studio trasversale. È stato condotto all'interno delle U.O. di Pronto Soccorso dell'ULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso, Oderzo, Conegliano, Castelfranco), con la somministrazione agli infermieri di un questionario nel periodo tra il 6 luglio 2022 e il 31 agosto 2022.

Risultati: i risultati ottenuti dall'indagine hanno descritto una bassa partecipazione a corsi per il dolore, affermano la poca confidenza da parte degli infermieri nella gestione del dolore, soprattutto in ambito di trattamento non farmacologico. Quello che si può riassumere dall'analisi dei dati ottenuti è la mancanza di una formazione ed educazione efficace che porta l'infermiere a sentirsi competente nell'intraprendere decisioni e scelte professionali per la gestione del dolore pediatrico.

Conclusioni: Nonostante la bassa partecipazione allo studio, si è potuto dedurre quanto sia importante la formazione e l'educazione in un determinato campo per poter svolgere in modo ottimale la propria professione. La gestione dell'analgia dev'essere migliorata e questo studio suggerisce di implementare la continua formazione degli infermieri che lavorano nel campo dell'emergenza pediatrica in modo da aumentare le loro competenze nell'ambito della gestione del dolore nei pazienti pediatrici.

INDICE

ABSTRACT

| | |
|---|----------------|
| 1. INTRODUZIONE | Pag. 3 |
| 1. QUADRO TEORICO | Pag. 5 |
| 1.1 Definizione del dolore | Pag. 5 |
| 1.2 Classificazione del dolore | Pag. 5 |
| 1.3 La nocicezione nel neonato bambino | Pag. 7 |
| 1.4 Ruolo dell'infermiere nel dolore | Pag. 9 |
| 1.5 Descrizione del problema | Pag. 13 |
| 2. MATERIALI E METODI | Pag. 17 |
| 2.1 Obiettivo dello studio | Pag. 17 |
| 2.2 Tipologia di studio e Setting | Pag. 17 |
| 2.3 Materiali e Metodi | Pag. 17 |
| 2.4 Attività e Raccolta dati | Pag. 19 |
| 3. RISULTATI | Pag. 21 |
| 4. DISCUSSIONE | Pag. 33 |
| 5. CONCLUSIONI | Pag. 39 |
| 5.1 Limiti dello studio | Pag. 39 |
| 5.2 Conclusioni | Pag. 39 |

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1. Questionario

Allegato 2. Flowchart selezione articoli

INTRODUZIONE

In età pediatrica il dolore è, in corso di malattia, un sintomo frequente e temuto. È un sintomo trasversale che, indipendentemente dalla patologia, dal contesto e dall'età, mina in maniera importante l'integrità fisica e psichica del bambino e angoscia e preoccupa i suoi familiari. Nonostante la disponibilità di linee guida e raccomandazioni, nella realtà clinica si è ancora lontani da una situazione ottimale: numerose esperienze confermano come il dolore nel bambino sia ancora oggi oggetto di scarsa attenzione. Anche in Pronto Soccorso, si conferma la carenza di valutazione/ misurazione, la scarsa attenzione e banalizzazione del sintomo da parte del personale sanitario, la mancata priorità data al sintomo del dolore nella gestione del paziente, nonché un limitato ricorso a farmaci analgesici adeguati alla gestione del sintomo. Finalità specifica delle linee guida è quella di aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura. Alla luce di queste considerazioni si rende necessario un radicale mutamento di attitudini ed atteggiamenti che deve coinvolgere non solo il personale curante ma anche i cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari del Paese. Con questo studio si va ad indagare cosa ne pensano gli infermieri in merito, ovvero indagare sulla loro esperienza del dolore, se hanno studiato o frequentato corsi avanzati per il trattamento del dolore e come si pongono di fronte ad una situazione di dolore pediatrico. L'infermiere è una figura fondamentale nella prima valutazione del paziente all'arrivo in Pronto Soccorso, per questo motivo deve essere eseguita nel miglior modo possibile; ma nonostante questo, l'infermiere è sempre una persona con un vissuto, esperienze, e per questo il suo lavoro, le sue idee e valori possono essere influenzate da ciò. Lo studio è svolto somministrando agli infermieri del Pronto Soccorso dell'ULSS2 Marca Trevigiana un questionario a crocette composto da 20 domande/affermazioni. Una causa della scarsa attenzione al dolore pediatrico può essere una scarsa percezione di esso da parte del personale infermieristico che lavora in PS, per questo lo studio punta a indagare con questo questionario come un infermiere si comporta in una situazione di dolore pediatrico e qual è il suo agire professionale.

CAPITOLO I – QUADRO TEORICO

1.1 Definizione di dolore:

Il dolore è un fenomeno multidimensionale con componenti sensoriali, fisiologiche, cognitive, affettive, comportamentali e spirituali. Le emozioni (componente affettiva), le risposte comportamentali al dolore (componente comportamentale), le credenze, le attitudini, le attitudini spirituali e culturali al dolore e il controllo del dolore (componente cognitiva) alterano la modalità in cui l'esperienza dolorosa è vissuta (componente sensoriale) modificando la trasmissione dello stimolo doloroso al cervello (componente fisiologica).

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritta in termini di tale danno”. La definizione sottolinea la natura sia fisica che emotiva del dolore. Una nota aggiuntiva riguarda l'esperienza dolorosa nei bambini: “L'incapacità di comunicare verbalmente non nega la possibilità che un individuo provi dolore e abbia bisogno di un adeguato trattamento di sollievo dal dolore. Il dolore è sempre soggettivo”. ⁽¹⁾

Con la legge n. 38 del 15 marzo 2010, è stato compiuto un passo importante per la tutela della salute in Italia, in quanto è stato sancito il dovere etico di offrire al cittadino il diritto a essere curato e alleviato dal dolore, indipendentemente dall'età, dal tipo di malattia, dal luogo di vita e dalla condizione economica. ⁽²⁾⁽³⁾

1.2 Classificazione del dolore:

Vi sono due principali tipi di dolore, nocicettivo e neuropatico. La distinzione clinica tra i due è utile per il diverso approccio terapeutico.

Il dolore nocicettivo insorge quando il danno tissutale attiva specifici recettori del dolore chiamati nocicettori, che sono sensibili allo stimolo doloroso. I nocicettori possono rispondere a calore, freddo, vibrazione, stimolo tensivo e sostanze chimiche rilasciate dai tessuti in risposta a privazione di ossigeno, distruzione o infiammazione dei tessuti. Questo tipo di dolore si suddivide in somatico e viscerale, a seconda della localizzazione dei nocicettori attivati.

- Il dolore somatico è causato dall'attivazione dei nocicettori sui tessuti superficiali (cute, mucosa di cavo orale, naso, uretra, ano, ecc) oppure profondi, come ossa,

articolazioni, muscoli o tessuto connettivo. Ad esempio, tagli e stiramenti che causano distruzione di tessuto producono dolore somatico superficiale, mentre i crampi muscolari, dovuti a scarsità di ossigeno, producono un profondo dolore somatico.

- Il dolore viscerale è causato dall'attivazione dei nocicettori localizzati nei visceri (organi interni del corpo inclusi in una cavità, come gli organi toracici e addominali). Può verificarsi in seguito ad infezione, distensione da fluidi o gas, tensione o compressione, solitamente per tumori solidi.

Il dolore neuropatico è causato da danni strutturali e disfunzioni delle cellule nervose nel sistema nervoso periferico o centrale (SNC) ⁽⁴⁾. Qualsiasi processo che causa danni alle strutture nervose, come quelli metabolico, traumatico, infettivo, ischemico, tossico o condizioni patologiche immuno-mediate, possono risultare in dolore neuropatico. Quest'ultimo può essere causato anche da compressione dei nervi o da trasmissione anomala dei segnali dolorosi dal cervello o dalla colonna vertebrale.

Il dolore neuropatico può coesistere insieme al dolore nocicettivo, definito dolore misto. In alcune condizioni patologiche, i pazienti possono avere dolore misto che consiste in dolore somatico, viscerale e neuropatico insieme o separatamente in momenti diversi. I diversi meccanismi patofisiologici descritti sopra possono attivarsi insieme producendo un dolore misto. Esempi al riguardo sono rappresentati da danni tissutali e nervosi da trauma, ustioni (che coinvolgono la cute e le terminazioni nervose) e il cancro, che causa una compressione nervosa esterna tanto quanto danno ai nervi da infiltrazione.

Viene comunemente definito acuto un dolore di durata inferiore a 30 giorni, e cronico un dolore superiore a tre mesi. Tuttavia, tali definizioni sono arbitrarie e non sono essenziali per decidere le strategie di trattamento. I sintomi e le cause dei due tipi di dolore possono sovrapporsi e i fattori patofisiologici possono essere indipendenti dalla durata. La distinzione tra dolore acuto e cronico basata sulla durata può pertanto essere problematica. Il dolore acuto compare improvvisamente, è percepito subito dopo una lesione, è di intensità severa, ma è solitamente di breve durata. Insorge in seguito a lesione tissutale che stimola i nocicettori e generalmente scompare quando la lesione guarisce.

Il dolore cronico è continuo o ricorrente e persiste oltre il normale periodo atteso di guarigione. Il dolore cronico può iniziare come dolore acuto e persistere per lunghi periodi o ripresentarsi a causa della persistenza dello stimolo doloroso o dell'aggravamento ripetuto di una lesione. Può anche insorgere e persistere in assenza di patofisiologia identificabile o di patologia cronica grave. Il dolore cronico può influenzare negativamente tutti gli aspetti della vita quotidiana, come le attività fisiche, la frequenza scolastica, il sonno, le interazioni familiari e le relazioni sociali, e può provocare angoscia, ansia, depressione, insonnia, fatica o cambiamenti di umore, come irritabilità e comportamento adattivo negativo. Poiché il dolore è il risultato dell'interazione di più fattori, nella valutazione delle caratteristiche cliniche del dolore deve essere preso in considerazione il bambino nel suo insieme. Per dare sollievo dal dolore può essere necessario un approccio olistico.

Il dolore episodico o ricorrente può verificarsi in modo intermittente per un lungo periodo di tempo e il bambino può non avvertire alcun dolore tra gli episodi. Gli episodi dolorosi possono variare per intensità, qualità e frequenza nel tempo e sono pertanto imprevedibili. Questo tipo di dolore può essere indistinguibile dal dolore acuto ricorrente, ma può avere un impatto più grave sul benessere fisico e psicosociale del bambino. Gli esempi di questo tipo di dolore comprendono emicrania, dolore episodico per anemia a cellule falciformi e dolore addominale ricorrente. ⁽¹⁾

1.3 La nocicezione nel neonato/bambino:

Fino a poco tempo fa il sistema nervoso del neonato, anche pretermine, e del bambino non era ritenuto adeguato a tradurre, trasmettere, modulare e percepire la sensazione dolorosa. L'imaturità dei recettori, delle vie nervose e dei sistemi neurochimici, gli alti livelli di oppioidi endogeni e la supposta incapacità di memorizzare l'esperienza dolorosa, erano considerati gli elementi per negare il dolore nell'età pediatrica. Ampia letteratura a partire dagli anni '80 ha dimostrato che:

Dalla 23^a settimana di età gestazionale il sistema nervoso centrale è anatomicamente e funzionalmente competente per la nocicezione. La formazione e la mielinizzazione delle aree nocicettive centrali (talamo, corteccia sensitiva, sistema limbico, ipotalamo

e le aree associative corticali cerebrali) si realizza nel periodo post-natale fino all'anno.

