

***Clown terapia, Play terapia e disegno:
la loro funzione nella riduzione dell'ansia
preoperatoria del bambino***

LAVORO DI TESI – BACHELOR THESIS

Corso di laurea in cure infermieristiche

Autrice: Mijatovic Suzana

Direttrice di tesi: Branca Silvana

Anno accademico: 2015-2016

Luogo e data di consegna: Manno, 2 agosto 2016

Scuola Universitaria Professionale Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

*Clown terapia, Play terapia e disegno: la loro funzione
nella riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino*

LAVORO DI TESI - BACHELOR THESIS

Corso di laurea in cure infermieristiche

Autrice: Mijatovic Suzana

Direttrice di tesi: Branca Silvana

Anno accademico: 2015-2016

Luogo e data di consegna: Manno, 2 agosto 2016

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del lavoro di Tesi"

“Per noi guarire non è solo prescrivere medicine e terapie, ma lavorare insieme condividendo tutto in uno spirito di gioia e cooperazione”
Hunter Doherty "Patch" Adams.



(«pediatría Archivos», s.d.)

ABSTRACT

Background

Quando un bambino è ansioso, nasce una vasta sintomatologia, che lo porta a stare male e ad avere una scarsa collaborazione con noi curanti. Tutto ciò, deriva soprattutto dalla fase preoperatoria di un intervento. Per riuscire a far fronte allo stato ansioso del bambino, esistono diverse strategie alternative da poter mettere in atto, come la clown terapia, il disegno e il gioco. Questi strumenti sono i più comuni all'interno di un reparto pediatrico, ma spesso non si conoscono i reali benefici che potrebbero portare sia a noi curanti, ma soprattutto ai bambini.

Scopo

Identificare i reali benefici che la Clown Therapy, la Play Therapy e il disegno possono fornire nella riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino ricoverato per un intervento.

Metodo

La domanda di ricerca del lavoro di tesi è *“La Clown therapy, il disegno e il gioco possono fornire un reale aiuto nella riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino?”*. Il metodo che verrà utilizzato per rispondervi sarà una revisione della letteratura. Verranno utilizzate diverse fonti come libri, articoli scientifici ritrovati sulle diverse banche dati e inoltre siti ufficiali di associazioni.

Risultati

In totale sono stati esaminati 6 articoli, due per ogni argomento. Essi hanno dimostrato che la clown terapia ha avuto effetti positivi sullo stato ansioso del bambino, ma il personale curante era contrario all'inserimento di questa strategia all'interno della routine operatoria, poiché affermavano allungasse i tempi. Il disegno invece, è stato riconosciuto come uno strumento per valutare lo stato ansioso, piuttosto che per ridurlo. Infine, il gioco, ha avuto degli esiti molto positivi, confermando una reale efficacia senza particolari effetti collaterali.

Conclusioni

Dalle evidenze esaminate si può dedurre che il gioco è la strategia migliore, che mette d'accordo i bambini e i genitori, ma anche noi curanti. Sarebbe interessante sviluppare degli studi che confermino gli effetti positivi sui bambini, sui genitori e sugli infermieri, anche delle altre due terapie alternative, affinché ci siano evidenze scientifiche che li supportino. Per concludere, è molto importante ridurre l'ansia del bambino e noi infermieri abbiamo la possibilità di poterlo fare. Sia il gioco che il disegno sono strumenti utilizzabili anche da noi, mentre possiamo collaborare con i clown dottori, aiutandoli nel loro compito. Tutto ciò, possiamo affermare, è per il bene del bambino, dei genitori, ma anche per noi curanti.

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1. Introduzione al tema.....	1
1.2. Motivazioni.....	1
2. QUADRO TEORICO.....	2
2.1. Il bambino in ospedale.....	2
2.2. La comunicazione.....	3
2.2.1. La comunicazione in pediatria.....	4
2.3. L'ansia.....	4
2.3.1. L'ansia nel bambino in ospedale.....	5
2.3.2. Ruolo infermieristico nella riduzione dell'ansia.....	7
2.4. La fase preoperatoria.....	7
2.4.1. Ruolo infermieristico nella fase preoperatoria.....	7
2.5. La clown terapia.....	9
2.6. Il disegno.....	10
2.7. Il gioco.....	11
2.7.1. La play terapia.....	11
3. DOMANDA DI RICERCA E OBIETTIVI DEL LAVORO DI TESI.....	13
4. METODOLOGIA.....	14
4.1. Evidence-based practice.....	14
4.2. Revisione della letteratura.....	14
5. SELEZIONE DEGLI ARTICOLI.....	17
6. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI ARTICOLI.....	19
7. ANALISI DEI DATI.....	21
7.1. Clown terapia e riduzione dell'ansia preoperatoria.....	21
7.2. Disegno e riduzione dell'ansia preoperatoria.....	23
7.3. Play terapia e riduzione dell'ansia preoperatoria.....	25
8. DISCUSSIONE.....	27
8.1. Raccomandazioni per la pratica.....	29
8.2. Raccomandazioni per un'eventuale ricerca futura.....	30

