



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

TESI di LAUREA

**LA VENIPUNTURA NEL BAMBINO:
IL PROCESSO INFORMATIVO
E LA SUA RICADUTA SU ANSIA E DOLORE**

Relatore:

Prof. ssa Momesso Elena

Correlatore:

Dott.ssa Tonetto Antonella

Laureanda:

Kerstulovich Lara

Matricola n. 1048744

Anno Accademico 2014/2015

ABSTRACT

PROBLEMA: La procedura invasiva del prelievo ematico risulta causare nel bambino uno stato d'ansia e dolore acuto prevedibile (Humphrey et al., 1992). Le statistiche dimostrano che più del 50% dei bambini o degli adolescenti che si sottopongono a questa procedura provano da moderati a severi livelli di distress o dolore (Fradet et al., 1990; Humphrey et al., 1992). L'ansia pediatrica venipuntura correlata è associata al comportamento dei parenti e degli operatori sanitari, in particolare, le strategie di coping messe in atto dal bambino sembrano essere influenzate da determinati atteggiamenti degli adulti, dalle tecniche distrattive utilizzate e dal loro umore (Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008). Uno scarso trattamento di ansia e dolore per la procedura può essere correlato ad un minore interessamento alla propria salute, ad un'elevata paura e al rifiuto delle procedure mediche nell'età adulta (American Society for Pain Management Nursing, 2010).

SCOPO: Valutare se attraverso l'informazione preventiva, inerente la procedura di venipuntura, associata alle comuni tecniche distrattive e analgesiche, si possano ridurre l'ansia di stato nel bambino e nel genitore e la sintomatologia dolorosa.

IPOTESI: L'esecuzione del prelievo venoso produce, in mancanza di informazione, un aumento dello stato d'ansia nel bambino e nel genitore, che vanno a modificare la percezione del sintomo dolore nel bambino, pur in presenza di terapia analgesica locale.

DISEGNO DELLO STUDIO: Studio sperimentale randomizzato.

CAMPIONE: Sono stati esaminati n. 50 bambini sottoposti a prelievo ematico, di cui n. 23 (46%) presso l'U.O.C. di Pediatria e n. 27 (54%) presso l'U.O.C. di Laboratorio Analisi dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" presso il Presidio Ospedaliero di San Donà di Piave. Il campione totale è stato suddiviso in maniera omogenea randomizzata in due gruppi: Gruppo Controllo (G.C.) n. 25 bambini e Gruppo Intervento (G.I.) n. 25 bambini. Sono stati inclusi nello studio n. 50 genitori che accompagnavano i figli e n. 10 operatori sanitari incaricati di eseguire il prelievo ematico.

MATERIALI E METODI: Per la raccolta dati sono state utilizzate una griglia creata dalla scrivente per la raccolta dei dati anagrafici e relativi ai risultati indagati su: ansia, dolore e coping. Le scale tratte dallo studio "Comparison of High and Low Distraction for Pediatric Procedural Pain" condotto da Lim nel 2006, sono state tradotte in italiano e utilizzate per la rilevazione Pre procedura (Pre P.) e Post procedura (Post P.) del dolore atteso e percepito del bambino, l'ansia attesa e percepita del bambino, del genitore e dell'operatore ed infine il coping atteso e percepito del bambino. Si è inoltre osservato il distress procedurale del prelievo tramite la scala aOBSD (amended Observational Scale Distress). I dati sono stati correlati tramite la formula di Pearson.

RISULTATI: L'ansia di stato rilevata sui bambini del G.C. e del G.I. era rispettivamente: 5,36 VAS Pre P. e 6,8 VAS Post P.; 5,32 VAS Pre P. e 5,12 VAS Post P.

L'ansia di stato espresso dal genitore del G.C. e del G.I. era rispettivamente:

4 VAS Pre P. e 4,28 VAS Post P.; 3,44 VAS Pre P. e 3,52 VAS Post P.

Correlando l'ansia di stato di genitori e bambini, nel G.C. vi è debole correlazione ($r=0,185$), nel G.I. la correlazione tra dati risulta essere moderata ($r=0,32$).

Per quanto concerne il dolore dichiarato da bambini nel G.C. e nel G.I. era rispettivamente: 4,04 FPS-R Pre P. e 2,44 FPS-R Post P.; 3,8 scala FPS-R Pre P. e 2,28 FPS-R Post P.

Correlando i risultati rilevati sui bambini, in merito ad ansia e dolore provati, in entrambi i gruppi analizzati risulta esservi una correlazione tra dati moderata sia nel G.C. ($r=0,36$) che nel G.I. ($r=0,4$).

Infine analizzando le strategie di Coping messe in atto dal bambino sul Campione totale, risulta che n. 22 bambini (44%) hanno utilizzato il Coping misto, n. 17 bambini (34%) hanno utilizzato Coping di Evitamento e n. 11 bambini (22%) hanno optato per il Coping di Approccio. Dai risultati emersi non vi risulta essere una relazione significativa tra la scelta della modalità di Coping e l'ansia ed il dolore provati dal bambino.

L'ansia dell'operatore inoltre non risulta essere significativa, motivo per cui non ne è stata indagata nessun'altra variabile o correlazione.

CONCLUSIONI: Da questo studio è emerso che il processo informativo, fornito a genitori e bambini prima della procedura di venipuntura pediatrica, in aggiunta all'anestetico locale e alle tecniche distrattive, è risultato efficace nella riduzione di ansia, e in minima parte di dolore. Si osserva però che l'ansia è stata ridotta maggiormente nel campione pediatrico rispetto al campione adulto.

Il processo informativo può essere per l'infermiere un valido contributo al miglioramento dell'outcome del piccolo assistito. Rendere genitori e bambini attivamente partecipi nella gestione della propria salute può essere considerato un investimento per il futuro ed un grande risultato per la professione infermieristica.

PAROLE CHIAVE/KEYWORDS: Bambini (*children*), venipuntura (*venipuncture*), ansia (*anxiety*), angoscia (*distress*), dolore (*pain*), controllo del dolore (*pain management*), genitori (*parents*), coping (*coping*), informazione (*information*), operatore sanitario (*health care assistant*).

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL PROBLEMA	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema.	pag. 2
1.2 Scopi e obiettivi dello studio	pag. 3
1.3 Ipotesi dello studio	pag. 3
1.4 Quesiti di ricerca	pag. 3
CAPITOLO II - QUADRO TEORICO	
2.1 Il dolore	pag. 4
2.1.1 Il dolore procedurale nel bambino	pag. 4
2.2 Definizione di ansia	pag. 7
2.2.1 Ansia di stato nel bambino e la sua correlazione con l'ansia del genitore	pag. 8
2.3 Considerazioni sul trattamento preventivo alla procedura	pag. 9
2.4 Trattamento di ansia e dolore procedurali, il ruolo dell'infermiere	
2.4.1 Trattamento non farmacologico	pag. 9
2.4.2 Trattamento farmacologico	pag. 11
2.4.3 Processo informativo	pag. 11
2.5 Coping del bambino	pag. 12
CAPITOLO III - MATERIALI E METODI	
3.1 Disegno dello studio	pag. 14
3.2 Campionamento	pag. 14
3.3 Setting	pag. 15
3.4 Attività e strumenti di raccolta dati	pag. 15
3.5 Affidabilità della raccolta dati	pag. 19
3.6 Analisi dei dati	pag. 19
CAPITOLO IV - RISULTATI	
4.1 Descrizione del campione	pag. 21
4.2 Risultati in rapporto ai quesiti	pag. 22

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

5.1 Discussione

pag. 25

CAPITOLO VI - CONCLUSIONI

6.1 Limiti dello studio

pag. 29

6.2 Implicazioni per la pratica

pag. 29

6.3 Conclusioni

pag. 30

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

pag. 32

ALLEGATI

pag. 39

INTRODUZIONE

La fragilità del bambino e la preoccupazione dei genitori rendono il contesto pediatrico uno tra i più delicati. L'interesse e l'attenzione da parte dello staff medico ed infermieristico nella gestione e prevenzione di paura e dolore, risultano fondamentali perché non cresca nel bambino il timore dell'operatore sanitario. In letteratura vengono indagati soprattutto il dolore acuto e cronico, meno quello procedurale. Eppure il dolore da procedura avviene con una certa frequenza, legata ad esigenze di tipo diagnostico e/o terapeutico.

Una procedura deve essere sempre considerata un'esperienza biopsicosociale del paziente piuttosto che un semplice compito da portare a termine da parte dell'operatore sanitario (Czarnecki et al., 2011).

La paura delle procedure mediche è stata identificata come una sottocategoria delle comuni paure nei bambini (Ollendick, 1983) e, a differenza di altri tipi di paura, può aumentare con l'età (Gullone, 2000). La venipuntura per un esame ematochimico di routine risulta essere una delle procedure mediche maggiormente eseguite. Le statistiche dimostrano che più del 50% dei bambini o degli adolescenti che si sottopongono a questa procedura provano da moderati a severi livelli di distress o dolore (Fradet et al., 1990; Humphrey et al., 1992). Questi studi mostrano anche notevole disagio o ansia anticipatoria. I bambini si spaventano quando sanno o pensano che il prelievo venoso farà male. Il dolore atteso o precedentemente percepito aumenta l'ansia e questa abbassa la soglia del dolore (Litt, 1996). La paura dell'ago, in particolare, sembra essere particolarmente diffusa: molti bambini considerano la puntura dell'ago come una delle più temute e delle più dolorose esperienze in ambito medico (Broome & Hellier, 1987; Hart & Bossert, 1994). La letteratura evidenzia inoltre che la procedura non spaventa solo i bambini, ma che ci sia una correlazione tra l'ansia di stato ed il dolore provati dal bambino e l'ansia di stato provata dal genitore.

Questo studio vuole indagare il dolore e l'ansia correlati alla venipuntura, in particolare il dolore procedurale in ambito pediatrico e le sue variabili. Vuole inoltre valutare se attraverso l'informazione preventiva inerente la procedura si possano ridurre l'ansia e la sintomatologia dolorosa.

CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema.

Fino a vent'anni fa si sosteneva che il bambino non provasse dolore, o che ne provasse meno dell'adulto, in quanto aveva strutture anatomiche e fisiologiche non completamente sviluppate. Successivamente si è scoperto che non solo il bambino prova dolore, ma ne crea e conserva una memoria, il che può incrinare il rapporto futuro con l'ambiente e l'operatore sanitario. La procedura invasiva del prelievo ematico risulta causare nel bimbo uno stato d'ansia e dolore acuto prevedibile (Humphrey et al., 1992).

Attualmente la letteratura evidenzia che il dolore da venipuntura è poco trattato, pur essendo la procedura a cui più frequentemente si sottopone un bambino che accede all'ospedale.

L'Associazione Culturale Pediatri (ACP) ha condotto un'indagine sul grado di sensibilità dei pediatri ospedalieri e degli infermieri alla prevenzione e terapia del dolore in 110 U.O.C. di Pediatria in Italia. Ne è emerso che la formazione dei medici e degli infermieri alla prevenzione e terapia del dolore è carente negli ospedali: solo nel 29% delle U.O. intervistate sono attivi programmi di formazione specifica. Solo nel 17% di queste sono presenti protocolli specifici di prevenzione e trattamento del dolore. Questo fenomeno comporta l'insufficiente adozione di misure preventive e terapeutiche e comportamenti differenti tra singoli operatori. Dall'indagine ACP è emerso che "distrazioni e coccole" sono adottate nel 63% degli ospedali per le punture del tallone (dolorosa e stressante procedura particolarmente frequente nel neonato) e nel 71% per le venipunture. La crema anestetica locale (EMLA[®]) viene utilizzata solo nel 41% delle U.O. per il prelievo e l'inserzione di ago cannula. Questo testimonia un complessivo scarso trattamento del dolore da procedure in circa il 50% delle U.O. (Quaderni A.C.P., 2008).

Da queste considerazioni emerge la necessità urgente di implementare il trattamento del dolore da venipuntura in età neonatale e pediatrica, mettendo in atto tutte le misure necessarie per renderla un'esperienza meno traumatica possibile per bambino, genitori ed operatori, facilitando la procedura stessa (Allegrì, 2014).

L'aumento del numero di procedure invasive con ago sono correlate ad una crescita di paura nei confronti della figura medica e nei bambini, in particolare, è stimato un

incremento di episodi da stress post-traumatico anche a distanza di sei mesi dalla dimissione (Rennick, Johnston, Dougherty, Platt & Ritchie, 2002).