Nel feto, nel neonato e fino a 12-18 mesi di età, vi è una ritardata espressione delle vie inibitorie discendenti con conseguente ridotta azione antalgica, che determina una maggiore eccitabilità del sistema nocicettivo *in toto*. A parità di stimolo doloroso, quanto più giovane è il paziente, minore è l'inibizione centrale e periferica, tanto maggiore è la percezione del dolore.

Nel neonato c'è una precoce e abbondante espressione di neurotrasmettitori che mediano la nocicezione e un'aumentata eccitabilità delle corna dorsali con conseguente minore controllo endogeno dello stimolo doloroso (dolore più persistente e associato ad allodinia): per un lungo periodo dopo una procedura dolorosa, i neonati e i nati pretermine sperimentano come dolorose anche stimolazioni non dolorose quali l'*handling*, la visita medica, le procedure di *nursing* che intensificano l'attività dei circuiti nocicettivi. Questo determina reazioni analoghe alla risposta allo "stress" dell'adulto, cioè un atteggiamento metabolico di emergenza caratterizzato da modificazioni organiche, fisiologiche, ormonali, metaboliche e comportamentali quali alterazioni della frequenza cardiaca e respiratoria, alterazioni della pressione arteriosa e venosa centrale, modificazioni del tono vagale, modificazioni della pressione parziale arteriosa di ossigeno e di anidride carbonica, modificazioni del pH, modificazioni ematochimiche ormonali e metaboliche, modificazioni comportamentali (pianto, espressione del viso sofferente).

La maturazione del sistema algico-antalgico prosegue durante il periodo neonatale e nell'infanzia con lo sviluppo e il perfezionamento di recettori periferici, connessioni intramidollari e intracorticali con il sistema limbico e con le aree associative presenti nella corteccia frontale, parietale e nell'insula. L'importanza di questa fase di sviluppo nella maturazione del sistema dolorifico è dipendente dalla elevata "plasticità" del sistema nervoso centrale e periferico presente in questo periodo. Da ciò consegue, però, che le stimolazioni dolorose ripetitive consolidano e rinforzano le connessioni in via di sviluppo e possono indurre modificazioni del sistema nervoso immaturo a livello:

a) Periferico: aumenta la proliferazione delle terminazioni nervose periferiche e delle loro connessioni con il corno dorsale del midollo spinale corrispondenti all'area del tessuto danneggiato.

b) Spinale: le aree del corno dorsale del midollo spinale somatotopicamente correlate con la stimolazione dolorosa ripetuta presentano un'aumentata eccitabilità a riposo e dopo stimolazione: "fenomeno del parossismo neuronale".

c) Centrale: i circuiti neuronali che sono mantenuti attivi proliferano, mentre quelli inattivi degenerano. La ripetitività della stimolazione dolorosa ha un impatto importante sulla sopravvivenza neuronale, soprattutto dei neuroni immaturi, e, dal momento che tra i meccanismi attivati dalle stimolazioni dolorose ci sono l'esocitotossicità neuronale mediata dall'*N*-metil-D-aspartato e l'apoptosi mediata dalle citochine, nelle aree corticali associate con i processi dolorosi si realizza un'aumentata morte neuronale. Le modificazioni endocrine conseguenti al dolore che coinvolgono l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) a causa di un insufficiente controllo di *feedback* negativo sull'ipotalamo, diencefalo, corteccia prefrontale, frontale e ippocampo, determina un alterato sviluppo del sistema algico, con un'alterata soglia al dolore, e causa modificazioni nello sviluppo cerebrale con aumento della vulnerabilità ai disordini conseguenti allo stress e ai comportamenti ansia-mediati.

L'esperienza del dolore che si verifica durante il periodo neonatale e nell'infanzia può determinare l'architettura definitiva del sistema algico dell'adulto.

Anche il neonato pretermine ricorda il dolore: molti studi evidenziano che la memoria si forma e arricchisce in fasi molto precoci e condiziona il percepito per tutta la vita. Molti di questi ricordi sono inconsci, ma possono determinare disordini comportamentali, cognitivi e problemi psicosociali. ⁽⁵⁾

1.4 Ruolo dell'infermiere nel dolore

Numerosi studi hanno confermato come un dolore non trattato abbia, in ambito pediatrico, effetti negativi sulla prognosi nel breve e lungo termine: si allungano i tempi di guarigione, aumentano le complicanze e molteplici sono le sequele a distanza, sia da un punto di vista fisico che psicologico-emozionale.

Inoltre è dimostrato che il dolore sperimentato nelle prime età della vita determina delle modificazioni strutturali e funzionali persistenti del sistema nocicettivo, contribuendo a determinare l'architettura definitiva del sistema algico e il livello di soglia del dolore dell'adulto.

Attualmente le possibilità di intervento sia a livello diagnostico/ valutativo che terapeutico sono molteplici e varie. Le conoscenze raggiunte e gli strumenti a disposizione sono, a oggi, tali e tanti da poter assicurare un corretto ed efficace approccio antalgico nella maggior parte delle situazioni.

Anche a livello legislativo/normativo in Italia sono stati fatti notevoli progressi nell'ambito del dolore pediatrico. La Legge 38/2010 sancisce che Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche sono un "diritto alla salute del bambino". La Legge definisce, inoltre, alcune regole importanti per la gestione del dolore: stabilisce infatti che, in ogni ambito di cura, il dolore va sempre valutato, misurato e trattato efficacemente e che il dato algometrico, la terapia impostata e l'effetto raggiunto devono essere registrati in cartella clinica. ⁽⁶⁾

Sebbene la gestione del dolore sia responsabilità di ogni operatore sanitario, nel pronto soccorso (PS) è il ruolo principale di un infermiere di emergenza. Gli infermieri di emergenza sono il primo e continuo punto di contatto per i pazienti che soffrono di dolore acuto e sono quindi posizionati in modo ottimale per rispondere e gestire il dolore. L'intervento avviato dall'infermiere è stata una delle strategie più importanti implementate nei PS per fornire una gestione tempestiva dei sintomi, come la somministrazione di analgesia a pazienti con dolore acuto. Generalmente sotto forma di una politica o di un protocollo, gli interventi avviati dall'infermiere consentono agli infermieri registrati, sulla base del loro giudizio clinico, di avviare in modo indipendente il trattamento e/o le indagini prima dell'intervento del medico. ⁽⁷⁾

È da incoraggiare l'adozione di protocolli permanenti che consentano agli infermieri di somministrare rapidamente analgesici ai bambini che soffrono di dolore e di applicare l'anestesia topica in zone cutanee appropriate per coloro che sono suscettibili di soffrire. necessità di riparazione della lacerazione, cannulazione endovenosa, o puntura lombare. ⁽⁴⁾

La misurazione del dolore può essere effettuata tenendo conto della dimensione soggettiva, di quella comportamentale e di quella fisiologica. La dimensione

soggettiva è considerata il “*gold standard*” irrinunciabile, a meno che limiti d’età, fisici o intellettivi ne impediscano l’applicazione. Le dimensioni comportamentale e fisiologica si rivelano essenziali nelle situazioni in cui non si può ricorrere all’autovalutazione del dolore.

Molti gli strumenti a disposizione, ma nessuno valido in assoluto per tutta l’età pediatrica. La scelta infatti varia in rapporto a fattori diversi quali età, fase di sviluppo cognitivo, comportamentale e relazionale, situazione clinica, farmacologica, emozionale e logistica, nonché culturale e sociale.

I metodi algometrici in uso per l’età pediatrica si possono suddividere in quattro gruppi: Scale di autovalutazione ed eterovalutazione, Metodi fisiologici e Metodi comportamentali.

Sono state individuate, fra le molte a disposizione, tre scale algometriche che per efficacia, efficienza e applicabilità, risultano le più indicate per la misurazione del dolore nel bambino competente, da 0 a 18 anni

- 1) Scala FLACC per bambini d’età al di sotto dei 3 anni, o per bambini che per deficit motori o cognitivi non possono fornire una valutazione soggettiva del dolore.
- 2) Scala con le facce di Wong-Baker per bambini d’età > 3 anni.
- 3) Scala numerica per bambini d’età ≥ 8 anni.

Nel bambino con handicap neuromotorio, si ricorre alla eterovalutazione da parte dei genitori ed eventualmente, in caso di dubbio, alla valutazione dei parametri fisiologici. ⁽⁵⁾

Una gestione ottimale del dolore può richiedere un approccio globale che comprende una combinazione di analgesici oppioidi, non oppioidi, adiuvanti e strategie non farmacologiche. L’approccio globale è possibile anche in condizioni di risorse limitate.

Una volta misurato e analizzato il dolore con le scale e l’anamnesi del piccolo paziente vengono scelti i trattamenti farmacologici e non farmacologici più appropriati. È fondamentale anche una corretta valutazione successiva che permette di verificare l’efficacia delle terapie, le modalità di risposta del bambino efficaci o meno.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dettato le linee da seguire per la terapia del dolore in pediatria:

- valutare l'intensità del dolore con regolarità
- seguire la progressione dei farmaci secondo la scala terapeutica del dolore
- utilizzo di terapie comportamentali, cognitive, fisiche congiunte a quelle farmacologiche
- somministrare dosi di analgesici sufficienti a garantire il riposo notturno
- anticipare e trattare aggressivamente gli effetti collaterali.

L'uso corretto di farmaci analgesici dà sollievo alla maggior parte dei bambini con dolore persistente dovuto a patologie mediche e si basa sui concetti chiave che seguono:

- utilizzo della strategia a due gradini
- dosaggio ad intervalli regolari
- utilizzo di vie adeguate di somministrazione
- adattamento del trattamento al singolo bambino ⁽¹⁾

Attualmente i farmaci indicati nella gestione del dolore in età pediatrica sono diversi e possono essere suddivisi in quattro categorie: analgesici non oppioidi, oppioidi, adiuvanti e anestetici locali. La scelta dipende da molti fattori, comprendenti l'età del bambino, l'eziologia del dolore, la durata prevista della terapia, le condizioni generali del bambino e la sua capacità di adattamento al trattamento proposto.

La scelta terapeutica deve valutare l'entità del dolore, e scegliere il farmaco adeguato per potenza analgesica. Il dolore è classificato secondo l'OMS in lieve, moderato e forte; per ciascun livello d'intensità, vengono indicati dei farmaci, adeguati per potenza analgesica (Scala analgesica OMS) secondo un principio di gradualità d'intervento. Il primo gradino è quello del dolore lieve e prevede l'uso di un farmaco analgesico non oppioide. Il secondo gradino è quello del dolore moderato nel quale gli oppioidi deboli, con o senza associazione di paracetamolo e FANS, sono l'indicazione terapeutica. Il terzo è il gradino del dolore forte e gli oppioidi sono i farmaci di scelta, associati eventualmente ai farmaci adiuvanti e ai non oppioidi.