9. CONCLUSIONE.....	31
10. VALUTAZIONE E LIMITAZIONI DELLA REVISIONE.....	32
11. CONCLUSIONI PERSONALI.....	33
12. RINGRAZIAMENTI.....	33
13. FONTI.....	34
13.1. Bibliografia.....	34
13.2. Articoli scientifici.....	35
13.3. Siti internet.....	37
13.4. Iconografia.....	37
14. ALLEGATI.....	38
14.1. Tabelle riassuntive degli articoli.....	38
14.2. The Yale Preoperative Anxiety Scale.....	44

1. INTRODUZIONE

1.1. Introduzione al tema

Il tema principale della mia tesi consisterà nel verificare l'importanza dell'esistenza della Clown terapia, del disegno e del gioco in un reparto di pediatria e, come, queste tre strategie, possano influire sulla riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino in ospedale.

Spesso e volentieri un intervento chirurgico può essere un'esperienza stressante per il bambino, in quanto crea uno stato d'ansia che influirà sul decorso delle cure (Badon & Cesaro, 2002). Da questa affermazione mi sono sorte spontaneamente delle domande; Possono, queste tre terapie alternative, dare esiti positivi? Possono aiutarci a svolgere i nostri compiti riducendo così l'ansia del bambino? Hanno realmente un'efficacia?

Grazie al mio lavoro di Bachelor, cercherò di dare risposta a queste domande.

1.2. Motivazioni

Le motivazioni principali che mi hanno portato a scegliere questo argomento per la tesi di Bachelor sono svariate.

Uno dei motivi per cui ho deciso di parlarne è sicuramente il fatto che, sin da quando ero piccola, mi piace aiutare e prendermi cura dei bambini. Proprio per questo ho deciso di svolgere il mio stage a scelta in pediatria e devo ammettere che è stato come entrare in un mondo nuovo, tutto da scoprire. Durante il periodo di pratica, ho cercato di individuare quali fossero gli strumenti più utilizzati per favorire il lavoro dell'infermiera nella gestione dei pazienti, soprattutto per quanto concerne la riduzione dell'ansia nella fase preoperatoria di un intervento. Da un'attenta osservazione, ho notato che la clown terapia, il gioco e il disegno, sono i metodi alternativi più impiegati.

Un'ulteriore motivazione che mi ha portato a scegliere questo argomento è che, all'età di undici anni, ho dovuto affrontare un'esperienza simile in prima persona.

Sin da quando ero neonata avevo una problematica al muscolo dell'occhio sinistro, che mi procurava diverse disabilità. Dunque i medici, di comune accordo con me e i miei genitori, decisero di mandarmi a Losanna per affrontare questo intervento all'occhio. Mi ricordo che sono stata trattata come un'adulta, ero in una camera comune, senza giochi, senza possibilità di tranquillizzarmi o di distrarmi. Era il primo intervento per me, in un luogo sconosciuto e senza saper parlare il francese. L'intervento non sarebbe durato molto, mi ricordo che prima dell'operazione hanno fermato i miei genitori alla porta dell'ascensore, senza dargli la possibilità di arrivare fino alla sala operatoria. Una volta arrivata in sala mi hanno solo detto di stare tranquilla e che mi stavano somministrando un farmaco per farmi addormentare. Quando mi sono svegliata ero in una sala, con una benda sull'occhio e con persone sconosciute. Ero in preda all'ansia e così mi ero messa a piangere. Avevo un'infermiera da parte a me che aveva cercato di tranquillizzarmi, ma tra la difficoltà linguistica e il problema di non conoscere nessuno, io avevo continuato finché non sono arrivati i miei genitori. Questa esperienza adesso mi fa riflettere e sicuramente mi fa pensare che tutto poteva andare molto diversamente.

Considerato il mio passato e il mio grande interesse per questo tema, ho deciso di analizzare molte fonti ed articoli scientifici, così da ricercare i reali benefici che questi tre metodi complementari possono fornire per aiutare il lavoro dell'infermiere, cercando di instaurare una compliance con il bambino.

2. QUADRO TEORICO

2.1. Il bambino in ospedale

Ho deciso di fare una breve introduzione come premessa, poiché il vissuto di un bambino in ospedale è molto diverso da quello di un adulto.

Per prima cosa, quando si parla di bambino in ospedale, è molto importante accogliere lui e la sua famiglia, non solo all'entrata in reparto ma soprattutto durante tutta la degenza, negli atti medico-tecnici, nel pre- postoperatorio, fino alla dimissione e non solo, anche al domicilio se la situazione lo richiede (Filippazzi, 2004).