L'ansia pediatrica venipuntura correlata è inoltre associata al comportamento dei parenti e degli operatori sanitari. In particolare, le strategie di coping messe in atto dal bambino sembrano essere influenzate da determinati atteggiamenti degli adulti, dalle tecniche distrattive utilizzate e dal loro umore. L'ansia visibile del genitore è associata all'aumento del distress nel bambino (Mahoney, Ayers, Seddon, 2010).

1.2 Scopi e obiettivi dello studio

Lo scopo del presente lavoro intende valutare se attraverso l'informazione preventiva, inerente la procedura di venipuntura, associata all'applicazione dell'anestetico locale e alle tecniche distrattive, si possano ridurre l'ansia di stato nel bambino e nel genitore ed il sintomo dolore nel bambino.

1.3 Ipotesi dello studio

Sembra che l'esecuzione del prelievo venoso produca, in mancanza di informazione, un aumento dello stato d'ansia nel bambino e nel genitore, che vanno a modificare la percezione del sintomo doloroso nel bambino, pur in presenza di terapia antalgica.

1.4 Quesiti di ricerca

- La mancata conoscenza della procedura di venipuntura aumenta l'ansia di stato di bambino e genitore?
- Lo stato d'ansia aumenta la sintomatologia dolorosa del bambino?
- Esiste una correlazione tra ansia di stato del genitore e ansia di stato del bambino?
- Esiste una correlazione tra la strategia di coping utilizzata dal bambino ed ansia e dolore provati dallo stesso?
- Esiste una correlazione tra l'ansia dell'operatore che esegue la venipuntura ed ansia e dolore di bambino e genitore?

CAPITOLO II – QUADRO TEORICO

2.1 Il dolore

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain, 1979) e secondo l'associazione dell'O.M.S. (Organizzazione Mondiale Della Sanità): *“Il dolore è un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”*.

Nel 2010 con la Legge 38 nasce l’obbligo del monitoraggio, del trattamento e della valutazione del dolore. Vengono disciplinati anche la formazione e l’aggiornamento del personale sanitario specializzato, con percorsi universitari e master specifici sul tema dolore. A seguito di questa legge viene avviata anche l’iniziativa “Ospedale senza dolore” che vede impegnate tutte le U.O. nella gestione di questa problematica. Viene inoltre sottolineata l’obbligatorietà della registrazione in Cartella Clinica dell’intensità del dolore rilevata tramite scale validate, il conseguente trattamento e valutazione dell’efficacia dello stesso.

Ogni individuo impara l’applicazione della parola “dolore” per il tramite delle esperienze correlate ai traumatismi della prima infanzia (IASP, 1979). Da un punto di vista clinico il dolore si può classificare in acuto, cronico, procedurale e terminale. Da un punto di vista eziopatogenetico in nocicettivo, neuropatico e psicogeno. Per dolore nocicettivo, quello su cui ci focalizzeremo, si intende quella risposta algogena che avviene tramite l’attivazione dei nocicettori situati su cute, mucose, organi interni, escluso il sistema nervoso, e si divide in somatico e viscerale (Ministero della Salute, 2010). Tra i vari tipi di dolore quello analizzato sarà il dolore procedurale e, nelle specifico, il dolore da venipuntura in ambito pediatrico.

2.1.1 Il dolore procedurale nel bambino

Swafford e Allen nel 1968 sostenevano: *“I bambini raramente necessitano di terapia antalgica perché tollerano il dolore molto bene”*. Questa opinione rimase valida per molti anni tanto che, nel 1976, Lippman et al. sostenevano che non vi fosse bisogno di analgesia o anestesia per la chiusura chirurgica del dotto di Botallo pervio nel prematuro. Una concezione che variò nel 1987 con Anand il quale sosteneva che il feto, a partire dalla 24° settimana gestazionale, presentasse le strutture anatomiche e fisiologiche necessarie alla

percezione del dolore (Arnand, 1987). Studi più recenti sostengono infatti che già alla 23^o settimana di età gestazionale il SNC (Sistema Nervoso Centrale) sia strutturato per una corretta ricezione e trasmissione dello stimolo doloroso. Le aree nocicettive centrali come il talamo, la corteccia sensitiva, il sistema limbico, l'ipotalamo e le aree associative corticali cerebrali, si formano nel periodo post-natale fino all'anno. Vi è una ritardata espressione delle vie inibitorie discendenti con conseguente ridotta azione antalgica, che determina una maggiore eccitabilità del sistema nocicettivo in toto, sia nel feto che nel neonato anche fino ai 12/18 mesi d'età. Si può quindi sostenere che a parità di stimolo doloroso, più piccolo è il paziente maggiore sarà il dolore provato. Nel neonato c'è una precoce e abbondante espressione di neurotrasmettitori che mediano la nocicezione e un'augmentata eccitabilità delle corna dorsali con conseguente minore controllo endogeno dello stimolo doloroso. Il dolore ripetuto e non trattato è spesso associato ad allodinia, ovvero a seguito di una procedura dolorosa è possibile che il bambino percepisca come dolorose delle stimolazioni che in realtà non lo sono. Un esempio sono le manovre di nursing o handling, visite mediche e altre attività normalmente previste in Unità Operativa. Se in età neonatale e pediatrica le stimolazioni nocicettive sono ripetute e non adeguatamente gestite con trattamento antalgico, vi possono essere delle conseguenze a breve termine come il peggioramento clinico o a lungo termine come l'alterazione della soglia del dolore. La carenza di formazione ed informazione, un diffuso e anacronistico retaggio culturale per cui il dolore rappresenta uno strumento educativo importante, la paura riguardo all'uso dei farmaci analgesici e la carenza di risorse, sono alla base di uno scarso riconoscimento del problema dolore e di un suo inadeguato trattamento per tutta l'età pediatrica (Ministero della Salute, 2010). Per alcune branche della pediatria il problema dolore è parte integrante dell'approccio quotidiano al bambino malato. Moltissime delle procedure diagnostico-terapeutiche si accompagnano a dolore e stress e, per questo, sono temute quanto e più della stessa patologia di base. Anche a livello ambulatoriale l'incidenza di dolore è elevata e accompagna situazioni cliniche diverse: patologie infettive e/o traumi e test diagnostici e/o terapeutici. Il mancato trattamento del dolore comporta inoltre la difficoltà ad instaurare un rapporto di fiducia tra utente ed équipe sanitaria. E' fondamentale che nelle Unità Operative, così come presso i Pediatri di Libera Scelta, vengano utilizzati strumenti adeguati a prevenire, valutare e trattare il dolore così come previsto dal Ministero della Salute nel 2010. Nel bambino il dolore assume

un'importanza peculiare, come stimolo fondamentale nello sviluppo e nella maturazione del sistema nervoso, in grado di condizionare il vissuto futuro dell'esperienza dolorosa (Fitzgerald et al., 2003). La venipuntura, pur essendo relativamente semplice e veloce, è una delle procedure dolorose più frequentemente eseguite sui pazienti pediatrici. Il dolore in questo contesto è presente nel 50% dei bambini ed è stato valutato da moderato a severo nel 36% dei bambini da 3 a 6 anni e nel 13% di quelli da 7 a 17 anni (Fradet & Mc Grath, 1990). La risposta al dolore è influenzata e modellata dalle esperienze pregresse (Von Baeyer et al., 2004; Panizon & Barbi, 2010). I bambini che non sono stati adeguatamente trattati per quel che riguarda l'analgia procedurale, vanno incontro a un vero e proprio condizionamento; in occasione di procedure successive si osservano una serie di risposte comportamentali e un'attivazione del sistema simpatico con tachicardia, aumento della pressione arteriosa e vasocostrizione cutanea che rendono la procedura ancora più complicata (Thurgate et al., 2005). Le esperienze dolorose precedenti, associate a procedure mediche, vanno addirittura a influenzare in maniera negativa l'efficacia delle successive tecniche di analgesia applicate (Bijttebier et al., 1998). La verità è che il dolore dovrebbe essere considerato con la stessa importanza dei quattro segni vitali e solo così verrebbe adeguatamente trattato (Hockenberry et al., 2009).

L'inadeguato trattamento del dolore è collegato a numerose complicanze nel breve e nel lungo termine. Uno scarso trattamento del dolore, a breve termine, viene associato a effetti negativi sulla psiche del bambino, dei parenti e dell'équipe. Si riscontra inoltre un aumento dell'ansia del piccolo paziente in occasione delle procedure mediche. Alcuni studi correlano lo scarso trattamento del dolore con un impoverimento a lungo termine delle funzioni fisiologiche, comportamentali e cognitive (American Society for Pain Management Nursing, 2010). Il dolore, quando continuo o incontrollato, ha un effetto deteriorante su ogni aspetto della vita del paziente: produce ansia e distress, mina il benessere, interferisce con le capacità funzionali, ostacola le abilità nel ruolo familiare, sociale e professionale (Pain Management Nursing, 2013).

Il termine "distress" si può tradurre come angoscia, sofferenza o disagio, e l'insieme di questi termini viene utilizzata per descrivere i vissuti del bambino correlati al dolore (Franck, Greenberg, & Stevens, 2000). Distress e dolore sono infatti difficili da valutare separatamente nel bambino (Humphrey, Boon, Chiquit van Linden van de Heuvell, & van de Wiel, 1992; Litt, 1996).

Il dolore ha componenti sensoriali, emotive, cognitive e comportamentali che sono correlate con l'ambiente, con lo sviluppo, con la cultura e fattori contestuali (American Academy of Pediatrics, 2001).

E' un concetto complesso e multidimensionale che può variare di qualità, intensità, durata, luogo e sgradevolezza. I bambini possono pertanto, sperimentare diversi livelli di dolore in risposta allo stesso stimolo. Inoltre, i concetti di dolore nei bambini sembrano differire da quelli degli adulti, probabilmente a causa di diversi livelli di sviluppo cognitivo (Franck, Greenberg, & Stevens, 2000).

I Bambini in età scolastica possono essere in grado di descrivere verbalmente la loro percezione del dolore in modo accurato. Il distress, d'altra parte, può essere definito come il comportamento osservabile durante una procedura, causato da fattori diversi dal dolore come: la paura, lo stress e l'ansia anticipatoria o situazionale (American Academy of Pediatrics, 2001).

Esperienze dolorose precoci sono state associate ad un minore interessamento alla propria salute, ad un'elevata paura e al rifiuto delle procedure mediche nell'età adulta (American Academy of Pediatrics, 2001).

Considerando la venipuntura, nel vissuto del bambino, come la più dolorosa e la più frequente delle procedure mediche (Rogers & Ostrow, 2004), e come l'aspetto più traumatico del ricovero in ospedale (Pain Management Nursing, 2010), risulta assolutamente necessaria la sua prevenzione, la sua misura, il suo trattamento e la sensibilizzazione di genitori ed operatori sanitari al problema.

2.2 Definizione di Ansia

L'ansia è uno stato emotivo comune nell'uomo, che può essere fisiologico quando riferito ad una minaccia in particolare, o patologico, quando la sintomatologia del sentimento ansioso interferisce con il normale svolgimento delle attività di vita quotidiana. Per definire la presenza o meno dell'ansia, possiamo valutare principalmente tre fattori, ovvero i parametri fisiologici (come l'aumento della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, etc.), il comportamento e quanto il paziente riferisce. Il disturbo d'ansia, in misura abbastanza marcata, si accompagna a disturbi di tipo fisiologico, che esprimono una modifica del Sistema Nervoso Autonomo ed in particolare della sua componente adrenergica. Gli studi

dimostrano tuttavia che vista l'alta variabilità soggettiva allo stress, per l'identificazione dell'ansia non sia sufficiente la sola rilevazione dei parametri vitali.

La fonte primaria di informazione rimane pertanto ciò che riferisce il paziente, gli altri campi servono a sostenere o amplificare quanto detto dal soggetto. L'ansia può essere classificata come ansia di tratto, quando vi è una componente patologica e costante nella vita del soggetto, e l'ansia di stato, come una caratteristica fisiologica dell'individuo in risposta all'evento stressante.

Nel 1961 Cattell e Scheier introducevano la distinzione tra ansia di stato ed ansia di tratto, che veniva ulteriormente elaborata da Spielberger nel 1970. L'ansia di tratto si può quindi definire una caratteristica relativamente stabile della personalità, un atteggiamento comportamentale che riflette la modalità con cui il soggetto tende a percepire come pericolosi o dannosi stimoli e situazioni ambientali. L'ansia di stato può essere definita come un'interruzione temporanea del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, ed è associata all'attivazione del Sistema Nervoso Autonomo (Conti, 1999).