La scelta terapeutica deve valutare sia la tipologia del dolore (nocicettivo, neuropatico, misto...) che le condizioni cliniche, la durata prevista della terapia e le capacità di adattamento del bambino e della famiglia alla proposta. La prescrizione deve essere eseguita alla dose corretta per l'età del paziente e per le condizioni cliniche, tenendo conto di eventuali insufficienze d'organo che possono modificare la

farmacocinetica della molecola. La via di somministrazione scelta deve essere la più semplice, più efficace e meno dolorosa (quasi sempre la via orale). La via intramuscolare deve essere limitata ai casi in cui non vi siano altre possibilità. ⁽⁵⁾

1.5 Descrizione del problema

Nonostante la disponibilità di linee guida e raccomandazioni, nella realtà clinica si è ancora lontani da una situazione ottimale: numerose esperienze confermano come il dolore nel bambino sia ancora oggi oggetto di scarsa attenzione. Il divario tra le conoscenze e gli strumenti disponibili e l'attitudine dei professionisti sanitari confermano un severo deficit nella valutazione, nella misurazione e nel trattamento del sintomo.

Le criticità in questo ambito sono, infatti, confermate da numerosi studi eseguiti in ambiti diversi, tra questi anche il pronto soccorso. Anche in PS infatti si conferma la carenza di valutazione/ misurazione, la scarsa attenzione e banalizzazione del sintomo da parte del personale sanitario (soprattutto da parte del medico), la mancata priorità data al sintomo del dolore nella gestione del paziente, nonché un limitato ricorso a farmaci analgesici adeguati alla gestione del sintomo. Dai dati raccolti in un uno studio condotto in Italia emerge una situazione di ipovalutazione e ipotratamento del dolore in PS: solo in 1 bambino su 4 il dolore è stato misurato e solo 1 bambino su 2 riceve una terapia analgesica. Tutto ciò trova conferma in altri lavori nazionali e internazionali e viene giustificato, almeno in parte, da errate conoscenze, tra cui il ritenere che bambini e adulti non provino dolore con la stessa intensità e che il dolore, nel bambino, non sia un sintomo che meriti priorità. ⁽⁶⁾

Dal lavoro pubblicato dal gruppo PIPER del 2013 emerge come nel 37% dei casi la valutazione del dolore non venga effettuata né in fase di triage né in PS. Nel 32% dei casi non si utilizzano scale algometriche per la misurazione del dolore, nel 21% dei casi la presenza del dolore non viene neanche registrata nella cartella clinica e nel 47% dei casi non viene applicato alcun protocollo nel trattamento del dolore. La somministrazione di antidolorifici ci all'interno dei Dipartimenti di emergenza accettazione (Dea) avviene solo nel 4% dei casi in fase di triage. ⁽⁸⁾

Secondo uno studio eseguito nel Febbraio 2020 i fattori potenziali che influenzano il comportamento del rispondente alla somministrazione dell'analgesia sono stati

esaminati in cinque sottocategorie: atteggiamenti, norme soggettive, ordini e obiettivi, controllo comportamentale percepito e pratica analgesica. ⁽⁷⁾ Un altro studio, eseguito in Australia nel 2020, ha rilevato che il grado di intensità del dolore percepito dagli infermieri del pronto soccorso aumentava in relazione agli anni di esperienza infermieristica del pronto soccorso. Il livello di conoscenze e competenze richiesto per gestire in modo sicuro le esigenze dei pazienti in condizioni critiche, compresa la valutazione e la gestione del dolore, è estremamente complesso. Sono necessarie ulteriori ricerche per esaminare l'esperienza clinica e il processo decisionale degli infermieri nella valutazione e gestione del dolore nei pazienti critici del pronto soccorso. ⁽⁷⁾ Un'ulteriore indagine si è espressa in merito alla percezione e le credenze degli infermieri in merito al trattamento del dolore in bambini critici. La maggior parte delle credenze riportate attraverso il questionario erano coerenti con pratiche efficaci di gestione del dolore. Le credenze inesatte comuni includevano la necessità di verificare le segnalazioni di dolore con indicatori fisici e la farmacocinetica degli oppioidi per via endovenosa. Le credenze comunemente condivise durante le interviste riguardavano la necessità di verificare le segnalazioni di dolore con il comportamento osservato, l'accuratezza delle segnalazioni di dolore, la necessità di reagire al dolore, le preoccupazioni relative agli analgesici oppioidi e la necessità di «partire dal basso» con interventi. Le convinzioni convergenti tra il questionario e l'intervista comprendevano l'uso di indicatori fisici per verificare il dolore, la necessità di credere alla parola del bambino quando viene descritto il dolore e le preoccupazioni circa gli effetti negativi degli analgesici. Risultati divergenti e contrastanti sono stati più spesso per quanto riguarda la legittimità del dolore riportato dal bambino. ⁽⁹⁾

Una causa della scarsa attenzione al dolore pediatrico può essere una scarsa percezione di esso da parte del personale infermieristico che lavora in pronto soccorso, per questo lo studio punta a indagare come un infermiere si comporta e qual è la sua attitudine in una situazione di dolore pediatrico.

La percezione del dolore di una persona può influire sulle sue azioni per traumi, ideologie, scarse conoscenze; per questo motivo, con questo studio si vuole oggettivare con dei risultati statistici se la percezione e il pensiero dell'infermiere ha influenza sul suo lavoro.

La percezione è l'atto del percepire, cioè del prendere coscienza di una realtà che si considera esterna, attraverso stimoli sensoriali, analizzati e interpretati mediante processi intuitivi, psichici, intellettivi.

CAPITOLO II – MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di identificare una causa o l'ostacolo che porta ad una gestione del dolore pediatrico non efficiente, esaminando l'atteggiamento dei professionisti infermieri, la loro percezione nella valutazione e nel trattamento dell'algesia nel bambino.

2.2 Tipologia di studio e Setting

Questo studio trasversale indaga come si pone l'infermiere davanti a una situazione di dolore pediatrico e qual è la sua percezione.

Lo studio è stato condotto all'interno delle U.O. di Pronto Soccorso dell'ULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso, Oderzo, Conegliano, Castelfranco), con la somministrazione dei questionari agli infermieri nel periodo tra il 6 luglio 2022 e il 31 agosto 2022.

L'ULSS2 Marca Trevigiana è così suddivisa:

- Ospedale HUB di riferimento: Treviso;
- Presidio ospedaliero unico di rete con 2 sedi: Conegliano e Vittorio Veneto;
- Presidio ospedaliero unico di rete con 2 sedi: Castelfranco e Montebelluna;
- Ospedale Nodo di Rete: Oderzo;

La scelta di includere nello studio l'intera equipe di infermieri dipendenti nei PS dell'ULSS 2 è motivata dalla volontà di poter ricavare dei risultati che sottostanno alle stesse direttive aziendali e gli stessi protocolli.

Sono stati inclusi nella ricerca i Pronto Soccorso di questi ospedali e presidi ospedalieri, con la previa accettazione da parte della Direzione e dei Coordinatori e Primari delle diverse Unità Operative.

Sono state escluse dall'indagine le U.O. di pronto soccorso di Vittorio Veneto e Montebelluna perché non hanno dato la disponibilità a procedere con l'indagine.

2.3 Materiali e Metodi

Per la costruzione del progetto è stata eseguita un'attenta analisi della letteratura scientifica e la successiva somministrazione di un questionario da cui poi sono stati elaborati i dati.

Il materiale utilizzato per la parte di revisione iniziale, per esplicitare come le linee guida riferiscono debba essere messa in atto una attenta valutazione al dolore del bambino, con le giuste scale di valutazione, analisi clinica, è stato selezionato tramite ricerca su banche dati online mediante Pubmed.

La ricerca è stata condotta mediante le seguenti parole chiave: Nurse, Nurse's Pain Perception, Pain in Child, Perceptions, Engrave/Affect, Pain Management/Evaluation/Assessment, Emergency Department.

Sono stati inclusi nella revisione gli studi che rispondevano ai seguenti criteri: popolazione child (fino a 18 anni); data di pubblicazione allargata a 15 anni e accettando alcuni documenti datati a 20 anni fa; la lingua analizzata è stata italiano e inglese e sono stati analizzati tutti i tipi di studio (studi pilota, studi prospettici, studi prospettici di coorte, studi randomizzati, linee guida) con l'esclusione dell'opinione di esperti. La revisione aveva come obiettivo analizzare tutta la letteratura possibile, però la strategia di ricerca utilizzata potrebbe non aver considerato alcune fonti a causa dei limiti di lingua (italiano e inglese).

Sono stati consultati anche siti autorevoli quali Ministero della Salute, la Gazzetta Ufficiale della Repubblica e del materiale didattico.

Criteri di scelta per i partecipanti al questionario:

Criteri di inclusione:

- Tutti gli infermieri che lavorano in Unità di Pronto Soccorso dell'ULSS2 Marca Trevigiana.
- Tutti gli infermieri che con la compilazione del questionario, acconsentono alla partecipazione allo studio, in anonimato.

Criteri di esclusione:

- Tutti gli infermieri che lavorano in Unità di Pronto Soccorso dell'ULSS2 Marca Trevigiana che non hanno acconsentito alla partecipazione allo studio.

Il questionario selezionato (Allegato n°1: Questionario) deriva da una tesi di dottorato di Medicina dell'Università di Nairobi intitolata "Survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes regarding pain", è stato tradotto dall'inglese all'italiano e in base allo scopo perseguito dal presente studio, si sono indagate esclusivamente le domande concernenti l'argomento trattato.

Nel passaggio dall'inglese all'italiano alcune frasi sono state modificate in modo che potessero essere più pertinenti al contesto italiano, come i diversi titoli di studio o i protocolli in atto. Sono state rimosse le domande che non erano necessarie a indagare l'obiettivo dello studio, che potevano deviare o aumentare il peso dei risultati. I quesiti originali sono diretti a infermieri che lavorano in unità operative pediatriche, ma nelle domande del questionario dalla stessa utilizzato si è diretti a infermieri che lavorano presso un'unità operativa non specificata, nonostante sia stato somministrato in sole unità operative di pronto soccorso.

Il raggruppamento dei dati e la conseguente elaborazione è stata fatta grazie all'aiuto di grafici e l'incasellamento in tabelle che hanno reso possibile valutare in modo più semplificato il raggruppamento delle risposte. L'analisi punta a valutare le risposte degli infermieri e, quindi, con il raggiungimento di una maggioranza, minoranza o uguaglianza nelle risposte, analizzare l'andamento dei fatti.

Il questionario è composto da 8 sezioni che indagano nei diversi punti la formazione, l'ambito lavorativo, la durata lavorativa, la partecipazione ad attività e formazioni riguardanti il dolore, la propria esperienza del dolore, le cause di impedimento di somministrazione di analgesici, aspetti del paziente che influenzano le decisioni dell'infermiere di fornire interventi e informazioni demografiche dei professionisti infermieri.

2.4 Attività e Raccolta dati

L'attività di raccolta dati è stata preceduta dalla richiesta di autorizzazione alla raccolta dati al Direttore delle Attività Didattiche del Corso di Laurea di Infermieristica sede di Treviso, ai Direttori delle U.O.C. di Pronto Soccorso e al Direttore Generale dell'Azienda dell'ULSS 2 Marca Trevigiana.

L'indagine si è svolta nel periodo che intercorre dal 6/7/2022 e il 31/8/2022, con la somministrazione del questionario, tramite il contatto per posta elettronica con i Coordinatori delle diverse U.O.C che hanno poi condiviso il questionario agli infermieri delle loro unità operative.

Mediante un file creato grazie al programma informatico Office Excel, la scrivente ha riunito i diversi quesiti con le conseguenti risposte. Nel primo foglio sono raccolte

le risposte singole di ogni partecipante al questionario, nel secondo foglio, invece, sono stati riportati i dati suddivisi per domanda incorporando tutte le risposte dello stesso parere con la creazione di tabelle che rendono più facile la comprensione dell'analisi. Grazie alle tabelle e all'unificazione dei dati è stato possibile disegnare dei grafici, che vengono poi presentati nella sezione dei risultati.

CAPITOLO III: RISULTATI

Sono stati somministrati 100 questionari e di questi ne sono stati raccolti 42 con una percentuale esatta di partecipazione del 42%.

Gli infermieri che hanno aderito sono prevalentemente di età compresa fra 25-34 anni (55%), con esperienza da professionista infermiere da 6-10 anni (38%), con laurea di primo livello (60%) e che lavorano nell'attuale unità operativa da 0 a 5 anni (55%).

La prima domanda presente nel questionario indaga se prima di lavorare nell'ambiente attuale, ossia in cui vengono assistiti soggetti in età pediatrica, si ha ricevuto o partecipato a determinati insegnamenti in merito alla tematica del dolore.

| Domanda 1 | SI | NO | NON SICURO |
|---|-----------|-----------|-------------------|
| <i>Formazione alla fisiopatologia del dolore</i> | 16 | 20 | 6 |
| <i>Educazione alla valutazione del dolore</i> | 26 | 14 | 2 |
| <i>Educazione ad interventi antalgici non farmacologici</i> | 19 | 23 | 0 |
| <i>Educazione ad interventi antalgici farmacologici</i> | 26 | 13 | 3 |
| <i>Corso certificato alla gestione del dolore</i> | 5 | 35 | 2 |

La maggior parte degli infermieri afferma di non aver partecipato a un corso certificato per la gestione del dolore, però 26 persone su 42 hanno ricevuto un'educazione alla valutazione del dolore e un'educazione agli interventi antalgici farmacologici. Per quanto riguarda l'educazione agli interventi antalgici non farmacologici, il 57% dichiara di non averne mai preso parte, contro il 33% che,

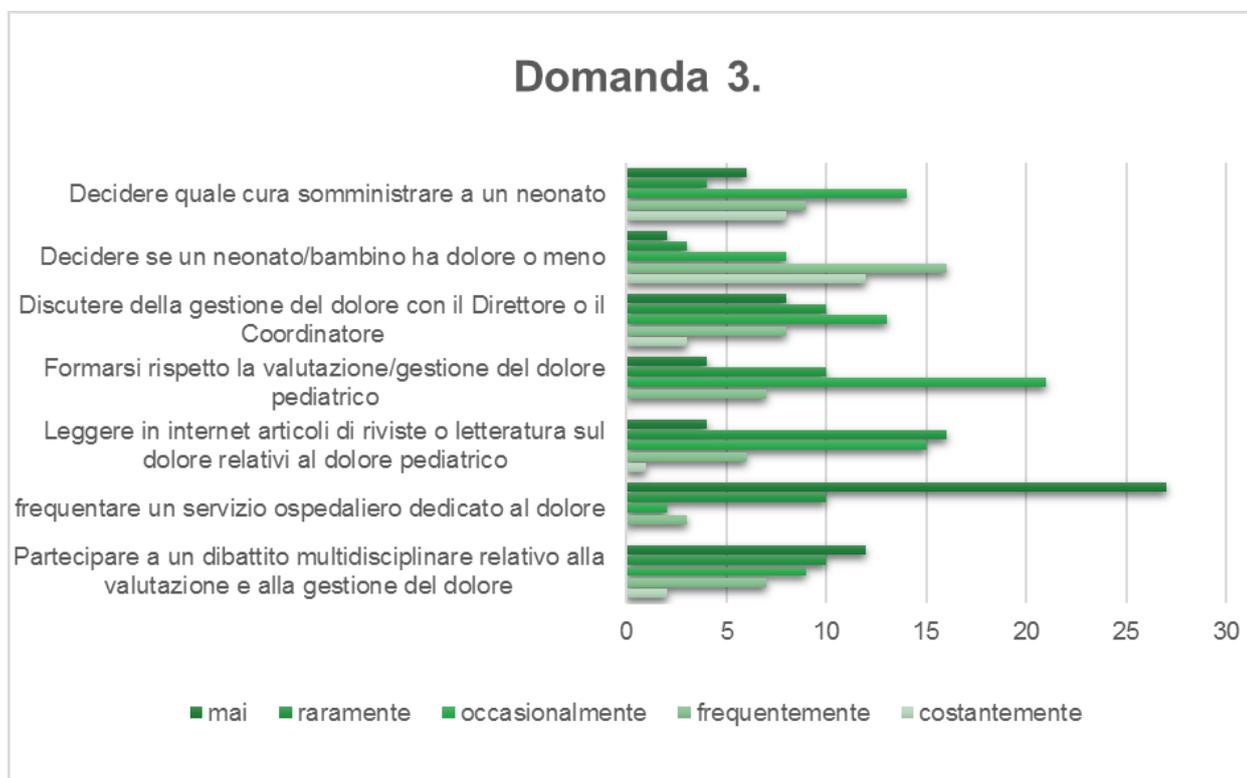
invece, afferma di averla ricevuta. E sul totale del campione in 16 sono stati formati in merito alla fisiopatologia del dolore.

Il secondo quesito richiede di segnare se da quando si ha iniziato a lavorare in un ambito che assiste soggetti pediatrici si ha partecipato agli insegnamenti sopra citati e riportati allo stesso modo nella tabella 2.

| Domanda 2 | SI | NO | NON SICURO |
|---|-----------|-----------|-------------------|
| <i>Formazione alla fisiopatologia del dolore</i> | 15 | 24 | 3 |
| <i>Educazione alla valutazione del dolore</i> | 28 | 13 | 1 |
| <i>Educazione ad interventi antalgici non farmacologici</i> | 14 | 24 | 4 |
| <i>Educazione ad interventi antalgici farmacologici</i> | 24 | 13 | 4 |
| <i>Corso certificato alla gestione del dolore</i> | 9 | 29 | 4 |

Affermano in 9 di aver eseguito un corso certificato sul dolore, e rispettivamente in 28 e 24 di aver ricevuto un'educazione alla valutazione del dolore e un'educazione ad eseguire interventi antalgici farmacologici. Il 60% degli infermieri che hanno risposto al questionario affermano di non essere stati formati in merito alla fisiopatologia del dolore e di non essere stati educati all'esecuzione di interventi antalgici non farmacologici durante il periodo lavorativo.

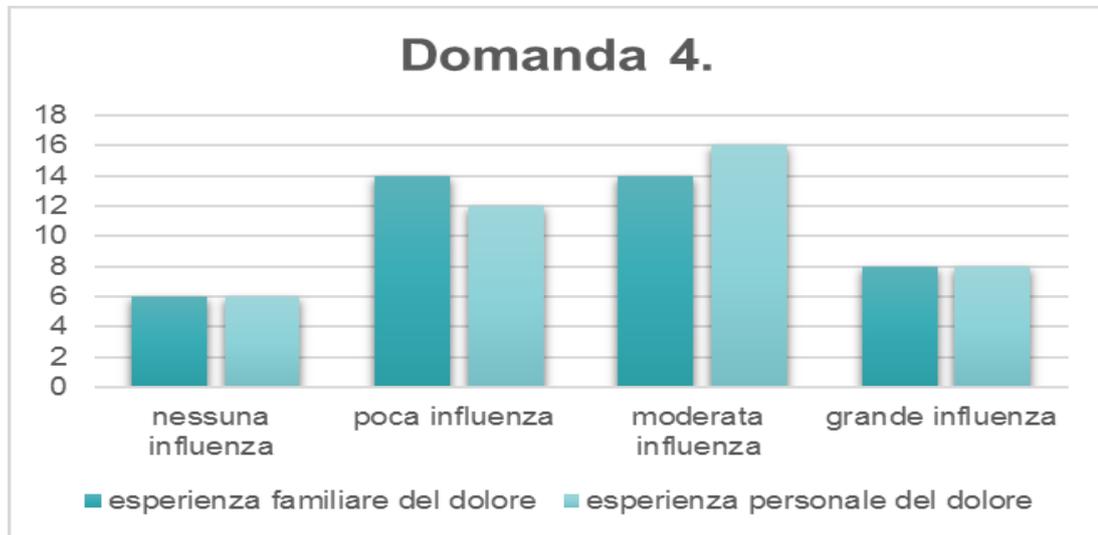
Proseguendo in successione, la terza domanda si riferisce alla frequenza di partecipazione o presa di posizione a decisioni, formazioni, discussioni e dibattiti in merito al tema dell'analgia in ambito pediatrico.



Come si può dedurre dal grafico, la maggior parte degli infermieri, più precisamente il 64%, non ha mai frequentato un servizio dedicato al dolore e il 28% non ha mai partecipato a un dibattito multidisciplinare relativo alla valutazione e alla gestione del dolore. Il 38% afferma di decidere frequentemente se un bambino o neonato abbia dolore o meno. Il 2% ha risposto che costantemente legge in internet articoli di riviste o letteratura sul dolore relativi al dolore pediatrico, contro un 38% che invece ammette di farlo raramente; il 53% si forma occasionalmente rispetto alla valutazione/gestione del dolore pediatrico.

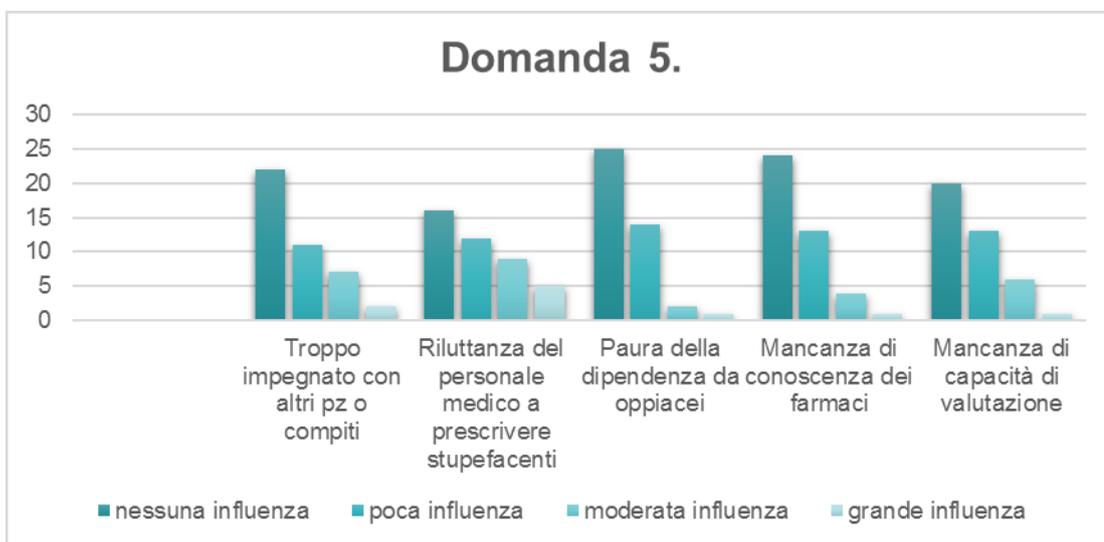
Il 33% decide occasionalmente quale cura somministrare a un neonato, il 21% lo decide frequentemente, il 19% costantemente e il 14% non lo decide affatto. Il 30% afferma di discutere occasionalmente con il direttore o coordinatore dell'unità operativa sulla gestione del dolore, 8 infermieri sul totale ammettono di farlo raramente e altri 8, invece, di consultarlo frequentemente. (Grafico Domanda 3.)