2.2.1 Ansia di stato nel bambino e la sua correlazione con l'ansia del genitore

I bambini si sottopongono a numerose procedure mediche di routine o non pianificate, molte delle quali risultano essere particolarmente stressanti. Anche se il termine generico "angoscia" viene spesso usato per descrivere le reazioni dei bambini alle procedure mediche, è probabile che i bambini sperimentino una serie di esperienze negative tra cui la paura, l'ansia e il dolore sensoriale (Bearden, Feinstein, & Cohen, 2011).

Alcuni studi non hanno trovato una significativa correlazione tra ansia del genitore e ansia del figlio, una serie di altri studi hanno dimostrato tuttavia che l'ansia provata dal genitore predice la probabilità che si verifichi uno stato di ansia e dolore nel figlio durante procedure mediche e non. Per quanto riguarda un meccanismo di ricerca, confrontando il comportamento di madri ansiose e non ansiose, si pensa che le madri con ansia di stato elevata siano emotivamente più sensibili e potrebbero comunicare ai figli la loro ansia, sebbene la relazione fra queste variabili non sia chiara (Bearden, Feinstein, & Cohen, 2011).

2.3 Considerazioni sul trattamento preventivo alla procedura

Tenendo in considerazione che il dolore ha due componenti fondamentali, la nocicezione e l'ansia, la scelta più adeguata è un approccio multidisciplinare basato su presidi farmacologici e non. La preparazione alla procedura varia in base all'età del bambino e dovrà essere eseguita con una tempistica, una modalità ed un contenuto adeguato, con l'obiettivo di ridurre il più possibile la componente ansiosa (Cohen, 2008). L'ansia e la paura derivano soprattutto dalla carenza di informazione e preparazione nei confronti della manovra che il bambino dovrà subire. Altri fattori predisponenti l'ansia coincidono con: esposizioni ripetute, ricordo del dolore e distress provocati da un'analogia esperienza non adeguatamente trattata. Una corretta gestione delle manovre invasive deve tenere conto sia di un efficace controllo dell'ansia e della paura sperimentate dal bambino e dai genitori, che di un'adeguata copertura analgesica (Barbi et al., 2010).

E' necessario mettere in atto tutte le misure atte a rendere la procedura del prelievo venoso il meno traumatica possibile per bambino, genitori ed operatori. E' fondamentale eseguire la venipuntura in un ambiente confortevole e adatto, nelle migliori condizioni possibili, garantendone maggiore efficacia (Ministero della Salute, 2010).

Per la prevenzione del dolore da venipuntura è quindi necessario un approccio multifattoriale che comprende: preparazione del setting (ambiente, materiale, farmaci), accoglimento e comunicazione al bambino e alla sua famiglia, metodi farmacologici (analgesia topica e/o sedo analgesia), metodi non farmacologici (distrazione, video e umorismo), monitoraggio del dolore e gratificazione (Ministero della Salute, 2010; Cohen, 2008).

2.4 Trattamento di ansia e dolore procedurali, il ruolo dell'infermiere

2.4.1 Trattamento non farmacologico

Il trattamento non farmacologico è fondamentale nella gestione del dolore e dell'ansia da procedura, alla pari di quello farmacologico.

Per ottenere un approccio centrato sul bambino e sulla famiglia, sono importanti:

- l'informazione/comunicazione/responsabilizzazione;
- il coinvolgimento nei processi decisionali e nella valutazione e gestione del dolore;
- l'organizzazione del lavoro dell'équipe medico-infermieristica a partire dalle esigenze di bambino e famiglia;

- un ambiente consono all'età del bambino e alla situazione clinica e familiare.

Per alleviare il dolore e l'ansia da procedura si possono mettere in atto metodi cognitivi e comportamentali. Il primo ha lo scopo di deviare l'attenzione dal dolore, focalizzandola selettivamente su stimoli diversi o incompatibili con esso. Questo metodo rallenta o inibisce l'evolversi delle componenti sensoriali ed affettive del dolore.

Il secondo invece ha l'obiettivo di modificare alcuni fattori emozionali, comportamentali, familiari e situazionali che interferiscono con la risposta del bambino alla sintomatologia dolorosa. Entrambe queste tecniche sono di facile applicabilità e la loro efficacia dipende proprio dal coinvolgimento del bambino, dei genitori e degli operatori sanitari (Ministero della Salute, 2010).

La distrazione, come intervento nella gestione del dolore da ago, è stata a lungo studiata e la sua validità, in qualità di trattamento non farmacologico, è stata dimostrata. Sono state usate diverse modalità di distrazione nella gestione del dolore. Solitamente queste sono coinvolgenti e piacevoli, includono interventi come non parlare della procedura, l'uso di giochi, bolle di sapone, video, musica, immaginazione, rilassamento e umorismo (von Baeyer, 2009). La distrazione è un intervento infermieristico focalizzato sull'attenzione del paziente o su altri stimoli volti a ridurre o aiutare il soggetto a controllare meglio il dolore (Hasanpour Tootoonchi & Aein Yadegarfar, 2006). Il principio razionale scientifico alla base dei metodi di distrazione, deriva dalla "Gate Control Theory of Pain", la teoria del cancello che controlla il dolore. Quando vi è uno stimolo algico, dalla periferia partono degli impulsi nervosi che, attraverso la colonna spinale arrivano al SNC fino a raggiungere la corteccia cerebrale dove il dolore è percepito. A livello della sostanza gelatinosa esiste un sistema di controllo a cancello, in grado di moderare gli impulsi algici afferenti (impulsi che viaggiano verso il cervello) prima che questi siano percepiti a livello della corteccia cerebrale.

Cause esterne come la stimolazione della pelle (ad esempio un massaggio) e cause interne come l'ansia, possono influenzare il corretto funzionamento del cancello.

Nello specifico, quando viene applicato uno stimolo non nocicettivo maggiore rispetto ad uno doloroso, il cancello può chiudersi parzialmente o interamente, bloccando lo stimolo nocicettivo (Melzack & Wall, 1965).

L'intervento di distrazione è pensato per ridurre il dolore secondo segnali ascendenti non nocicettivi (American Academy of Pediatrics, 2001). Numerosi studi sono stati fatti per

valutare l'effetto di diversi metodi di distrazione sulla riduzione del dolore causato dal prelievo venoso. Windich-Biermeier et al. nel 2007 hanno studiato gli effetti di alcuni elementi di distrazione (per esempio le bolle di sapone, le filastrocche, la tavola musicale, occhiali con realtà virtuale o videogiochi) sul dolore da venipuntura su 50 bambini e adolescenti con il cancro, dimostrando che il dolore, nel gruppo di intervento, era notevolmente inferiore.

2.4.2 Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico previsto per il dolore da procedura, come in questo caso il prelievo venoso, consiste in un anestetico locale.

Circa l'80% dell'emulsione topica eutectica di Lidocaina 2,5% e Prilocaina 2,5% base (EMLA®), viene assorbita dalla cute senza dare tossicità. L'efficacia analgesica di EMLA® è stata dimostrata nella prevenzione del dolore procedurale da puntura arteriosa, venosa e nella circoncisione, nella rachicentesi e nel posizionamento di cateteri percutanei. Si applicano 2 g circa di crema e si copre l'area con bendaggio semipermeabile. Il tempo necessario per l'azione anestetica è di almeno 60 minuti (Ministero della Salute, 2010).

2.4.3 Processo informativo

Nel 1993 con la "Carta di Ledha" vengono enunciati i diritti del bambino in Ospedale. In particolare secondo l'Articolo 4: *"Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione. Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero ed alla lunga ospedalizzazione"*.

L'informazione al paziente è parte integrante della professione del Nursing, tanto da poter affermare che l'infermiere che svolge solo l'aspetto pratico del proprio lavoro è un operatore incompleto. La comunicazione è l'essenza ed il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure (Kirby & Slevin, 1992).

L'infermiere assume un ruolo determinante di educatore e fonte privilegiata del paziente per ricevere informazioni. L'informazione del paziente dovrebbe essere per l'infermiere il punto di partenza per una completa ed efficace assistenza infermieristica.

Numerosi studi hanno evidenziato quanto la figura dell'infermiere sia utile a colmare il bisogno d'informazione del paziente. Altri studi, per contro, hanno dimostrato che lo stesso

operatore spesso non consideri questo aspetto della professione come fondamentale e che quindi non si ponga come referente per il paziente. L'infermiere, per quanto concerne le proprie attività di Nursing, dovrebbe possedere la sensibilità per comunicare efficacemente con l'utente e conoscere la necessità di quest'ultimo sul reale bisogno di informazioni. Da numerosi studi emerge infatti che l'informazione dovrebbe essere data in accordo con i bisogni che il paziente auto identifica e non in accordo con le idee professionali preconcepite. Le funzioni principali dell'informazione sono quelle di mantenere il controllo, ridurre l'ansia, migliorare l'accettazione, creare aspettative realistiche, promuovere l'autocura e la partecipazione, generare sentimenti di protezione e sicurezza (Mills & Sullivan, 1999).

Non si può sottovalutare l'importanza dell'informazione da dare al bambino che deve sottoporsi a procedure dolorose tra cui la venipuntura; il processo informativo, infatti, influisce sulla compliance e sulla fiducia che si crea con il paziente ed il caregiver.

Spiegare al bambino e al genitore lo scopo e le fasi della procedura permette di ottenere una maggiore collaborazione da parte di entrambi. Le varie fasi della procedura devono essere spiegate usando termini semplici e adatti all'età. Questo intervento non dev'essere visto come una perdita di tempo ma come valido aiuto per il bambino a distogliere la sua attenzione dal dolore e a renderlo più collaborante. L'azione infermieristica deve essere sempre orientata verso l'unità inscindibile genitore – bambino.

2.5 Coping del bambino

Quando si valuta e tratta il dolore pediatrico è essenziale considerare il naturale stile di coping del bambino (Lim, 2006).

Nella definizione originale di Lazarus e Folkman nel 1984 il coping viene infatti descritto come processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante, in modo da eliminare, ridurre o tollerare la situazione stessa.

Indica quindi gli sforzi cognitivi e comportamentali compiuti da un individuo per affrontare e gestire eventi stressanti, reali o percepiti come tali.

Il tipo di coping che viene identificato da Lim nel 2006 nel distress procedurale pediatrico, si suddivide in due dimensioni principali: l'approccio e l'evitamento. Il coping di approccio riguarda quei bambini che si focalizzano sulla fonte di stress, che chiedono informazioni e monitorano l'evolversi del prelievo concentrandosi sull'agente stressante. Il

coping di evitamento, invece, è caratterizzato da una tendenza ad ignorare l'agente stressante spostando l'attenzione su altro (Bernard et al., 2004).

E' stata esaminata la correlazione tra le modalità di coping approccio/evitamento e le procedure mediche invasive, in relazione al dolore nel bambino. Esistono risultati discordanti rispetto alla modalità di coping più efficace. Secondo quanto affermato da Rudolph nel 1995, le strategie di coping di approccio erano associate a livelli inferiori di stress su tre campioni sottoposti alla procedura di prelievo di midollo osseo o a chirurgia. Al contrario nel 1989 Smith, Ackerson e Blotcky, non hanno rilevato correlazioni significative tra stili di coping e livelli di stress in campioni di bambini sottoposti al prelievo di midollo osseo. Alcuni studi hanno riportato che i comportamenti di approccio sono associati a più alti livelli di stress nei bambini mentre i comportamenti di evitamento con più bassi livelli di ansia (Lim, 2006).

Questi studi sul trattamento hanno esaminato la relazione tra lo stile di coping approccio o evitamento e l'efficacia degli interventi specifici progettati per ridurre il disagio nei bambini sottoposti a procedure mediche invasive. L'ipotesi più congruente suggerisce che quando un intervento si abbina allo stile di coping del bambino (per esempio, la distrazione ed il coping evitamento, o le informazioni ed il coping approccio), il risultato nel ridurre lo stress sarà il più efficace (Lim, 2006).

Si può quindi affermare che non sia confermata in letteratura quale sia la più efficace strategia di coping per il bambino.

Facendo un passo ulteriore nella valutazione dei risultati esistenti su questa correlazione, alcune analisi sequenziali hanno rivelato che specifici comportamenti negli adulti come: rassicurare, lasciare al figlio l'autonomia di decidere, criticare e chiedere scusa, precedono comportamenti di disagio pediatrico come pianto o aumento dello stress. Per contro, le strategie suggerite al figlio per far fronte alla procedura come il non parlarne e l'umorismo, aiutano il bambino a mettere in atto strategie di coping efficaci (Manne et al., 1994).

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

E' stato condotto uno studio di tipo sperimentale randomizzato per un periodo di quattro settimane che intercorre dal 17/08/2015 al 14/09/2015. Lo studio è stato svolto all'interno delle Unità Operative Complesse (U.O.C.) di Pediatria e Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero (P.O.) di San Donà di Piave (VE), Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale". Con questo studio sono state valutate le seguenti variabili:

- Ansia e dolore nel bambino;
- Correlazione tra ansia del genitore e ansia del bambino;
- Correlazione tra ansia del genitore e dolore nel bambino;
- Correlazione tra ansia dell'operatore sanitario e ricaduta su genitore e figlio;
- Strategia di coping nel bambino.

3.2 Campionamento

In questo studio sono stati inclusi i pazienti pediatrici e i loro genitori afferenti alle U.O.C. di Laboratorio Analisi e Pediatria del P.O. di San Donà di Piave, nel periodo che intercorre dal 17 Agosto 2015 al 14 Settembre 2015, che si sottoponevano alla procedura di venipuntura con l'applicazione della crema anestetica EMLA[®]. Il campione totale che si è sottoposto allo studio era di origine italiana.

Criteri di inclusione:

- Tutti i pazienti di età \geq a 3 anni e \leq 12 anni, sottoposti al prelievo venoso con l'applicazione di EMLA[®], che non si sottoponevano al prelievo routinariamente;
- Tutti i genitori che accettavano, insieme ai figli, di rispondere ai quesiti posti;
- Tutti i bambini che si erano sottoposti alla procedura del prelievo almeno una volta in passato.

Criteri di esclusione:

- Tutti i pazienti con età $<$ a 3 anni o $>$ di 12 anni, o che non avevano accettato l'applicazione della crema anestetica EMLA[®], o che si sottoponevano routinariamente alla procedura del prelievo ematico;
- Tutti i genitori e bambini che non accettavano di partecipare allo studio;

- Tutti i bambini che non si erano mai sottoposti alla procedura di venipuntura in precedenza.

3.2 Setting

Lo studio è stato condotto presso le U.O.C. di Laboratorio Analisi e Pediatria del P.O. di San Donà di Piave (VE), ULSS 10 Veneto Orientale. L'U.O.C. di Laboratorio Analisi è suddivisa in due stanze adibite alla procedura del prelievo, la prima riservata principalmente agli adulti e la seconda riservata ai bambini. In particolare, nell'ambiente dedicato ai bambini, erano a disposizione libri e colori da fornire ai bambini in attesa del prelievo. Sono stati inoltre creati degli opuscoli informativi sulla procedura, dedicati a genitori e figli e la stanza è stata resa più confortevole e adatta ai piccoli pazienti. Nell'anno corrente poi ha preso piede all'interno dell'ULSS 10 Veneto Orientale un'iniziativa per la prevenzione del dolore pediatrico, che prevede l'applicazione della crema anestetica EMLA® nei bambini che si sottopongono alla venipuntura. Nel progetto sono state coinvolte le U.O.C. di Laboratorio Analisi di tutte le sedi dell'Azienda ULSS 10 e tutti i Pediatri di Libera Scelta. L'obiettivo di questa iniziativa va oltre la semplice prevenzione del dolore, in quanto mira anche a sensibilizzare genitori ed operatori sanitari sull'esistenza del dolore pediatrico come problema rilevante, che è possibile risolvere o almeno limitare.

L'U.O.C. di Pediatria è suddivisa in due piani: al primo sono situate le stanze di degenza e due ambulatori riservati a visite e analisi mediche, il secondo piano invece è riservato unicamente alle visite mediche. Essendo questo un contesto esclusivamente pediatrico, l'intero arredamento è dedicato alle esigenze del bambino e vi sono diverse possibilità di distrazione come bolle di sapone, giochi e televisione. Il personale sanitario è inoltre abituato a relazionarsi con il bambino ed i suoi genitori e l'utilizzo dell'EMLA® in vista di procedure ago-correlate è ormai abituale. Nell'U.O.C. di Pediatria hanno partecipato allo studio un totale di 7 infermiere, mentre nell'U.O.C. di Laboratorio Analisi 2 medici e 1 infermiera, dedicati all'attività del prelievo.

3.4 Attività e strumenti di raccolta dati

L'attività di raccolta dati è stata preceduta dalla richiesta di autorizzazione allo svolgimento di tirocinio e alla raccolta dati stessa al Direttore delle Attività Didattiche del

Corso di Laurea di Infermieristica sede di Portogruaro, ai Direttori delle U.O.C. di Laboratorio Analisi e Pediatria e al Direttore Generale dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale".

La raccolta dati è avvenuta nel periodo che intercorre dal 17/08/2015 al 14/09/2015, durante la mattina, in entrambe le U.O.C.

Venivano selezionati quotidianamente i pazienti pediatrici rientranti nei criteri di inclusione stabili all'inizio dello studio e afferenti all'U.O.C. di Laboratorio Analisi per gli esami di routine e ricoverati o afferenti all'U.O.C. di Pediatria per esami ematochimici urgenti o di routine, previa applicazione di crema anestetica EMLA[®]. Gli strumenti utilizzati in questa ricerca sono stati tratti dallo studio sperimentale "Comparison of High and Low Distraction for Pediatric Procedural Pain" condotto presso l'Università della Georgia (Lim, 2006). Gli strumenti sono stati tradotti dall'inglese all'italiano e sono state analizzate solo alcune delle variabili prese in esame dagli strumenti impiegati. E' stata utilizzata una tabella (Allegato N. 1) creata dalla scrivente per la raccolta di dati quali: età, genere e risposte date dai bambini (dati che non rendono identificabile l'individuo). Il campione è stato suddiviso in due gruppi: Gruppo Controllo (n. 25) e Gruppo Intervento (n. 25). Al primo venivano somministrati gli strumenti necessari all'indagine di ansia e dolore, limitando la quantità di informazioni fornite rispetto all'esecuzione della procedura ma garantendo comunque il trattamento farmacologico con l'anestetico locale e le tecniche di distrattive al momento del prelievo. Al secondo gruppo invece, oltre agli strumenti necessari per questo studio, veniva fornita un'informazione dettagliata di: setting, strumenti necessari utilizzati per la procedura (laccio emostatico, ago butterfly), EMLA[®], sua applicazione ed efficacia ed i comportamenti da adottare per favorire il riempimento venoso. Veniva inoltre spiegato al genitore di non interferire con la naturale strategia di coping scelta dal figlio, di non dare rassicurazioni e di collaborare mettendo in atto tecniche distrattive o di rilassamento.

E' stato utilizzato anche uno strumento osservazionale, l'amended Observation Scale of Behavioural Distress (aOBSD) (Allegato N. 2), per una valutazione sul distress pediatrico che fosse il più oggettiva possibile. Questa scala valutava il distress procedurale tramite l'analisi dei comportamenti dimostrati dal bambino, come ad esempio pianto, rigidità muscolare, resistenza verbale, durante il prelievo venoso. I risultati della scala venivano così suddivisi:

- Valori < 5 = Bambino Tranquillo
- Valori ≥ 5 e ≤ 20 = Bambino Agitato
- Valori > 20 = Bambino Molto Agitato

L' aOBSD era l'unico strumento di valutazione compilato dalla scrivente, mentre le altre scale utilizzate venivano compilate direttamente dal genitore insieme al bambino.

Venivano infatti somministrate al bambino e al genitore delle scale di valutazione prima e dopo la procedura. Al bambino si mostrava la Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) (Allegato N. 3) e la Child Approach-Avoidance Rating Scale-Revised (CAARS-R) (Allegato N. 4).

Nella scala di valutazione FPS-R sono rappresentate 6 facce con diverse espressioni la cui prima a sinistra esprime "Nessun Dolore" mentre l'ultima a destra esprime "Moltissimo Dolore". La scala FPS-R non mira unicamente ad analizzare il dolore percepito ma ne analizza anche il dolore atteso. Al paziente veniva spiegato come rispondere alle domande: "Queste faccine esprimono quanto male può fare qualcosa. Questa faccina (indicare la prima faccia a sinistra) mostra nessun dolore. Queste faccine esprimono sempre più male (indicare ogni faccina, da sinistra verso destra) fino a questa (toccare l'ultima faccia a destra questa) che mostra "Tantissimo Dolore". Prima della procedura il bambino doveva rispondere a due domande:

- "Punta con il dito la faccina che dice quanto male hai in questo preciso momento";
- "Punta con il dito una tra queste faccine che mostra quanto male ti farà l'ago".

Dopo la procedura il bambino rispondeva ad altre due domande:

- "Punta con il dito la faccina che mostra quanto male ti ha fatto l'ago";
- "Punta con il dito la faccina che mostra quanto male hai in questo momento".

La CAARS-R è rappresentata da 4 immagini e descrive la modalità di coping scelta dal bambino in risposta all'evento stressante:

- La modalità di Approccio, quindi guardare e fare domande;
- La modalità di Evitamento, quindi non guardare e non fare domande;
- La modalità Mista, quindi guardare e non fare domande o parlare e non fare domande.

La prima immagine è un bambino che osserva la procedura, la seconda è un bambino che non guarda la procedura, la terza è un bimbo che fa domande all'operatore sanitario e la quarta rappresenta un bambino che non rivolge la parola all'operatore sanitario. Al

bambino veniva chiesto di identificare, prima della procedura, con quale figura si sarebbe identificato durante il prelievo venoso, quindi gli si diceva:

- Al bimbo#1 piace guardare l’ago (indicare il bimbo#1). Il bimbo#2 preferisce guardare da un’altra parte (indicare il bimbo#2). Tu quale bambino sarai oggi?
- Al bimbo#3 piace parlare e fare domande sull’ago (indicare bimbo#3). Al bimbo#4 non piace né parlare né fare domande sull’ago (indicare bimbo#4). Tu quale bambino sarai oggi?

Nel post procedura invece si chiedeva:

- Al bimbo#1 piace guardare l’ago (indicare il bimbo#1). Il bimbo#2 preferisce guardare da un’altra parte (indicare il bimbo#2). Quale bambino sei stato tu oggi?
- Al bimbo#3 piace parlare e fare domande sull’ago (indicare bimbo#3). Al bimbo#4 non piace né parlare né fare domande sull’ago (indicare bimbo#4). Quale bambino sei stato tu oggi?

Al genitore invece veniva consegnata un serie di domande associate ognuna ad una scala rappresentata da una linea orizzontale il cui valore minimo a sinistra era pari a zero ed il valore massimo a destra era pari a dieci. Il genitore, in risposta alle domande sull’ansia propria e del figlio, doveva segnare su ciascuna scala un punto preciso corrispondente allo stress percepito.

Lo strumento utilizzato è il Caregiver Visual Analogue Scale (VAS): prima della procedura veniva somministrato il “Parent Pre-Procedure VAS” (Allegato N. 5), dopo il “Parent Post-Procedure VAS” (Allegato N. 6). Le domande poste prima della procedura chiedevano al genitore di attribuire un valore all’ansia che ricordava di aver provato nella precedente esperienza di venipuntura del figlio, all’ansia che provava in quel momento e all’ansia che credeva il figlio avrebbe provato al momento della procedura. A seguito della venipuntura veniva somministrata un’altra serie di domande riguardanti esclusivamente la procedura del prelievo venoso appena eseguita. Con la Parent Post-Procedure VAS si indagavano i medesimi aspetti.

Lo strumento utilizzato per gli operatori sanitari è il Health Care Provider Visual Analogue Scale (VAS): prima della procedura “Health Care Provider Pre-Procedure VAS” (Allegato N.7), dopo il “Health Care Provider Post-Procedure VAS” (Allegato N. 8) con il quale si indagavano ansia nel genitore e nel bambino e sullo stesso operatore.

3.5 Affidabilità della raccolta dati

La raccolta dei dati necessari alla valutazione dell'ansia di stato di bambini, genitori ed operatori e del dolore e del coping nel bambino è stata eseguita dalla scrivente tramite l'utilizzo di strumenti precedentemente descritti dalla stessa. Gli strumenti tratti da uno studio della Georgia State University, "Comparison of high and low distraction for pediatric procedural pain" (Lim, 2006) sono stati tradotti dall'inglese all'italiano e in base allo scopo perseguito dal presente studio, si sono indagate esclusivamente le domande concernenti l'argomento trattato.