La domanda che indaga fino a che punto una recente esperienza con il dolore di tipo personale o familiare abbia influenzato le prestazioni infermieristiche sulla gestione del dolore ha avuto i seguenti risultati:



con lo stesso valore percentuale si dividono due pareri, il primo 33% di infermieri afferma che le esperienze familiari di dolore abbiano una minima influenza sulle loro prestazioni di gestione del dolore, gli altri 14 infermieri dichiarano, invece, che per loro hanno una moderata influenza; per quanto riguarda l'esperienza personale di dolore, il 37% risponde che ha una moderata influenza sulle sue azioni, contro il 19% che invece assegna una grande influenza al vissuto personale e un 14% dichiara che per loro l'esperienza personale di dolore non condiziona il loro lavoro. (Grafico Domanda 4.)

È stato, quindi, chiesto agli infermieri in che misura certe condizioni hanno impedito loro di somministrare trattamenti analgesici oppioidi nella domanda 5 del questionario.



Per tutte le condizioni citate gli infermieri si sono uniti in maggioranza affermando che nessuno di queste influenze eccessivamente le loro decisioni impedendo la somministrazione di trattamenti analgesici oppioidi. Andando più nel particolare il 52% dichiara di non essere influenzato dal troppo impegno con altri pazienti o compiti, in 25 infermieri affermano di non essere influenzati dalla paura della dipendenza da oppiacei.

Per quanto riguarda la condizione di riluttanza del personale medico a prescrivere gli stupefacenti in 16 infermieri rispondono che questo non sia affatto influente, in 12 ritengono lo sia un minimo, in 9 gliene conferiscono una moderata parte, contro 5 che, invece, ritengono che sia una condizione che ha inciso in modo importante a impedirne la somministrazione. (Grafico Domanda 5.)

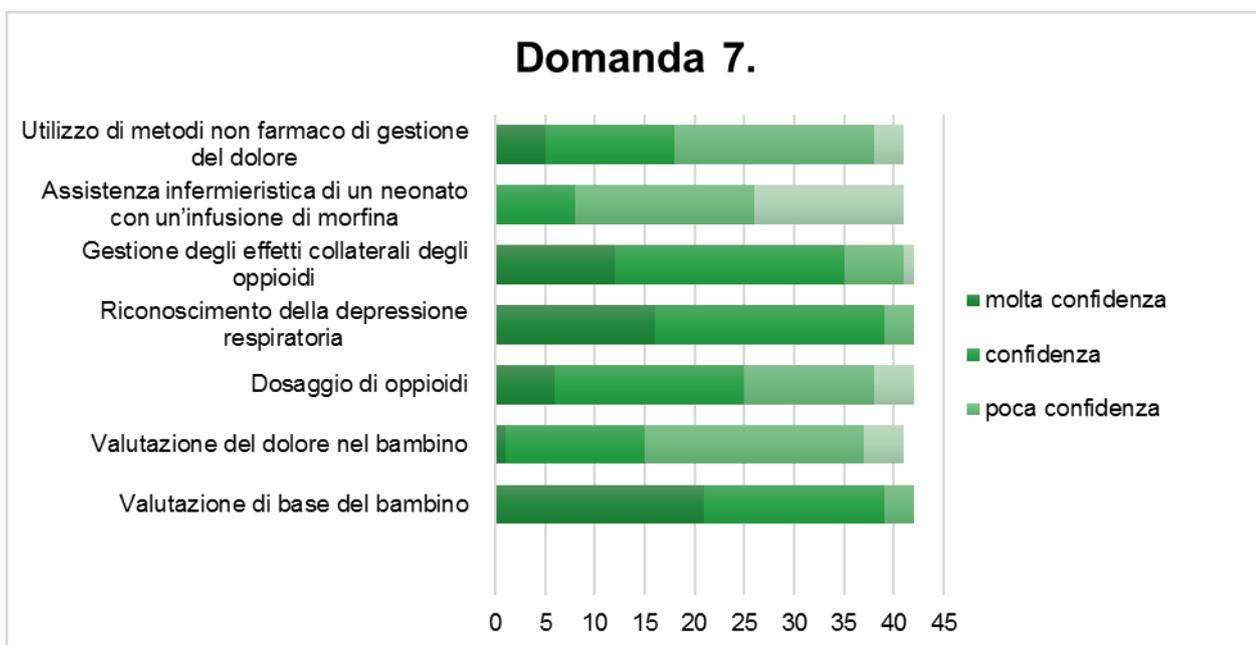
Ricercando sempre il grado di influenza, il sesto quesito chiedeva agli infermieri quanto certi aspetti del paziente potessero incidere nelle loro decisioni di fornire interventi per alleviare il dolore.

| Domanda 6 | Nessuna influenza | Poca influenza | Moderata influenza | Grande influenza |
|--|--------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
| Espressione facciale | 0 | 15 | 27 | 0 |
| Dormire | 6 | 21 | 13 | 2 |
| Segni vitali | 7 | 17 | 17 | 1 |
| Aumento dei movimenti | 3 | 18 | 20 | 1 |
| Diminuzione dei movimenti | 9 | 16 | 15 | 2 |
| Descrizione della famiglia del dolore del bambino | 9 | 16 | 15 | 2 |
| Descrizione da parte del bambino del dolore attraverso uno strumento di misurazione del dolore | 3 | 20 | 13 | 0 |

La tabella “Domanda 6” ci descrive che la maggior parte (27 su 42) dei partecipanti afferma che l’espressione facciale del piccolo paziente ha una moderata influenza sulle loro scelte e, al contrario, per 21 infermieri il dormire o meno del bambino ha poca influenza nella presa di decisione di determinati interventi sul dolore. La diminuzione dei movimenti, la descrizione da parte della famiglia del dolore del

bambino, e la descrizione del bambino del suo dolore attraverso uno strumento di misurazione hanno poca influenza per la scelta del trattamento adatto. Un altro aspetto insieme alla mimica facciale che per il 47% condiziona nella decisione è l'aumento dei movimenti del bambino, contro il 42% che gli assegna poca influenza. I segni vitali hanno ricevuto un riscontro a pari merito per poca e moderata influenza.

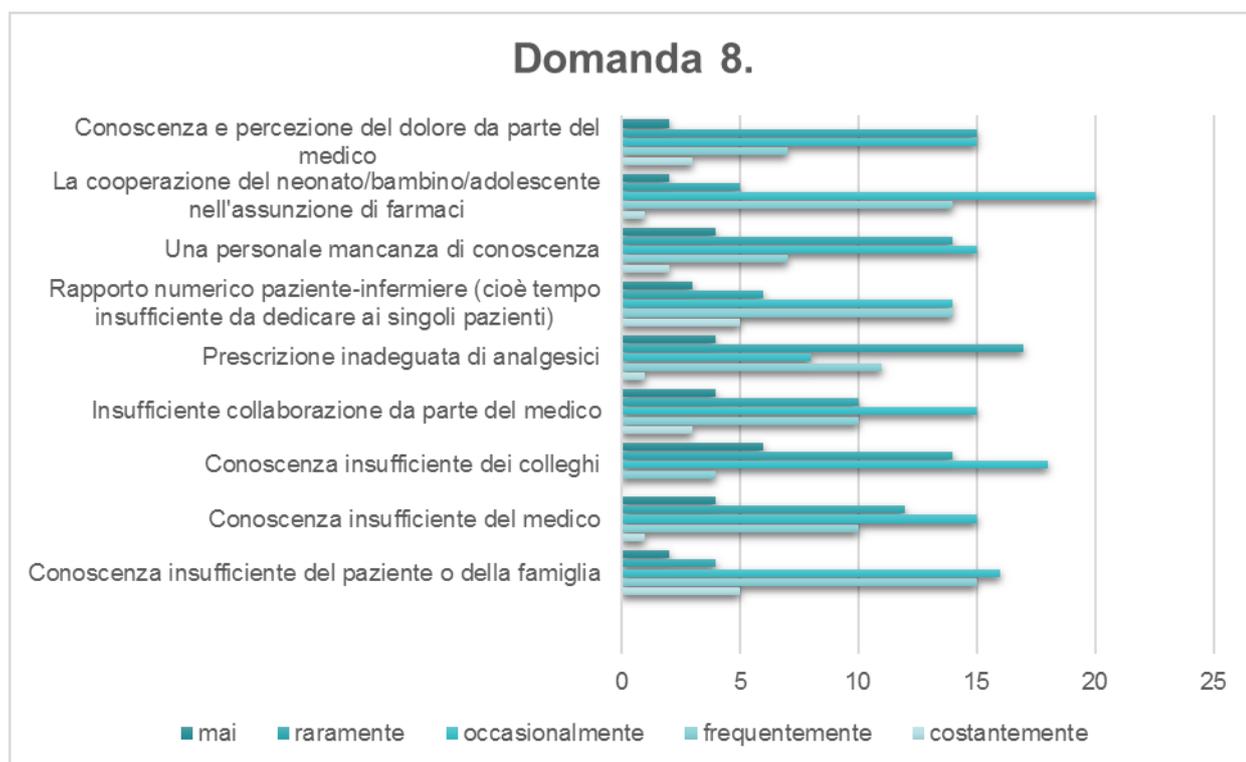
Il grafico sottostante riporta, invece, i dati della domanda 7 che indaga il livello di comfort o confidenza degli infermieri in determinate azioni e situazioni, in una scala che va da molta confidenza, a confidenza, poca confidenza e nessuna confidenza.



Il 50% afferma di avere molta confidenza nella valutazione di base del bambino, a seguire, poco più della metà ritiene di avere il giusto livello di confidenza nel riconoscimento della depressione respiratoria e nella gestione degli effetti collaterali degli oppioidi e solo in 7 risposte si ha un valore di confidenza dal “poco” a “nessuna”. Rientrano nel livello di confidenza anche 19 infermieri nel dosaggio degli oppioidi. Dichiarano, invece, di avere poca confidenza 20 infermieri su 42 nell'utilizzo di metodi non farmacologici per la gestione del dolore, un altro 42% rientra nella stessa categoria per l'assistenza infermieristica di un neonato con infusione di morfina, affiancato a un 35%, quindi 15 partecipanti sul totale, che

dichiarano di non sentirsi affatto in comfort. Infine, il 52% afferma di avere poca confidenza nella valutazione del dolore nel bambino, contro solo 2 infermieri che si sono inseriti nella fascia che ritiene di possedere molta confidenza in questa competenza.

È stato chiesto, in seguito, ai professionisti di indicare con che frequenza le seguenti voci vengano considerate ostacoli o problemi relativi alla capacità del personale infermieristico di fornire un trattamento ottimale del dolore, ponendo una scala di opzione che si estende dal mai, raramente, occasionalmente, frequentemente fino al costantemente, sono emersi i seguenti risultati che possiamo vedere nel grafico “Domanda 8”.



Nella conoscenza e percezione del dolore da parte del medico, su un totale di 42 infermieri partecipanti allo studio due gruppi da 15 si sono posti nelle fasce che identificano questa condizione raramente e occasionalmente un ostacolo per loro. In 20, quindi il 47%, ritiene che la cooperazione del neonato/adolescente

nell'assunzione dei farmaci sia occasionalmente un problema per l'esecuzione del trattamento, associato a un 33% che lo identifica un problema assai frequente.