Sono state escluse invece quelle pertinenti la valutazione del dolore e la scelta della strategia di coping poiché associate esclusivamente al sentire del genitore o dell'operatore e non del bambino.

La scelta del campione è stata fatta nel rispetto della privacy dei pazienti, nella loro libera volontà di partecipazione e dopo aver ottenuto la firma di un Consenso Informato (Allegato N. 9).

3.6 Analisi dei dati

I dati rilevati sono stati analizzati per indagarne: frequenza, percentuale, media e correlazioni tra dati. Per eseguire questa indagine sono stati utilizzati programmi informatici come Microsoft Excel, per la costruzione di tabelle ed inserimento di funzioni.

Il metodo preso in esame per determinare una possibile relazione fra dati prevede la ricerca di una relazione lineare fra due colonne di valori numerici. Esiste una relazione lineare se, al variare dei dati di una delle due colonne, i dati dell'altra variano in modo lineare. È chiaro che se vi è questo collegamento fra le due variazioni vi è una relazione fra i dati.

Il test statistico necessario e utilizzato per effettuare la ricerca di questa correlazione lineare è il test di correlazione di Pearson.

La correlazione di Pearson, calcola il valore del coefficiente di correlazione lineare, denominato r . Il valore di r è un numero tra -1 e 1. Tanto più il valore del coefficiente di correlazione si avvicina agli estremi (1 o -1), tanto più la correlazione è presente, in modo positivo se vicino a 1 (quando il valore di una delle colonne o variabili aumenta, aumenta anche quello dell'altra), negativo se vicino a -1 (quando il valore di una delle colonne o variabili aumenta, diminuisce quello dell'altra). Il valore 0 di correlazione indica l'assenza di correlazione lineare. I range per i valori di correlazione di Pearson r sono:

$0 < r < 0,3$ correlazione debole;

$0,3 < r < 0,7$ correlazione moderata;

$r > 0,7$ correlazione forte.

CAPITOLO IV - RISULTATI

4.1 Descrizione del campione

Nello studio sono stati presi in esame due campioni: il Gruppo Intervento ed il Gruppo Controllo, il primo caratterizzato da genitori e figli sottoposti al processo informativo, il secondo in cui le informazioni fornite erano solo quelle essenziali alla manovra.

E' stato analizzato anche il campione di medici ed infermieri che hanno eseguito il prelievo venoso.

I campioni hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio dello studio.

Per quanto riguarda il campione pediatrico sono stati esaminati 50 bambini sottoposti a prelievo ematico, di cui n. 23 (46%) presso l'U.O.C. di Pediatria e n. 27 (54%) presso l'U.O.C. di Laboratorio Analisi dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" presso il Presidio Ospedaliero di San Donà di Piave. La distribuzione per genere è stata omogenea: n. 25 (50%) maschi e n. 25 (50%) femmine. Sono stati presi in esame i bambini in una fascia d'età tra i 3 e i 12 anni; l'età media del campione totale è di 7,26 anni ($\pm 2,6$).

Il campione è stato suddiviso in due gruppi, Gruppo Controllo (n. 25) e Gruppo Intervento (n. 25). Al primo venivano somministrati gli strumenti atti ad indagare ansia e dolore. Al secondo gruppo, oltre alla somministrazione degli strumenti, veniva spiegata la procedura.

Il campione è stato differenziato per genere in maniera quasi omogenea. Nel Gruppo Controllo sono stati analizzati 13 maschi (52%) e 12 femmine (48%), nel Gruppo Intervento 12 maschi (48%) e 13 femmine (52%), per un totale di n. 25 (50%) maschi e n. 25 (50%) femmine. L'età media differisce tra i due campioni: 8,16 anni ($\pm 2,7$) per il Gruppo Intervento e 6,36 anni ($\pm 2,2$) per il Gruppo Controllo (Allegato N. 10).

Per quanto riguarda i genitori sono stati presi in esame n. 46 madri (92%) e n. 4 padri (8%) e non si sono indagate ulteriori variabili.

Il campione degli operatori sanitari che hanno eseguito la procedura del prelievo erano quelli presenti e incaricati di tale manovra presso le due Unità Operative. In particolare 2 medici e 1 infermiera presso l'U.O.C. di Laboratorio Analisi e 7 infermiere presso l'U.O.C. di Pediatria, per un totale di 2 medici (20%) e 8 infermiere (80%).

4.2 Risultati in rapporto ai quesiti

Rispetto ai quesiti posti sono emersi i seguenti risultati, allegati in tabella (Allegato N.11). Per quanto concerne l'ansia di stato pediatrica è emerso che i bambini (secondo la rilevazione del genitore) nel Gruppo Controllo:

- Prima del prelievo presentavano un'ansia media pari a 5,36 in una scala VAS che va da 0 a 10;
- Dopo il prelievo presentavano un'ansia media pari a 6,8 VAS.

Nel Gruppo Intervento sono emersi i seguenti risultati:

- Prima della venipuntura i bambini presentavano un'ansia pari a 5,32 VAS;
- Dopo la venipuntura era presente un'ansia pari a 5,12 VAS.

Si può affermare quindi che l'ansia registrata nel paziente pediatrico da parte del genitore diminuiva nel Gruppo Intervento di 0,04 punti scala VAS prima della procedura e di 1,68 punti scala VAS nella fase post procedura rispetto al Gruppo Controllo.

Per quanto riguarda l'ansia del genitore nel Gruppo Controllo:

- Prima della procedura l'ansia media rilevata come autovalutazione dal genitore era pari a 4 VAS;
- Dopo la procedura l'ansia media rilevata dal genitore su se stesso era pari a 4,28 VAS.

Nel Gruppo Intervento l'ansia media del genitore:

- Prima della procedura era pari a 3,44 VAS;
- Dopo la procedura era pari a 3,52 VAS.

Si può sostenere che l'ansia media valutata dal genitore su se stesso nel Gruppo Intervento diminuiva di 0,56 punti prima della procedura e di 0,84 punti VAS dopo la procedura.

I risultati sono stati analizzati tramite il test della correlazione di Pearson da cui emerge che le scale rilevanti l'ansia pediatrica e adulta risultano essere in media correlate: debolmente ($r=0,185$) nel Gruppo Controllo e moderatamente ($r=0,32$) nel Gruppo Intervento, nelle fasi pre e post procedura.

Esaminando poi il dolore e confrontandolo nei due gruppi, si è potuto osservare che nel Gruppo Controllo:

- Prima della procedura, il bambino dichiarava che avrebbe provato un dolore pari a 4,04 scala FPS-R (valori da 1 nessun dolore a 6 massimo dolore).
- Nel post procedura 2,44 scala FPS-R.

Osservando il Gruppo Intervento:

- Prima della procedura, il bambino dichiarava che avrebbe provato un dolore pari a 3,8 FPS-R.
- Nel post procedura 2,28 FPS-R.

Visti i risultati ottenuti, considerando la fase pre procedura, nel Gruppo Intervento il dolore è stato valutato inferiore di 0,24 punti FPS-R, nella fase post procedura invece il dolore risultava inferiore di 0,16 punti FPS-R.

Correlando i dati di ansia e dolore del bambino, con la formula di Pearson, emerge che vi sia una moderata correlazione sia nel Gruppo Controllo ($r=0,36$) che nel Gruppo Intervento ($r=0,40$).

Il presente studio si è posto come ulteriore obiettivo di analizzare i risultati ottenuti suddividendo il campione secondo la strategia di coping scelta dal bambino per valutare come il coping potesse ricadere su ansia e dolore. Le strategie di coping possibili erano 3: di approccio, di evitamento e misto.

L'intero campione di 50 bambini è stato suddiviso in:

- Coping di Misto presente in n. 22 bambini (44%);
- Coping di Evitamento presente in n. 17 bambini (34%);
- Coping di Approccio presente in n. 11 bambini (22%).

Il valore del dolore rilevato nel Gruppo di coping di Approccio era pari a 2,27 scala FPS-R. Il gruppo di coping Evitamento, circa il dolore percepito, presentava un valore di 2,35 FPS-R. Nel gruppo di coping Misto si rilevava un valore di percezione dolorosa di 2,40 FPS-R.

Per quanto riguarda la correlazione tra la strategia di coping e l'ansia del bambino, si osservava che: il valore d'ansia rilevato nel bambino del Gruppo Coping Approccio riportava i valori di 6 VAS; nel Gruppo Coping Misto il valore di ansia rilevato era pari a 5,77 VAS; nel Gruppo Coping Evitamento, infine, i valori rilevati erano pari a 6,17 VAS.

L'ansia dichiarata dall'operatore sanitario sul campione totale di infermieri e medici risultava, sia prima che dopo la procedura, un valore in media inferiore a 1 scala VAS, rispettivamente 0,94 prima della procedura e 0,82 dopo la procedura.

Infine analizzando i dati ottenuti dalla valutazione del Distress procedurale del bambino, tramite l'utilizzo della scala aOBSD, è emerso che la scala descrive perfettamente il comportamento del bambino durante la procedura, ma la media dei risultati ottenuti

descrive il campione totale come “bambino agitato”. I valori differiscono tra loro nei due gruppi, più precisamente nel Gruppo Controllo il valore medio rilevato è pari 13,64 aOBSD mentre nel Gruppo Intervento è pari a 8,24 aOBSD. Gli atteggiamenti maggiormente assunti nel campione totale sono stati: Il Comportamento Nervoso, dimostrato nel 94% dei casi e “Richiesta di Supporto Emotivo”, “Tono della Voce Alto” e “Paura Verbale”, espresse nel 72% dei bambini. La “Ricerca di Informazioni” veniva rilevata nel 54% dei bambini ed in particolare il 38% faceva parte del Gruppo Controllo, il restante 16% del Gruppo Intervento.

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Dallo studio è emerso che la mancanza di informazione, e quindi la preparazione del bambino alla procedura del prelievo ematico, portava ad un aumento dell'ansia nel campione pediatrico e nei genitori. Analizzando i risultati ottenuti infatti si è potuto osservare che l'ansia pre-procedurale era lievemente inferiore nel GI. Tuttavia nella fase post-procedura si poteva rilevare nel G.C. un aumento di 1,44 punti scala VAS, al contrario nel G.I. una diminuzione di 0,20 punti scala VAS.

Analizzando i risultati ottenuti nel Gruppo Controllo si osservava infatti che, nella fase pre procedura, l'ansia media del bambino era di 5,36 VAS, quella rilevata nel paziente pediatrico sottoposto a processo informativo invece era pari a 5,32 VAS. Nella fase post procedura veniva rilevata sui bambini facenti parte del Gruppo Controllo un'ansia pari a 6,8 VAS che invece nei bambini del Gruppo Intervento era pari a 5,12 VAS.

I risultati emersi dallo studio condotto confermano quanto evidenziato nel 2012 da Hughes, che sosteneva come fosse possibile ridurre l'ansia nel bambino dando maggiori informazioni preventive sulla procedura del prelievo venoso.

Osservando il campione dei genitori è stato possibile rilevare che l'ansia provata dal genitore nel Gruppo Intervento prima del prelievo era minore di 0,56 punti VAS rispetto a quella del genitore del Gruppo Controllo.

In particolare, l'ansia media valutata dal genitore del gruppo che non aveva ricevuto alcuna informazione circa la procedura di venipuntura del figlio, era pari a 4 prima dell'esecuzione del prelievo. Il genitore del gruppo che invece non aveva ricevuto l'informazione dichiarava un'ansia media pari a 3,44 VAS.

Nella fase post procedura l'ansia del genitore subiva un aumento in entrambi i gruppi esaminati: nel Gruppo Controllo il campione riferiva un valore di ansia pari a 4,28 VAS, nel Gruppo Intervento invece il valore dell'ansia era di 3,52 VAS e rispettivamente l'aumento era di 0,28 e di 0,08 punti scala VAS e la differenza tra i due risultati era quasi pari a 1 punto.

Si può dunque ipotizzare che il processo informativo abbia avuto maggiore efficacia sul campione pediatrico rispetto al campione adulto, ma che in entrambi i casi abbia ridotto l'ansia.

Secondo Malcom Knowles, tra i più noti studiosi dell'apprendimento adulto, il modello di apprendimento andragogico si differenzia rispetto a quello pedagogico sulle base di sei presupposti: il bisogno di conoscere, il concetto di sé, il ruolo dell'esperienza precedente, la disponibilità ad apprendere, l'orientamento verso l'apprendimento, la motivazione (Elwood, Holton, Richard, & Swanson, 2008). Mentre l'apprendimento nell'adulto risulta essere influenzato da questi aspetti, quello pediatrico risulta essere continuativo, innato e privo di condizionamento. È ipotizzabile quindi pensare che la minore efficacia del processo informativo sui genitori sia anche legata a queste differenze nelle modalità di apprendimento.