Il 70% si posiziona nella fascia del raramente e occasionalmente, considerando la mancanza personale di conoscenza un ostacolo al provvedere ad un ottimale trattamento per il dolore.

Il rapporto numerico paziente-infermiere (quindi la mancanza di tempo da poter dedicare ai pazienti) è reputato un ostacolo frequente per 14 infermieri e occasionalmente per altri 14, in 5 lo ritengono un problema costante.

Il 40% afferma che raramente la mancanza del trattamento ottimale sia dato da una prescrizione inadeguata di analgesici, ma il 26% la ritiene, al contrario, una condizione frequente.

In un ambiente simile, dove si lavora con diverse figure professionali, in particolare il medico che ha un'importanza elevata in determinate scelte e trattamenti, 15 partecipanti riferiscono di ritenere che occasionalmente ci sia un'insufficiente collaborazione da parte del medico e che questo possa diminuire l'efficacia del trattamento; viene posto come ostacolo occasionale dal 43% la poca conoscenza da parte dei colleghi in merito al trattamento; invece, una conoscenza insufficiente del medico viene ritenuto un problema occasionale dal 35%, ma il 23% lo definisce un problema frequente. L'ultima condizione che abbiamo posto agli infermieri è se un'insufficiente conoscenza del paziente o della famiglia potesse altrettanto essere una barriera all'esecuzione del trattamento in modo ottimale, e si sono suddivisi per il 38% che la ritiene una condizione occasionale, per il 35% una condizione frequente e per il 12% una costante. (Grafico Domanda 8.)

Ultima parte del questionario richiede ai partecipanti di segnare se secondo loro le seguenti frasi sono per loro veritiere o false.

| Domanda 9 | Vero | Falso |
|--|-------------|--------------|
| I cambiamenti nei segni vitali devono essere considerati per verificare se il bambino/adolescente ha un forte dolore | 40 | 2 |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| A causa di un sistema neurologico sottodimensionato, i bambini di età inferiore ai 2 anni hanno una ridotta sensibilità al dolore e una memoria limitata delle esperienze dolorose | 11 | 31 |
| Se il neonato/bambino/adolescente può essere distratto dal suo dolore, questo di solito significa che non sta vivendo un livello di dolore elevato | 17 | 25 |
| I neonati/bambini/adolescenti possono dormire nonostante il forte dolore | 17 | 25 |
| Stimoli simili in persone diverse producono la stessa intensità di dolore | 3 | 39 |
| Gli interventi non farmacologici (ad es. calore, musica, immagini, ecc.) sono molto efficaci per il controllo del dolore da lieve a moderato ma raramente sono utili per il dolore più grave | 38 | 4 |
| I bambini che richiedono procedure dolorose ripetute (es. prelievi di sangue giornalieri) dovrebbero ricevere il massimo trattamento per il dolore e l'ansia della prima procedura per ridurre al minimo lo sviluppo di ansia anticipatoria prima delle procedure successive | 41 | 1 |

Il fatto che un bambino che deve essere sottoposto a diverse procedure dolorose necessiti di un trattamento massimale per il controllo dell'ansia e del dolore prima

della prima procedura in modo da ridurre al minimo lo sviluppo di ansia anticipatoria nelle successive è la condizione che ha messo tutti gli infermieri d'accordo ritenendola veritiera, con un solo contrario. Viene ritenuta altrettanto vera dal 95% la frase che afferma che i cambiamenti nei segni vitali devono essere considerati per verificare se il bambino/adolescente ha un forte dolore. Abbiamo un 90% di conferme che gli interventi non farmacologici sono molto efficaci per il controllo del dolore dal lieve a moderato, ma meno per il dolore più grave e al contrario, viene smentito al 93% il fatto che stimoli simili in persone diverse producano la stessa intensità di dolore, intendendo quindi, che ognuno prova un diverso grado di dolore a stimoli simili.

In 31 su 42, affermano che a causa di un sistema neurologico sottodimensionato, i bambini di età inferiore ai 2 anni hanno una ridotta sensibilità al dolore e una memoria limitata delle esperienze dolorose, i restanti 11, invece, la ritengono una falsità.

Con la stessa percentuale di schieramento il 60% smentisce contro il 40% che è d'accordo che se il neonato/bambino/adolescente può essere distratto dal suo dolore, questo di solito significa che non sta vivendo un livello di dolore elevato e lo stesso vale per il fatto che i neonati/bambini/adolescenti possono dormire nonostante il forte dolore, quindi, in entrambe le situazioni si ha una maggioranza che le ritiene non veritiere.

CAPITOLO IV – DISCUSSIONE:

Lo studio ha voluto indagare sulla partecipazione e frequentazione rispetto a corsi sul dolore del personale infermieristico, alla presa di decisioni e formazioni in ambito di dolore pediatrico, verificare l'influenza delle esperienze familiari e personali sulle prestazioni infermieristiche di gestione del dolore, quali fossero le condizioni che impediscono loro di somministrare farmaci oppioidi, quanto certi aspetti del paziente potessero incidere nelle loro decisioni di fornire interventi per alleviare il dolore; è stato indagato il livello di comfort in determinate situazioni lavorative; quali fossero gli ostacoli o problemi relativi alla capacità del personale infermieristico di fornire un trattamento ottimale del dolore.

In riferimento al campione di professionisti individuato, esso è composto da una maggioranza di neoinserti, che lavorano da pochi anni nell'attuale unità operativa che assiste anche pazienti pediatrici, ma con un'esperienza professionale da infermiere ben formata.

Attrae subito l'attenzione il fatto che la maggioranza dei professionisti coinvolti affermi di non aver mai partecipato a un corso certificato per la gestione del dolore, dato parzialmente smentito in un successivo quesito, con un numero più alto della metà dei partecipanti che conferma di formarsi occasionalmente rispetto alla valutazione e gestione del dolore pediatrico. Quello che si evince da queste due affermazioni potrebbe essere il fatto che gli infermieri abbiano più accesso a una formazione individuale e non certificata e si potrebbe dedurre anche che la preferenza dei corsi alla quale partecipano siano più indirizzati a una popolazione pediatrica, invece che un corso generale sul dolore. Sarebbe opportuno eseguire degli studi in merito, così da approfondire la questione.

Ci sono diversi studi che negli anni hanno confermato che la mancanza di conoscenza in merito al dolore sia un ostacolo importante per gli operatori sanitari che forniscono un trattamento del dolore. La letteratura indica che ci sia una mancanza di conoscenza in merito a fattori abilitanti e barriere alla gestione del dolore da parte degli infermieri del pronto soccorso. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Sempre rispetto alla formazione, gli infermieri partecipanti dichiarano di avere adeguate competenze, grazie a una formazione di base sviluppata durante e

precedente l'attuale esperienza lavorativa. Questa formazione ha approfondito prevalentemente il trattamento di tipo farmacologico del dolore, tralasciando quello non farmacologico. Di fatti, il trattamento non farmacologico è poco conosciuto dal personale infermieristico. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

La letteratura internazionale ha dimostrato che l'istruzione migliora la valutazione e gestione del dolore dei bambini da parte degli infermieri e altri studi hanno confermato i nostri dati riportando che esistono bisogni educativi urgenti nella pratica infermieristica generale come la conoscenza e la competenza pratica sui trattamenti del dolore farmacologici e non farmacologici. ⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

La mancanza di una conoscenza completa rispetto alla tematica del dolore, porta il personale infermieristico a sentirsi poco a loro agio nell'applicare tecniche non farmacologiche, preferendo mettere in atto trattamenti farmacologici anche se potrebbero non essere quelli ottimali. Nonostante ciò, in un successivo quesito i partecipanti affermano di essere consapevoli del fatto che molti metodi non farmacologici siano raccomandati e necessari per il trattamento del dolore di tipo lieve e moderato nel bambino. Nonostante ci sia una mancanza di tipo istruttivo e educativo, è molto importante che ci sia la consapevolezza di un beneficio che potrebbe portare alla volontà di informazione. Nonostante la maggior parte degli articoli in letteratura affermino che per arrivare alla gestione ottimale del dolore del bambino in pronto soccorso ci siano ancora molti ostacoli ^{(6) (10) (8)}, un lavoro conferma lo sviluppo culturale che gli infermieri stanno facendo, poiché in presenza di una lacuna formativa, la cognizione stessa della mancanza di competenze dell'infermiere, porta lo stesso a sviluppare interesse nella conoscenza e miglioramento nella pratica clinica. ⁽¹¹⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Diversi studi affermano che per la grande autonomia nel campo dell'analgesia che l'infermiere possiede in pronto soccorso siano necessari dei protocolli standardizzati e delle linee guida sia per la semplice analgesia, ma anche per la somministrazione di trattamenti non farmacologici, in modo da poter trattare il dolore in modo ottimale anche prima della consultazione medica. Avere le organizzazioni, i manager e tutte le parti interessate, come il team di specialisti del dolore, a bordo che supportano l'uso dei protocolli avviati dall'infermiere in modo da migliorare la gestione del dolore. ⁽¹²⁾

Una percentuale considerevole di partecipanti si definisce poco a suo agio anche nella valutazione stessa del dolore nel piccolo paziente, nonostante abbiano partecipato a dei corsi per istruirsi in merito. ⁽¹²⁾ La letteratura non è chiara in merito. Si esprime più sull'implementazione generale dell'educazione del personale.

I dati parlano chiaro sulla necessità di intraprendere dei programmi educativi per gli operatori sanitari che lavorano in questo ambito. Secondo quanto riporta uno studio eseguito in Ghana, prima di mettere in atto dei programmi educativi è necessario condurre una valutazione di quali siano i veri bisogni educativi che necessitano gli infermieri, in modo che questi possano esprimere le loro mancanze e limiti e, quindi, puntare poi a svilupparli durante l'attuazione dell'educazione. ⁽¹²⁾

Le evidenze emerse dai dati fin qui discussi sono inoltre correlate al fatto che solo una minima percentuale di infermieri afferma di informarsi in letteratura o di leggere delle riviste che trattino del tema corrente. Quindi, le possibili lacune che la mancata partecipazione a corsi ha causato, non vengono del tutto colmate neanche attraverso la ricerca personale. Questo fatto risulta in contrasto col codice deontologico, dove si sottolinea come l'infermiere fonda il suo operato sulla base di conoscenze validate, frutto della ricerca e dell'esperienza clinica, l'infermiere si aggiorna, elabora, sviluppa le sue competenze per renderne i risultati disponibili alla comunità, in modo da garantire un servizio di qualità e sicuro. Continua dicendo, che l'infermiere responsabile, dove ci fosse la necessità, si forma e chiede supervisione in modo da non fornire interventi impropri. ⁽¹⁶⁾

Gli infermieri dovrebbero impegnarsi in uno sviluppo professionale continuo per aggiornare le proprie conoscenze e abilità su vari aspetti dell'assistenza infermieristica, inclusa la gestione del dolore pediatrico. ⁽¹²⁾

Abbiamo quindi una chiara conferma di come la riduzione del dolore per i bambini sia influenzata positivamente dall'educazione degli operatori sanitari in merito alla gestione del dolore. La valutazione delle conoscenze e i requisiti di una formazione medica continua relativi alla gestione del dolore pediatrico per tutti gli operatori sanitari del pronto soccorso sono fondamentali per il miglioramento delle prestazioni. ^{(19) (6) (11)}

Per quanto riguarda le convinzioni degli infermieri partecipanti allo studio che incidono nelle loro decisioni in ambito del trattamento al dolore, i dati ci descrivono

che per la valutazione del dolore nei piccoli pazienti non ci siano delle condizioni che influenzino decisamente nelle loro scelte. Possiamo notare come in quasi tutti i campi le percentuali siano molto vicine nelle due opzioni di “poca influenza” e “moderata influenza”, e le minime percentuali siano collocate in una decisione più estremista di “nessuna influenza” e “grande influenza”. Il dato che riceve più accordi è l’espressione facciale, che infatti, viene utilizzata secondo linee guida e protocolli per la misurazione del dolore grazie alle scale analogiche. ^{(20) (1) (5)}

Un altro dato importante da portare all’attenzione è la scissione in due gruppi contrastanti per quanto riguarda i segni vitali, a cui solo un partecipante da grande importanza, e due fasce centrali si dividono in poca influenza e moderata influenza.

Secondo quanto riporta la letteratura e le linee guida ogni bambino dovrebbe essere pianificato individualmente. Devono essere presi in considerazione sesso, personalità, temperamento, precedenti esperienze dolorose associate a contesti sanitari, partecipazione e influenze familiari, nonché il metodo di trattamento non farmacologico più adatto da solo o insieme ai farmaci antidolorifici. Il personale medico appropriato con le competenze e l’esperienza necessarie deve partecipare e garantire l’ambiente e il processo più privi di stress, sicuri e confortevoli per un bambino sottoposto a una procedura medica. È fondamentale scegliere lo strumento di valutazione del dolore corretto in base all’età del bambino valutando il comportamento e i segni fisiologici del paziente. ^{(21) (15) (22)}

Quando è stato chiesto ai partecipanti si erano d’accordo o in disaccordo a determinate sentenze, quasi tutti hanno confermato la loro approvazione alla frase che affermava che i cambiamenti nei segni vitali devono essere considerati per verificare se il bambino/adolescente ha un forte dolore.

Diversi ambiti di compilazione hanno delle contraddizioni, potremmo conferire la causa alla poca adesione e quindi ad un numero limitato di pareri allo studio o alla mancata comprensione dei quesiti e anche i dati effettivi di pazienti trattati.

È necessario attribuire la massima priorità alla prevenzione, valutazione e trattamento del dolore nei bambini. Implementare interventi come lo sviluppo di politiche locali, programmi educativi del personale e trattamento del dolore avviati dagli infermieri, applicarli insieme come una strategia integrata e rafforzarli periodicamente. ⁽²³⁾

Nell'analisi dei dati ci sono dei dati contrastanti, perché sebbene dalle prime analisi si deduce una mancanza di educazione e istruzione del personale nell'ambito del dolore, questi in un secondo momento ci affermano che considerano un ostacolo poco presente la mancanza di conoscenza personale. Gli altri ostacoli, invece, che sono emersi sono la mancanza di tempo costante da poter dedicare al paziente e altrettanto problematica è la mancanza di conoscenza nell'ambito del dolore da parte della famiglia e del bambino che ostacola il trattamento e la gestione. Questi ultimi dati sono confermati da altri studi, che affermano che la famiglia e il bambino affetti da ansia o incomprensione possono rifiutare i trattamenti o intromettersi nella decisione degli interventi.

Si potrebbe dedurre dall'analisi che il nostro campione di alto tasso giovanile e che lavora effettivamente da pochi anni nell'ambito, potrebbe avere anche una mancata esperienza quantitativa di campioni pediatrici e avere difficoltà a rispondere in modo chiaro e deciso ai quesiti. Inoltre, essendo più vicini al percorso di laurea e avendo anche più sbocchi per continuare gli studi e ampliare le conoscenze, dovrebbero essere più facilitati allo sviluppo di un'educazione e formazione ulteriore quando necessaria.

La letteratura, però, si oppone affermando che secondo studi eseguiti in diverse università gli studenti risultano poco preparati nel campo della ricerca e dello studio del dolore in ambito pediatrico, e che per questo è necessario sviluppare al meglio la formazione e l'istruzione. ⁽¹⁵⁾ ⁽²⁴⁾

Un altro dato fondamentale che questo studio vuole mettere in luce è quanto l'esperienza personale del dolore influenzi nell'ambito di valutazione del dolore del bambino, quindi quanto incide nell'operato e nelle decisioni dell'infermiere. Secondo le risposte ottenute dal questionario, l'esperienza ha un ruolo importante, influisce in modo moderato per alcuni e in grandissima parte per altri. Questo dato ci porta a pensare quanto sia importante che l'infermiere necessiti di un'oggettività nel suo lavoro e la difficoltà a separare la propria vita con quella di terzi. In realtà, il fatto che il vissuto incida nelle scelte può essere o meno favorevole nell'ambito lavorativo, in quanto potrebbe portare l'infermiere a non trovarsi impreparato in una situazione e sapere come gestirla oppure portare a creare un disagio e creare un danno. In merito, la letteratura mostra delle lacune, sarebbe quindi, da aumentare le

ricerche e gli studi che indagano sugli effetti nel lavoro dell'esperienza di dolore vissuti.

Per la vastità di dati ottenuti in diversi campi dell'ambito della percezione del dolore nel bambino da parte dell'infermiere, sarebbe utile e necessario sviluppare ulteriori analisi con un campione maggiore e più vario, eventualmente con anche dei gruppi a confronto, in modo tale da portare allo sviluppo di ipotetici programmi educativi e formazioni più efficaci e ottenere uno sviluppo maggiore nella professione infermieristica nel campo del dolore pediatrico.

CAPITOLO V – CONCLUSIONI

5.1 Limiti

I limiti dello studio che sono stati riscontrati sono:

- Una ridotta partecipazione degli infermieri alla compilazione del questionario
- La discrepanza in alcune risposte che ha portato a una difficoltà nell'analizzare e identificare un dato oggettivo.
- Lo studio è stato svolto solo nelle unità operative di pronto soccorso dell'ULSS 2 Marca Trevigiana, si dovrebbe aumentare il raggio di campionamento per ottenere una validità maggiore e ottenere una maggioranza di dati.

5.2 Conclusioni

Nonostante il campione sia ridotto, possiamo dedurre grazie ai risultati ottenuti che nell'ULSS2 Marca Trevigiana gli infermieri che lavorano nei pronto soccorso e che si trovano nella situazione di gestione del dolore in un bambino necessitano di una formazione continua, che inizi ancora prima dell'entrata nell'unità operativa di emergenza e che prosegua negli anni, in modo da aumentare le conoscenze che stanno alla base della gestione del dolore nel piccolo paziente e che li pone in un ambiente di comfort, ottenendo così un trattamento ottimale, portando alla soddisfazione del bambino, della famiglia e dell'infermiere stesso.

L'educazione è fondamentale, è alla base di ogni professione e grazie ai dati e alle ricerche eseguite abbiamo la conferma che con l'implementazione delle conoscenze e delle informazioni che si portano alla mano e al cervello dei nostri professionisti, gli scarsi risultati, le insoddisfazioni e le ripercussioni diminuiranno, portando a una maggiore efficienza nel campo della gestione del dolore del bambino che risulta essere fondamentale per il suo sviluppo.

Ulteriori studi potrebbero continuare l'indagine e approfondire quali siano nello specifico i bisogni prioritari degli infermieri nella pratica clinica. Inoltre, suddividendo il campione in fasce d'età si potrebbero verificare le differenze d'istruzione e informazione, ossia se il giovane ha veramente ricevuto più capacità di formazione, mentre il *veterano* si basa ancora sul "*si è sempre fatto così*".

BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization (WHO). *Linee Guida Pediatrico* 2014
2. Ministero della Salute. *Direzione generale della Programmazione Sanitaria. Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n.38 del 15 marzo 2010. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.* 2016-2017
3. *Legge 15 marzo 2010, n. 38 - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* - pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
4. Krauss B. S., Calligaris L., M Green S., Barbi E.; *Current concepts in management of pain in children in the emergency department.* 2015.
5. Ministero della Salute. *Il dolore nel bambino: strumenti pratici di valutazione e terapia.* Milano: 2010
6. Benini F, Congedi S., Minicucci A., Rossin S., Pinnelli N., Petralia P., Pennella A; *Il trattamento del dolore nei Pronto Soccorso italiani. Soddisfazione e percezione della qualità di accompagnatori e bambini. PIPER (Pain In Pediatric Emergency Room) Weekend study. The treatment of pain in italian emergency units.* Medico e Bambino. 2017
7. 7. Varndell W., Fry M., Elliott D.; *Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey.* Journal of Clinical Nursing. 2020
8. Massimo Allegri, *Fighting Pain - Combattere il dolore*, Volume 1, Special issue 1; Piper, Milano, 2014
9. LaFond C., Van Hulle Vincent C., Oosterhouse K. e Wilkie D. J.; *Nurses' Beliefs Regarding Pain in Critically Ill Children: A Mixed-Methods Study;* J Pediatr Nurs. PMC; 2017
10. Pretorius A., Searle J., and Marshall B.; *Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain;* New Zealand; 2014
11. Benini F., Castagno E., Milani G. P.; *La gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso: survey negli ospedali italiani;* Quaderni acp; 2019

12. Amponsah A. K., Kyei-Dompim J., Bam V., Kyei F. E., Oduro E., Ahoto C. K., Axelin A.; *Exploring the educational needs of nurses on children's pain management: A descriptive qualitative study*; Nursing Open, 2020
13. Alotaibi K., Higgins I., Chan S., *Nurses' Knowledge and Attitude toward Pediatric Pain Management: A Cross-Sectional Study*; Pain Management Nursing, Elsevier 2020;
14. Thomas D., Kircher J., Plint A. C., Fitzpatrick E., Newton A. S., Rosychuk R. J., Grewal S., and Ali S.; *Pediatric pain management in the emergency department: the triage nurses' perspective*; Emergency Nurses Association. Elsevier; 2015
15. Parvizy S., Tarvirdinasab S., Raznahan R., Aliakbari M.; *The effect of pain management training in workshop on the knowledge, attitude and self-efficacy of pediatric nurses*; Journal of Family Medicine and Primary Care; Wolters Kluwer - Medknow; 2020
16. Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI); *Codice Deontologico dell'infermiere*, articolo 10-11-12; 2019
17. Benini F., Castagno E., Urbino A. F., Fossali E., Mancusi R. L., Milani G. P.; *Pain management in children has significantly improved in the Italian emergency departments*; Foundation Acta Pædiatrica; John Wiley & Sons Ltd; 2019
18. Granata C., Guasconi M., Ruggeri F., Bolzoni M., Grossi C. F., Biasucci G., Cella A.; *Assessment and pain management during the triage phase of children with extremity trauma. A retrospective analysis in a Pediatric Emergency Room after the introduction of the PIPER recommendations*; Acta Biomed for Health Professions 2020
19. Probst B. D., Lyons E., Leonard D. and Esposito J. T.; *Factors Affecting Emergency Department Assessment and Management of Pain in Children*; Pediatric Emergency Care, Volume 21, Number 5, 2005
20. Shen J., Giles S. A., Kurtovic K., Fabia R., Besner G. E., Wheeler K. K., Xiang H., Groner J. I.; *Evaluation of nurse accuracy in rating procedural pain among pediatric burn patients using the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) Scale*; Burns 43; Elsevier; 2017