Per quanto riguarda il dolore si è voluto indagare se il processo informativo potesse influenzare la percezione nocicettiva attesa e percepita.

Al bambino è stato chiesto di scegliere un'immagine che corrispondeva ad un valore numerico (da 1 nessun dolore a 6 dolore massimo) di dolore che pensava avrebbe provato durante il prelievo venoso. Questo valore è stato confrontato con il reale dolore percepito a seguito della puntura.

Il gruppo che aveva ricevuto l'informazione ipotizzava un dolore atteso medio pari a 3,8 (FPS-R) contro il 4,04 (FPS-R) ipotizzato dal Gruppo Controllo.

A seguito della procedura gli stessi gruppi dichiaravano rispettivamente un valore di dolore medio pari a: 2,28 e 2,44 punti (FPS-R).

Questi risultati, se pur discostando di poco, sembrano confermare quanto sostenuto da Litt nel 1996, che sosteneva come i bambini mostrassero notevole disagio ed ansia anticipatoria rispetto al momento del prelievo. Infatti, se pur di pochi punti, nel Gruppo Controllo l'8% in più di bambini, rispetto al Gruppo Intervento, presentava il massimo livello di dolore atteso.

La risposta del bambino può essere influenzata da vari aspetti: un precedente vissuto, positivo o negativo, l'ansia del genitore o, nel caso specifico, il processo informativo.

Il semplice fatto di sapere che la crema anestetica sarebbe stata applicata sul sito del prelievo, faceva sì che il bambino dichiarasse di aspettarsi un valore inferiore di dolore nel Gruppo Intervento rispetto al Gruppo Controllo. Rhudy e Meagher (2003) riprendono la teoria di Litt (1996) correlando il dolore atteso e l'ansia precedenti il prelievo, con una riduzione della soglia del dolore.

In realtà da quanto emerge nello studio condotto dalla scrivente il dolore provato differenziava tra un gruppo e l'altro solo di 0,16 punti (FPS-R), inferiore nel Gruppo Intervento.

Vista l'esiguità del campione analizzato e la differenza dei valori esaminati nei due diversi campioni, il risultato può essere limitatamente apprezzabile. Eseguendo la stessa ricerca su un campione più ampio è possibile che questi valori risultino più significativi.

Per quanto riguarda la possibile influenza dell'ansia del genitore su ansia e dolore del figlio, alcuni degli studi indagati consideravano la possibilità di una correlazione.

E' tuttora dibattuta in letteratura la teoria secondo la quale l'ansia provata dal paziente pediatrico possa essere in qualche modo correlata all'ansia provata dal genitore. Si pensa infatti che alcuni comportamenti del genitore, uno in particolare l'ansia visibile di quest'ultimo, sia associabile all'aumento di distress nel bambino. Nonostante un certo numero di studi non abbia trovato una valida relazione tra ansia del genitore ed ansia del figlio, altri studi hanno dimostrato che l'ansia provata dal genitore predice la probabilità che si sviluppi nel figlio uno stato d'ansia (Bearden, Feinstein, & Cohen, 2012).

I risultati ottenuti dalla scrivente potrebbero confermare quanto riportato in questi ultimi studi, in quanto l'ansia pre procedura era più alta per genitori e figli nel Gruppo Controllo rispetto a genitori e figli del gruppo intervento, la correlazione.

Si sono poi volute sondare tramite l'utilizzo della scala CAARS anche le strategie di coping messe in atto dal bambino, per valutare se vi fosse una ricaduta su ansia e dolore. Il campione è stato analizzato nella sua totalità di 50 bambini di cui n. 11 (22%) utilizzava il coping di Approccio, n. 17 (34%) il coping Evitamento e n. 22 (44%) bambini impiegava il coping Misto. Nel presente studio il campione pediatrico riportava valori d'ansia pari a 5,77 VAS nel gruppo coping Misto, 6 VAS nel coping di Approccio e 6,17 nel coping di Evitamento.

Il valore assegnato al dolore era più basso nel gruppo di Approccio che riportava un valore di 2,27 FPS-R. Nel gruppo di coping Evitamento invece, il valore era di 2,35 FPS-R ed infine 2,40 FPS-R nel gruppo che prediligeva il coping Misto. I risultati ottenuti non hanno un valore rilevante, in quanto i gruppi sono di numerosità disomogenea e le differenze rilevate sono poco significative.

Rudolph, nel 1995, sosteneva che il coping di approccio si associava a livelli inferiori di ansia nel bambino sottoposto a procedura invasiva di prelievo di midollo osseo, mentre

secondo Smith et al. non c'erano correlazioni significative tra stili di coping e livelli di ansia nel campione pediatrico sottoposto a prelievo di midollo osseo. L'ipotesi più congruente suggerisce che quando un intervento si abbina allo stile di coping del bambino, il risultato nel ridurre lo stress sarà il più efficace (Lim, 2006).

Era inoltre stata indagata l'ansia dell'Operatore Sanitario che eseguiva la procedura del prelievo, sia prima che dopo la manovra, in quanto secondo quanto riscontrato in letteratura risulta esserci una correlazione dell'ansia della figura sanitaria che esegue la manovra e genitore e figlio. Essendo il risultato rilevato non significativo, risulta ipotizzabile che l'ansia dell'operatore, per quanto concerne lo studio eseguito, non influisca sull'esecuzione della procedura e quindi non è stato ulteriormente indagato.

Per quanto concerne la Valutazione tramite utilizzo della scala aOBSD emerge che i comportamenti maggiormente dimostrati sono stati il comportamento nervoso (94%), la richiesta di "Supporto Emotivo", "Tono di Voce Alto" e "Paura Verbale" (72%) e la "ricerca di informazioni" (54%) maggiore nel Gruppo Controllo rispetto al Gruppo Intervento. Il campione totale, secondo i parametri della scala aOBSD, viene descritto come "Bambino Agitato" nonostante i valori assegnati al Gruppo Intervento risultino essere in media inferiori rispetto ai valori assegnati al Gruppo Controllo.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Limiti dello studio

Lo studio è stato realizzato solo in due U.O. e unicamente presso il Presidio Ospedaliero di San Donà di Piave, permettendo l'analisi di un campione esiguo di 50 bambini.

Non avendo confrontato i risultati ottenuti con quelli di altre Unità Operative, come il Pronto Soccorso, e non avendo esteso l'indagine ai presidi Ospedalieri di Portogruaro e Jesolo, si può affermare che i risultati ottenuti non siano generalizzabili né all'intera azienda sanitaria ULSS 10 né ad altre realtà sanitarie.

Perché questa analisi sia generalizzabile sarebbe opportuno eseguire lo stesso studio in un arco di tempo più lungo che consenta il reclutamento di un campione maggiore di bambini e genitori afferenti a sedi diverse e distaccate sul territorio.

Gli strumenti utilizzati per lo studio sono stati ispirati ad una ricerca sperimentale eseguita nel 2006 presso l'Università della Georgia e sono stati tradotti, dall'inglese all'italiano, dalla scrivente. L'ansia del bambino è stata rilevata tramite quanto riferito dal genitore, senza quindi la rilevazione diretta da parte dell'operatore. Inoltre il genitore che provava ansia a sua volta potrebbe aver dichiarato un'ansia maggiore perché influenzato dal proprio vissuto e questo potrebbe aver costituito un limite per lo studio. Potrebbe essere interessante approfondire il presente studio analizzando altre variabili anagrafico-sociali e indagando altri fattori come: il numero dei prelievi eseguiti in precedenza ed il comportamento del genitore nei confronti della strategia di coping del figlio.

I bambini presi in esame nello studio hanno un'età molto ampia e quindi risposte e vissuti diversi rispetto alla procedura.

Si può sostenere quindi che i limiti citati possano in qualche modo aver influenzato i risultati ottenuti.

6.2 Implicazioni per la pratica

Sarebbe auspicabile che, in futuro, fosse data maggiore attenzione ai bambini che devono sottoporsi alla procedura e ai loro genitori, così da eseguirne una maggior preparazione informativa. Potrebbe essere integrata l'informativa in merito alla procedura del prelievo ematico direttamente dal Pediatra di Libera Scelta che prescrive gli esami ematochimici, tramite la consegna di un opuscolo descrittivo con immagini da colorare in modo da

rendere il bambino maggiormente partecipe del processo e rendere i genitori edotti rispetto all'esistenza della crema anestetica e delle tecniche distrattive attuabili.

Sarebbe utile inoltre che vi fosse un punto di riferimento per i genitori all'interno dell'U.O.C. di Laboratorio Analisi. Posto infatti che molti genitori rifiutavano l'applicazione della crema anestetica a causa del tempo di attesa che questa avrebbe comportato, le tempistiche potrebbero essere ridotte se i genitori afferenti avessero un accesso prioritario che permetta l'applicazione della crema durante il tempo di attesa.

In particolari condizioni legate alla situazione clinica o allo stress del bambino, la procedura può divenire complessa, con richiesta di tempi lunghi di esecuzione ed elevata probabilità di fallimento. E' possibile che a seguito di una maggiore informazione il bambino ed il genitore siano più preparati a collaborare durante la manovra, riducendo la difficoltà e la durata della stessa.

6.3 Conclusioni

Considerando l'alta frequenza con cui i bambini si sottopongono al prelievo venoso e considerando l'ansia e la paura che derivano da questa procedura, che coinvolgono non solo il bambino, ma anche il genitore, si è ritenuto opportuno indagare come fosse possibile ridurre questa problematica.

Per quanto il dolore al giorno d'oggi sia stato profondamente indagato, rimane un concetto culturale per cui talvolta la sua riduzione o gestione non vengono considerate come priorità. L'ansia e la preoccupazione che anticipano una procedura, che può risultare banale agli occhi dell'adulto, può essere motivo stressante per la popolazione pediatrica.

Così come l'adulto teme una procedura che non conosce, ma del quale capisce l'esigenza, in quanto diretto interessato dei propri bisogni di salute, così il bambino teme l'ambiente ospedaliero, in quanto estraneo, gli operatori e l'indagine a cui deve essere sottoposto.

Risulta quindi fondamentale, in questo contesto, la professionalità dell'infermiere nel capire i bisogni dell'assistito e, come cita l'articolo 20 del Codice Deontologico, *“L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte”*.

La letteratura ci insegna che il bambino prova dolore alla pari, se non in maggior modo, rispetto all'adulto e crescendo sviluppa una memoria del dolore che potrebbe inficiare

negativamente causandone l'allontanamento dalle cure (American Society for Pain Management Nursing, 2010).

Sono state a lungo analizzate in letteratura le modalità distrattive, il setting e gli anestetici locali utilizzati nella gestione del dolore e dell'ansia causate dal prelievo.

Poca rilevanza è stata data alla fase preventiva dell'informazione che risulta essere, per l'infermiere, la base di partenza per l'esercizio professionale, che non si riduce alla mera esecuzione di una procedura bensì al coinvolgimento dell'utente al proprio benessere.

Da questo studio è emerso che i due campioni analizzati, quindi genitore e bambini del gruppo controllo, e genitori e bambini del gruppo intervento, hanno riportato differenti valori di ansia e anche se minimi, di dolore.

Il gruppo intervento, che è stato preparato tramite processo informativo, quindi accurata spiegazione della procedura, ha riportato valori inferiori di ansia, sia nel campione pediatrico che nel campione adulto.

Si può osservare però che l'ansia è stata ridotta maggiormente nel campione pediatrico rispetto al campione adulto.

L'infermiere assume un ruolo privilegiato in quanto figura che si dedica all'accudimento quotidiano dei piccoli pazienti ricoverati, che vi trascorre maggior tempo, che li coinvolge nelle attività di nursing quotidiano instaurando così un rapporto. L'infermiere infatti funge da intermediario tra il paziente e la figura del medico. Talvolta il paziente prova timore per la figura medica e quindi gli risulta più semplice esternare le proprie paure e stati d'animo, o più semplicemente i propri dubbi, con l'infermiere.