21. Pancekauskaite G. and Jankauskaite L.; *Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room*; Medicina; 2018
22. American academy of pediatrics, Committee on pediatric emergency medicine, American college of emergency physicians, Pediatric committee, Emergency nurses association, Pediatric committee; *Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department; Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of all Children*; 2009
23. Ferrante P., Losacco V., Cuttini M., Zangardi T., Tomasello C., Piga S., Benini F.; *Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals*; BMC Pediatrics; 2013
24. Cousins M., Lane-Krebs K., Matthews J., Johnston-Devin C.; *Student nurses' pain knowledge and attitudes towards pain management over the last 20 years: A systematic review*; School of Nursing, Midwifery and Social Sciences, CQUniversity Australia, Yaamba Rd, Norman Gardens, Australia; 2022

ALLEGATI

QUESTIONARIO:

Sezione 1 - Metti un segno di spunta vicino alla risposta corretta:

1. Prima di lavorare in un ambiente in cui vengono assistiti soggetti in età pediatrica ha ricevuto o partecipato a uno dei seguenti:

| | Si | No | Non Sicuro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Formazione in fisiopatologia del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| B. Educazione rispetto alla valutazione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| C. Educazione rispetto agli interventi antalgici non farmacologici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| D. Educazione rispetto agli interventi antalgici farmacologici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| E. Corso certificato in gestione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

2. Da quando hai iniziato a lavorare in ambito in cui vengono assistiti soggetti in età pediatrica hai ricevuto o partecipato a uno dei seguenti:

| | Si | No | Non Sicuro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Formazione in servizio in fisiopatologia del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| B. Formazione in servizio rispetto alla valutazione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| C. Educazione in servizio agli interventi antalgici non farmacologici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| D. Educazione in servizio rispetto agli interventi antalgici farmacologici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| E. Corso certificato nella gestione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

3. Si prega di indicare la frequenza con cui si prende parte o si verifica quanto segue:

| | Costante mente | Frequente mente | Occasiona lmente | Raram ente | Mai |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Partecipare a un dibattito multidisciplinare relativo alla valutazione e alla gestione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| B. Frequentare un servizio ospedaliero dedicato al dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| C. Leggere in internet articoli di riviste o letteratura sul dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

relativi al dolore
pediatrico

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| D. Formarsi rispetto la valutazione/gestione del dolore pediatrico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| E. Discutere della gestione del dolore con il direttore o il coordinatore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| F. Decidere se un neonato/bambino ha dolore o meno | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| G. Decidere quale cura somministrare a un neonato | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

4. Fino a che punto una recente esperienza con il dolore: (il personale, la famiglia) ha influenzato le prestazioni infermieristiche sulla gestione del dolore:

| | Nessuna influenza | Poca influenza | Moderata influenza | Grande influenza |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. esperienza personale di dolore: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| B. esperienza familiare di dolore: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

5. In che misura le seguenti condizioni le hanno impedito di somministrare trattamenti analgesici oppioidi:

| | Nessuna influenza | Poca influenza | Moderata influenza | Grande influenza |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Troppo impegnato con altri pazienti o compiti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| B. Riluttanza del personale medico a prescrivere stupefacenti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| C. Paura della dipendenza da oppiacei | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| D. Mancanza di conoscenza dei farmaci | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

E. Mancanza di capacità di valutazione 1 2 3 4

6. Quanto i seguenti aspetti del paziente influenzano le tue decisioni di fornire interventi per alleviare il dolore:

| | Nessuna influenza | Poca influenza | Moderata influenza | Grande influenza |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Espressione facciale | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| B. Dormire | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| C. Segni vitali | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| D. Aumento dei movimenti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| E. Diminuzione dei movimenti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| F. Descrizione della famiglia del dolore del neonato/bambino | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| G. Descrizione da parte del bambino del dolore attraverso uno strumento di misurazione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

7. Si prega di indicare il livello di confidenza su quanto segue:

| | Molta confidenza | Confidente | Non confidente | Senza Confidenza |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Valutazione di base del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| B. Valutazione del dolore nei neonati/lattanti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| C. Dosaggio di oppioidi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| D. Riconoscimento della depressione respiratoria | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| E. Gestione degli effetti collaterali degli oppioidi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| F. Assistenza infermieristica di un neonato con un'infusione di morfina | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| G. Utilizzando di metodi non farmacologici di gestione del dolore | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

8. Si prega di indicare la frequenza con cui le voci seguenti vengono considerate ostacoli o problemi relativi alla capacità del personale infermieristico di fornire un trattamento ottimale del dolore:

| | Costante mente | frequentem ente | Occasionalm ente | Rarame nte | Ma i |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A. Conoscenza insufficiente del paziente o della famiglia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| B. Conoscenza insufficiente del medico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| C. Conoscenza insufficiente dei colleghi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| D. Insufficiente collaborazione da parte del medico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| E. Prescrizione inadeguata di analgesici: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| F. Rapporto numerico paziente-infermiere (cioè tempo insufficiente da dedicare ai singoli pazienti) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| G. Una personale mancanza di conoscenza | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| H. La cooperazione del neonato/bambino/adolescente nell'assunzione di farmaci | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| I. Conoscenza e percezione del dolore da parte del medico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Selezione 2 – Vero e Falso:

Vero/Falso - Cerchia quella che ritieni sia l'affermazione corretta:

9. I cambiamenti nei segni vitali devono essere considerati per verificare se il bambino/adolescente ha un forte dolore V F

- | | | |
|--|---|---|
| 10. A causa di un sistema neurologico sottodimensionato, i bambini di età inferiore ai 2 anni hanno una ridotta sensibilità al dolore e una memoria limitata delle esperienze dolorose | V | F |
| 11. Se il neonato/bambino/adolescente può essere distratto dal suo dolore, questo di solito significa che non sta vivendo un livello di dolore elevato | V | F |
| 12. I neonati/bambini/adolescenti possono dormire nonostante il forte dolore. | V | F |
| 13. Stimoli simili in persone diverse producono la stessa intensità di dolore | V | F |
| 14. Gli interventi non farmacologici (ad es. calore, musica, immagini, ecc.) sono molto efficaci per il controllo del dolore da lieve a moderato ma raramente sono utili per il dolore più grave. | V | F |
| 15. I bambini che richiedono procedure dolorose ripetute (es. prelievi di sangue giornalieri) dovrebbero ricevere il massimo trattamento per il dolore e l'ansia della prima procedura per ridurre al minimo lo sviluppo di ansia anticipatoria prima delle procedure successive | V | F |

Selezione 3 – Informazione demografica:

16. Età (in anni):

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 20-24 | <input type="radio"/> 25-29 | <input type="radio"/> 30-34 | <input type="radio"/> 35-39 |
| <input type="radio"/> 40-44 | <input type="radio"/> 45-49 | <input type="radio"/> 50-54 | <input type="radio"/> 55 e oltre |

17. Da quanti anni lavora nell'attuale Unità Operativa?

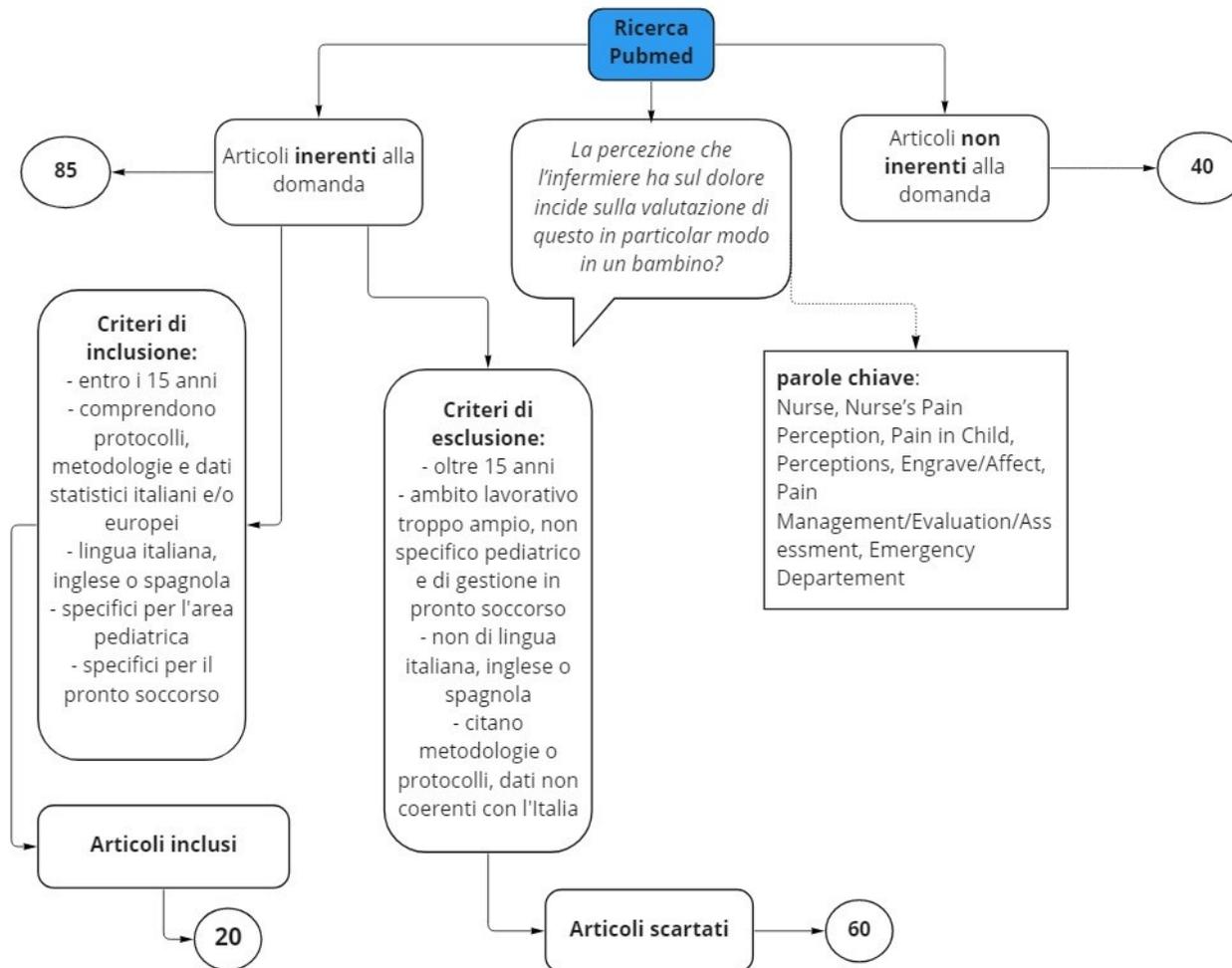
- | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 0-5 | <input type="radio"/> 6-10 | <input type="radio"/> 11-15 | <input type="radio"/> 16-20 | <input type="radio"/> >21 |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|

18. Anni totali da infermiere:

- | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 0-5 | <input type="radio"/> 6-10 | <input type="radio"/> 11-15 | <input type="radio"/> 16-20 | <input type="radio"/> >21 |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|

19. Il più alto livello di formazione raggiunta:

- Diploma regionale
- Master 1° livello
- Master 2° livello
- Laurea 2° livello
- Dottorato



miro

Flowchart selezione articoli