Il processo informativo, ovvero la preparazione ad un evento stressante, può essere per l'infermiere un valido contributo al miglioramento dell'outcome del piccolo assistito. Rendere genitori e bambini attivamente partecipi nella gestione della propria salute può essere considerato un investimento per il futuro ed un grande risultato per la professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

1. Alhani, F. (2010). The Effect of Programmed Distraction on the Pain Caused by Venipuncture among Adolescents on Hemodialysis. *American Society for Pain Management Nursing, 11* (2), 85-91.
2. Allegri, M. (2014). Fighting pain - Combattere il Dolore. *About Publishing, 1* (1), 13-34.
3. American Academy of Pediatrics (2001). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents. *Pediatrics, 108*, 793-797.
4. Anand, K.J., Phil, D., & Mickey, P.R. (1987). Pain and its effects in the neonate and fetus. *English Journal of Medicine, 317*, 1321-1329.
5. Bearden, D. J., Feinstein, A., & Cohen, L.L. (2012). The Influence of Parent Preprocedural Anxiety on Child Procedural Pain: Mediation by Child Procedural Anxiety. *Journal Pediatric Psychology, 37* (6), 680-6.
6. Bernard, R.S., Cohen, L.L., McClellan, C.B., & MacLaren, J.E. (2004). Pediatric procedural approach-avoidance coping and distress: A multitrait-multimethod analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 29* (2), 131-141.
7. Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1998). The impact of previous experience on children's reactions to venipunctures. *Journal Health Psychology, 3*, 39-46.
8. Broome, M. E., & Hellier, A. P. (1987). School-age children's fears of medical experiences. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 10*, 77-86.

9. Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 23 (3), 133-44.
10. Cohen, L.L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122, 134-9.
11. Conti, L. (1999). *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. Firenze: S.E.E. Società Editrice Europea di Nicodemo Maggiulli & C.
12. Czarnecki, M., Turner, H., Collins, P., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendation. *Pain Management Nursing*, 12, 95-111.
13. De Seta, L., Parizzi, F., Patrucco, G., Peratoner, L., Pocecco, M., & Rossetti, C. (2008). Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale. Indagine conoscitiva a cura del Gruppo Ospedaliero ACP. *Quaderni ACP*, 15 (1), 8-14.
14. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. (2009). *Codice Deontologico dell'Infermiere*.
15. Fitzgerald, M., & Howard, R.F. (2003). *The neurobiologic basis of pediatric pain*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
16. Fradet, C., & Mc Grath, P.J. (1990). A prospective survey of reaction to blood tests by children and adolescents. *Pain*, 40, 53-6.
17. Franck, L.S., Greenberg, C.S., & Stevens, B. (2000). Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, 47, 487-512.
18. Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20, 429-451.

19. Hart, D., & Bossert, E. (1994). Self-reported fears of hospitalized school-age children. *Journal of Pediatric Nursing*, 9, 83-90.
20. Hasanpour, M., Tootoonchi, M., Aein, F., & Yadegarfar, G. (2006). The effects of two non-pharmacologic pain management methods for intramuscular injection pain in children. *Acute Pain*, 8, 7-12.
21. Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
22. Humphrey, G.B., Boon C.M.J., Chiquit van Linden van de Heuvell G.F.E., & van de Wiel H.B.M. (1992). The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents undergoing routine venipunctures. *Pediatrics*, 90, 87-91.
23. I.A.S.P. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 240-52.
24. Jaaniste, T., Hayes, B., & Von Bayer, C.L. (2007). Providing children with information about forthcoming medical procedure: a review and synthesis. *Clinical psychology science and practice*, 14 (2), 124-143.
25. Kirby, C. & Slevin, O. (1992). *A new curriculum for care*. Edinburgh: Champion Press.
26. Knowles, M., Holton III, E.F., & Swanson, R.A. (2008). *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli.
27. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

28. Lim, C.M.S. (2006). *Comparison of High and Low Distraction for Pediatric Procedural Pain*. Psychology Theses, Georgia State University.
29. Lippman, N., Nelson, R.J., Emmanouilides, G.C. et al. (1976). Ligation of patient ductus arteriosus in premature infants. *British Journal of Anaesthesia*, 48, 365-369.
30. Litt, M.D. (1996). A model of pain and anxiety associated with acute stressors: Distress in dental procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 459-476.
31. Mahoney, L., Ayers, S., & Seddon, P. (2010). The Association Between Parent's and Healthcare Professional's Behavior and Children's Coping and Distress During Venipuncture. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (9), 985-995.
32. Manne, S.L., Bakeman, R., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., & Redd, W.H. (1994). An analysis of a behavioral intervention for children undergoing venipuncture. *Health Psychology*, 13(6), 556-566.
33. Melzack R., & Wall P.D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
34. Mills, M.E., & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal Clinical Nursing*, 8, 631-642.
35. Ministero della Salute (2010). *Il Dolore nel Bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia*.
36. Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.

37. Panizon, F., & Barbi, E. (2010). Il dolore: le vie, i segni, i tempi, le cure. Alcune specificità del dolore in pediatria. Riassunto e revisione delle conoscenze e della pratica. *Medico e Bambino*, 29, 289-301.
38. Rennick, J.E., Johnston, C.C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J.A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23 (3),133-44.
39. Rhudy, J.L., & Meagher, M.W. (2003). Negative affect: Effects on an evaluative measure of human pain. *Pain*, 104, 617-626.
40. Rogers, T. L., & Ostrow, C. L. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 19 (1), 33-39.
41. Schlenz, A.M., Schatz, J., McClellan, C.B., Sweitzer, S.M., & Roberts, C.W. (2013). Information Seeking Coping Behaviors during Painful Procedures in African-American Children with Sickle Cell Disease. *Pain Management Nursing*, 14(3), e54-e58.
42. Swafford, L., & Allen, D. (1968). Pain Relief in the pediatric patient. *Medical Clinical North America*, 52, 131-136.
43. Thurgate, C., & Heppel, S. (2005). Needle phobia: changing venipuncture practice in ambulatory care. *Paediatric Nurse*, 17, 15-8.
44. Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., & Kisely, S. (2008). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. *Journal Pediatric Psychology*, 33 (8), 842-854.
45. Von Baeyer, C.L. (2009). Children's self-report of pain intensity: What we know, where we are headed. *Pain Research and Management*, 14 (1), 39-45.

46. Von Baeyer, C.L., Marche, T.A., Rocha, E.M., & Salmon K. (2004). Children's memory for pain: overview and implications for practice. *Journal of Pain, 5*, 241-9.

47. Windich-Biermeier, A., Sjoberg, I., Dale, J.C., Eshelman, D., & Guzzetta, C.E. (2007). Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24*, 8-19.

SITOGRAFIA

1. Legge 38 del 2010 reperita al sito web:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=curePalliativeTerapiaDolore&menulegge.
2. Carta Europea dei Diritti dei bambini in ospedale: Carta di EACH reperita al sito web: <http://www.diritto.it/articoli/europa/remotti.html>.

ALLEGATI

Allegato N.1 - Tabella per raccolta dati

Allegato N.2 - aOBSD (amended Observation Scale of Behavioural Distress)

Allegato N.3 - FPS-R (Faces Pain Scale-Revised)

Allegato N.4 - CAARS (Child Approach Avoidance Rating Scale Revised)

Allegato N.5 - Parent Pre-Procedure VAS

Allegato N.6 - Parent Post-Procedure VAS

Allegato N.7 - Health Care Provider Pre-Procedure VAS

Allegato N.8 - Health Care Provider Post-Procedure VAS

Allegato N.9 - Consenso Informato

Allegato N.10 - Tabella anagrafica

Allegato N.11 - Tabella risultati

ALLEGATO N.2
aOSBD (AMENDED OBSERVATION SCALE OF BEHAVIOURAL DISTRESS)

**VALUTAZIONE OSSERVAZIONALE DELLO STRESS PROCEURALE
PEDIATRICO**

	Per niente	Poco	Abbastanza	Per tutto il tempo
Piange (Ha le lacrime agli occhi o gli scendono sul viso)	0	1	2	3
Grida (Non grida, ma ha il tono della voce piuttosto alto)	0	1	2	3
Contenimento fisico (deve essere mantenuto fermo per mancanza di collaborazione)	0	1	2	3
Resistenza verbale (non segue le istruzioni)	0	1	2	3
Chiede supporto emotivo (cerca rassicurazioni verbali e non verbali)	0	1	2	3
Rigidità muscolare (stringe i pugni, ha le nocche bianche, ha gli occhi chiusi/strizzati, il corpo rigido, stringe i denti)	0	1	2	3
Paura verbale (dice "ho paura", "sono spaventato")	0	1	2	3
Dolore verbale (esprime dolore verbalmente)	0	1	2	3
Si dimena (movimenti casuali degli arti con il proposito di avere "contatti aggressivi")	0	1	2	3
Comportamento nervoso (Si regge fisicamente ad un'infermiera o ad un genitore)	0	1	2	3
Ricerca di informazioni (Fa domande su cosa sta succedendo, sulla procedura)	0	1	2	3

Amended Observation Scale of Behavioural Distress (aOSBD).

PUNTEGGIO:

< 5 = Bambino Tranquillo

5 – 20 = Bambino Agitato

> 20 = Bambino Molto Agitato

**ALLEGATO N.3
FPS-R (FACES PAIN SCALE-REVISED)**

Show the child the laminated Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)

Say:

These faces show how much something can hurt. This face (point to the left most face) **shows no pain. The faces show more and more pain** (point to each from left to right) **up to this one** (point to right most face) **it shows very much pain.**

For Pre-Procedure Say:

1. Point to the face that shows how much you hurt right now

Child's response: Face # _____

2. Point to the face that shows how much the needle will hurt you

Child's Response: Face # _____

Show the child the laminated FACES Pain Scale-Revised (FPS-R)

For Post-Procedure Say:

1. Point to the face that shows how much the needle hurt you

Child's response: Face # _____

2. Point to the face that shows how much you hurt right now

Child's response: Face # _____

Note: Score the chosen face 1, 2, 3, 4, 5, or 6 counting from left to right.

Do not use words like “happy” and “sad”. This scale is intended to measure how children feel inside, not how their face looks

ALLEGATO N.3
FPS-R (FACES PAIN SCALE-REVISED)

Mostra al bambino la scala del dolore con le facce:

Di:

Queste facce mostrano quanto qualcosa ti può far male. Questa faccia (indica la faccia all'estrema sinistra) **indica nessun dolore. Le facce indicano sempre più dolore** (indica una per una le facce da sinistra a destra) **fino a questa** (indica la faccia più a destra) **che indica moltissimo dolore.**

Per il Pre-Procedura di:

3. Indica la faccia che esprime quanto male hai adesso

Risposta del bambino: Faccia # _____

4. Indica la faccia che indica quanto male ti farà l'ago

Risposta del bambino: Faccia # _____

Mostra al bambino la scala del dolore con le facce:

Per il Post-Procedura di:

3. Indica la faccia che mostra quanto ti ha fatto male l'ago

Risposta del bambino: Faccia # _____

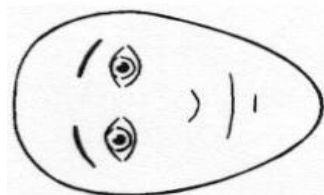
4. Indica la faccia che mostra quanto male hai adesso

Risposta del bambino: Faccia # _____

Note: Dai un punto alla faccia scelta 1, 2, 3, 4, 5, o 6 contando da sinistra a destra.

Non usare parole come "felice" o "triste". Questa scala vuole misurare come i bambini si sentono, non come appaiono le loro facce.

Faces Pain Scale - Revised



ALLEGATO N.4
CAARS (CHILD APPROACH AVOIDANCE RATING SCALE REVISED)

Show the child the laminated Pre-Procedure CAARS-R.

For Pre-Procedure Say:

Child #1 likes to look at the needle (point to child #1). **Child #2 likes to look away from the needle** (point to child #2). **Which child will you be more like today?**

Circle Child's response: *Child #1* *Child #2*

Child #3 likes to talk about and ask questions about the needle (point to child #3). **Child #4 does not like to talk about or ask questions about the needle** (point to child #4). **Which child will you be more like today?**

Circle Child's response: *Child #3* *Child #4*

Show the child the laminated Post-Procedure CAARS-R.

For Post-Procedure Say:

Child #1 likes to look at the needle (point to child #1). **Child #2 likes to look away from the needle** (point to child #2). **Which child were you more like today?**

Circle Child's response: *Child #1* *Child #2*

Child #3 likes to talk about and ask questions about the needle (point to child #3). **Child #4 does not like to talk about or ask questions about the needle** (point to child #4). **Which child were you more like today?**

Circle Child's response: *Child #3* *Child #4*

Pre-Procedure CAARS-R

Child #1 likes to look at the needle.

Child #2 likes to look away from the needle.



*Which child will you be more like today?
Child #1 or Child #2*

*Child #3 likes to talk about and
ask questions about the needle.*

*Child #4 does not like to talk
about or ask questions about the
needle.*



*Which child will you be more like today?
Child #3 or Child #4*

Post-Procedure CAARS-R

Child #1 likes to look at the needle.

Child #2 likes to look away from the needle.



*Which child were you more like today?
Child #1 or Child #2*

Child #3 likes to talk about and ask questions about the needle.

Child #4 does not like to talk about or ask questions about the needle.



*Which child were you more like today?
Child #3 or Child #4*

ALLEGATO N.4
CAARS (CHILD APPROACH AVOIDANCE RATING SCALE REVISED)

Mostra al bambino la scala CAARS-R Pre-Procedura

Per il pre procedura dire:

Bambino #1 vuole guardare l'ago (indica il bambino #1). Bambino #2 vuole guardare da un'altra parte (indica il bambino#2). Quale bambino sarai tu oggi?

Cerchia la risposta del bambino: Bambino #1 Bambino #2

***Bambino #3 vuole parlare e fare domande rispetto all'ago(indica il bambino #3).
Bambino#4 non vuole parlare e fare domande rispetto all'ago (indica il bambino #4).
Quale bambino sarai tu oggi?***

Cerchia la risposta del bambino: Bambino #1 Bambino #2

Mostra al bambino la scala CAARS-R Post-Procedura

Per il post procedura di:

Bambino #1 vuole guardare l'ago (indica il bambino #1). Bambino #2 vuole guardare da un'altra parte (indica il bambino#2). Quale bambino sei stato tu oggi?

Cerchia la risposta del bambino: Bambino #1 Bambino #2

***Bambino #3 vuole parlare e fare domande rispetto all'ago(indica il bambino #3).
Bambino#4 non vuole parlare e fare domande rispetto all'ago (indica il bambino #4).
Quale bambino sei stato tu oggi?***

Cerchia la risposta del bambino: Bambino #3 Bambino #4

CAARS-R Pre-Procedura

Bambino #1 vuole guardare l'ago.

Bambino #2 guarda da un'altra parte.



*Quale bambino sarai tu oggi?
Bambino#1 o Bambino #2*

*Bambino #3 vuole parlare e fare
domande rispetto all'ago.*

*Bambino #4 non vuole parlare e
fare domande rispetto all'ago.*



*Quale bambino sarai tu oggi?
Bambino #3 o Bambino #4*

CAARS-R Post-Procedura

Bambino #1 vuole guardare l'ago.

Bambino #2 guarda da un'altra parte.



*Quale bambino sei stato oggi?
Bambino #1 o Bambino #2*

*Bambino #3 vuole parlare e fare
domande rispetto all'ago.*

*Bambino #4 non vuole parlare e
fare domande rispetto all'ago.*



*Quale bambino sei stato oggi?
Bambino #3 o Bambino #4*

**ALLEGATO N.5
PARENT PRE-PROCEDURE VAS**

Please answer the following questions using the lines below. Please put a mark on the line so that it intersects. If you have any questions, feel free to ask.

1. How anxious were you during **your child's** past venipunctures?

Not Anxious _____ Very Anxious

2. How anxious are **you** now?

Not Anxious _____ Very Anxious

3. How anxious will **your child** be during the venipuncture?

Not Anxious _____ Very Anxious

4. How much will the venipuncture hurt **your child**?

No Pain _____ Severe Pain

5. Compared to same-age children, does your child prefer to watch medical procedures or look away?

Watch _____ Look away

6. Compared to same-age children, does your child prefer to ask questions or not ask questions about medical procedures?

Ask question _____ Not ask question

ALLEGATO N.5
VAS GENITORE PRE-PROCEDURA

Mettere un punto/tratto verticale che si intersechi sulla linea orizzontale, per dare un punteggio, in relazione alla domanda posta.

1. Quanto ansioso era Lei, durante il precedente prelievo venoso di suo figlio?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

2. Quanto ansioso è lei ora?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

3. Quanto ansioso sarà suo figlio durante il prelievo venoso?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

4. Quanto dolore proverà suo figlio durante il prelievo venoso?

Nessun Dolore _____ Molto Dolore

5. Comparato ad altri bambini della stessa età, suo figlio preferisce guardare le procedure mediche o distogliere lo sguardo?

Guarda _____ Non Guarda

6. Comparato ad altri bambini della stessa età, suo figlio preferisce fare domande sulle procedure mediche o non farle?

Fa Domande _____ Non Fa Domande

**ALLEGATO N.6
PARENT POST-PROCEDURE VAS**

Please answer the following questions using intersecting lines in the same way you did on the last form. If you have any questions, feel free to ask.

1. How anxious were you during **your child's** venipunctures?

Not Anxious _____ Very Anxious

2. How anxious was **your child** during the venipuncture?

Not Anxious _____ Very Anxious

3. How much pain did **your child** experience during the venipuncture?

No Pain _____ Severe Pain

4. Did your child prefer to watch or look away from the venipuncture?

Watch _____ Look away

5. Did your child prefer to ask questions or not ask questions about the venipuncture?

Ask questions _____ Not ask

6. How much did your behavior help your child during the venipuncture?

Not at All _____ Very much

ALLEGATO N.6
VAS GENITORE POST-PROCEDURA

Mettere un punto/tratto verticale che si intersechi sulla linea orizzontale, per dare un punteggio, in relazione alla domanda posta.

1. Quanto ansioso era durante il prelievo venoso di suo figlio?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

2. Quanto ansioso era suo figlio durante il prelievo venoso?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

3. Quanto dolore ha provato suo figlio durante il prelievo venoso?

Nessun Dolore _____ Molto Dolore

4. Suo figlio ha preferito guardare la procedura del prelievo o distogliere lo sguardo?

Guardare _____ Non Guardare

5. Suo figlio ha preferito fare domande sulla procedura del prelievo o non farle?

Fa Domande _____ Non Fa Domande

6. Il suo comportamento quanto ha aiutato suo figlio durante la procedura del prelievo?

Per Niente _____ Moltissimo

ALLEGATO N.7
HEALTH CARE PROVIDER PRE-PROCEDURE VAS

Please answer the following questions using the lines below. Remember to write a mark so that it intersects the line. If you have any questions, feel free to ask.

1. How anxious is this **parent**?

Not Anxious

Very Anxious

2. How anxious is this **child**?

Not Anxious

Very Anxious

3. How anxious are **you now**?

Not Anxious

Very Anxious

4. Compared to same-age children, do you think this child will prefer to watch or look away from the venipuncture?

Watch

Look away

5. Compared to same-age children, do you think this child will prefer to ask questions or not ask questions about the venipuncture?

Ask questions

Not ask

ALLEGATO N.7
VAS OPERATORE SANITARIO PRE-PROCEDURA

Mettere un punto/tratto verticale che si intersechi sulla linea orizzontale, per dare un punteggio, in relazione alla domanda posta.

1. Quanto ansioso è questo genitore?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

2. Quanto ansioso è questo bambino?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

3. Quanto ansioso sei tu ora?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

4. Comparato ad altri bambini della stessa età, pensi che questo bambino preferirà guardare la procedura del prelievo o distogliere lo sguardo?

Guarda _____ Non Guarda

5. Comparato ad altri bambini della stessa età, pensi che questo bambino preferirà fare domande sulla procedura del prelievo o non fare domande?

Fa Domande _____ Non Fa Domande

**ALLEGATO N.8
HEALTH CARE PROVIDER POST-PROCEDURE VAS**

Please answer the following questions using the lines below. Remember to write a mark so that it intersects the line. If you have any questions, feel free to ask.

1. How anxious was this **parent during** this child's venipuncture?

Not Anxious _____ Very Anxious

2. How anxious was this **child during** the venipuncture?

Not Anxious _____ Very Anxious

3. How anxious were **you during** the venipuncture?

Not Anxious _____ Very Anxious

4. How much pain did this **child** experience during the venipuncture?

No Pain _____ Severe Pain

5. Did this child prefer to watch or look away from the venipuncture?

Watch _____ Look away

6. Did this child prefer to ask questions or not ask questions about the venipuncture?

Ask questions _____ Not ask

ALLEGATO N.8
VAS OPERATORE SANITARIO POST PROCEDURA

Mettere un punto/tratto verticale che si intersechi sulla linea orizzontale, per dare un punteggio, in relazione alla domanda posta.

1. Quanto ansioso era questo genitore durante il prelievo venoso del figlio?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

2. Quanto ansioso era questo bambino durante il prelievo venoso?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

3. Quanto ansioso eri tu durante questo prelievo venoso?

Non Ansioso _____ Molto Ansioso

4. Quanto dolore ha provato questo bambino durante il prelievo venoso?

Nessun Dolore _____ Molto Dolore

5. Questo bambino ha preferito guardare la procedura del prelievo o distogliere lo sguardo?

Guardare _____ Non Guardare

6. Questo bambino ha preferito fare domande sulla procedura del prelievo o non farle?

Fa Domande _____ Non Fa Domande

ALLEGATO N.9 CONSENSO INFORMATO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

*Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro*

Consenso Informato

L'Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato il sottoscritto, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con le Unità Operative di Laboratorio Analisi e Pediatria a condurre lo studio, utilizzando tre schede di valutazione che vengono somministrate a genitore, bambino ed infermiere prima e dopo la procedura del prelievo venoso.

Questo tipo di studio, vuole valutare se attraverso un processo informativo, ovvero spiegando a genitore e bambino come avviene l'intera procedura, è possibile ridurre la preoccupazione ed il dolore. Questo studio si affianca all'iniziativa dell'Azienda ULSS 10 che prevede, oltre alle tecniche distrattive sempre utilizzate da medici ed infermieri per ridurre la paura del prelievo, anche la somministrazione di una crema anestetica EMLA per ridurre/eliminare il dolore della puntura.

La partecipazione al nostro studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga/ascolti con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, verrà chiesto a Lei e suo figlio di dare un valore alla preoccupazione/ansia che precedono e seguono la procedura del prelievo; e a suo figlio, in base all'età, verrà osservato o chiesto di quantificare il dolore.

Non verranno richiesti dati anagrafici, quindi questo tipo di ricerca semi-sperimentale sarà del tutto anonima, né Lei né Suo figlio sarete in alcun modo identificabili, ed i dati raccolti verranno utilizzati a scopo statistico e migliorativo dell'assistenza infermieristica.

Tutte le informazioni raccolte verranno utilizzate ai sensi della normativa vigente e nel rispetto della privacy e saranno utilizzate a scopo di studio semi-sperimentale.

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, _____

Firma del genitore

Firma della studente

La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Kerstulovich Lara.

ALLEGATO N.10
TABELLA ANAGRAFICA

Variabile raccolta	Campione processo informativo (n. 25)		Campione senza processo informativo (n. 25)		Totale complessivo (n. 50)	
	Numero assoluto	Percentuale (%)	Numero assoluto	Percentuale (%)	Numero assoluto	Percentuale (%)
Età						
3 - 4 anni	2	8%	6	24%	8	16%
5 -6 anni	6	24%	8	32%	14	28%
7 -8 anni	6	24%	6	24%	12	24%
9 – 10 anni	4	16%	4	16%	8	16%
11 – 12 anni	7	28%	1	4%	8	16%
Genere						
Maschio	12	48%	13	52%	25	50%
Femmina	13	52%	12	48%	25	50%

**ALLEGATO N.11
TABELLA RISULTATI**

ANSIA E DOLORE PRE PROCEDURA			
DOLORE PEDIATRICO			
	GRUPPO CONTROLLO	GRUPPO INTERVENTO	CAMPIONE TOTALE
Autovalutazione	4,04	3,8	3,92
ANSIA PEDIATRICA			
Valutazione del genitore	5,36	5,32	5,34
ANSIA GENITORI			
Autovalutazione	4	3,44	3,72

ANSIA E DOLORE POST PROCEDURA			
DOLORE PEDIATRICO			
	GRUPPO CONTROLLO	GRUPPO INTERVENTO	CAMPIONE TOTALE
Autovalutazione	2,44	2,28	2,36
ANSIA PEDIATRICA			
Valutazione del genitore	6,8	5,12	5,96
ANSIA GENITORI			
Autovalutazione	4,28	3,52	3,9

COPING DEL BAMBINO			
DOLORE PEDIATRICO			
	APPROCCIO (n. 11; 22%)	MISTO (n. 22; 44%)	EVITAMENTO (n. 17; 34%)
Autovalutazione	2,27	2,40	2,35
ANSIA PEDIATRICA			
Valutazione del genitore	6	5,77	6,17