Un bambino in ospedale ha diversi vissuti, la maggior parte delle volte però, vivono la degenza come una brutta esperienza (Filippazzi, 2004). Si sentono strappati via dalla loro "normalità" e messi in una situazione che non possono controllare. Se non gli vengono spiegate le procedure o semplicemente quello che gli sta succedendo, potrebbero sentirsi come un oggetto e non più come persona (Filippazzi, 2004). Proprio per questo bisogna ricordarsi che i bambini non sono dei piccoli adulti, devono essere presi in considerazione tutti i vari aspetti del loro essere e del loro vissuto, considerando anche i genitori (Filippazzi, 2004).

Detto ciò, è molto importante ascoltarlo, informarlo, farlo sentire al sicuro e garantire il legame stretto con i genitori. Tutto ciò si traduce nell'avviare un'ottima terapia efficace, dove il bambino si riesca ad adattare alla determinata situazione. Difatti, come avevo scritto in precedenza "*Bene accogliere è già curare*". Questo permetterà in buona parte di ridurre l'ansia nel bambino (Filippazzi, 2004).

Le più grandi paure del bambino sono gli oggetti che lo circondano come gli aghi, il misuratore della pressione, tutti i macchinari o gli oggetti "strani". Hanno inoltre paura delle punture e di vedere il sangue, ma soprattutto sono impauriti dal "camicie bianco", ovvero da noi (Filippazzi, 2004). Questo è un elemento che ci sfavorisce molto nella buona presa a carico di un bambino ed è, anche per questo, il motivo per cui si cercano sempre più metodi alternativi per far sì che si adatti alla nuova situazione (Filippazzi, 2004).

È necessario sottolineare che tutto dipende molto dalla fascia di età in cui si trovano. Ad esempio un adolescente avrà esigenze diverse da quella di un lattante, avrà bisogno dei suoi spazi, di vedere i propri coetanei e quindi di tenere aperta la relazione con il mondo esterno (Filippazzi, 2004).

Una cosa che comunque accomuna tutti è che una buona accoglienza del bambino passa di solito da una buona accoglienza dei genitori. Noi come infermieri, dobbiamo avere con loro una buona comunicazione, dobbiamo informarli su tutto ciò che succede, chi possono chiamare in caso di domande, fargli conoscere il reparto e chi ci lavora. Bisogna lasciarli accudire il proprio bambino anche se si è in ospedale, questo aiuterà sia noi nel nostro lavoro, ma soprattutto il bambino che accanto a sé avrà delle persone conosciute (Filippazzi, 2004).

Al secondo anno di università abbiamo affrontato un modulo dove ci hanno fatto conoscere la carta dei diritti del bambino, che spiega in diversi punti, quali sono i fondamentali diritti che il bambino ha durante la degenza in reparto.

Questa carta è suddivisa in 10 punti:

1. "*Il bambino deve essere ricoverato in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere prestata altrettanto bene a casa o in trattamento ambulatoriale.*

2. *Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto.*
3. *L'ospedale deve offrire facilitazioni a tutti i genitori, che devono essere aiutati e incoraggiati a restare. I genitori non devono incorrere in spese aggiuntive o subire perdita o riduzione di salario. Per partecipare attivamente all'assistenza del loro bambino i genitori devono essere informati sull'organizzazione del reparto e incoraggiati a parteciparvi attivamente.*
4. *Il bambino e i genitori hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età ed alla loro capacità di comprensione. Occorre fare quanto possibile per mitigare il loro stress fisico ed emotivo.*
5. *Il bambino e i suoi genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni bambino deve essere protetto da indagini e terapie mediche non necessarie.*
6. *Il bambino deve essere assistito insieme ad altri bambini con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti per adulti.*
7. *Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua giovane età e condizione, ed essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.*
8. *Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata e rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.*
9. *Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera.*
10. *Il bambino deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.” (Nucchi, 1995)*

Per riuscire ad avere una buona aderenza terapeutica e evitare eventi traumatici, questi dieci punti devono essere presi tutti in considerazione, affinché possiamo garantire al bambino protezione, partecipazione, sopravvivenza e sviluppo senza nessuna discriminazione (Moretto, 2003).

2.2. La comunicazione

Sin da piccoli, abbiamo imparato che la comunicazione è fondamentale e ci segue nella nostra vita quotidiana; oltre ad esserci nella nostra vita privata e personale, c'è anche e soprattutto nel lavoro che svolgiamo. Comunicare non è solamente parlare, comunicare è guardare, toccare, fare dei movimenti, comunicare è anche stare in silenzio (Castelli & Sbattella, 2008).

Inizierò citando una delle definizioni di comunicazione che ho trovato nel libro di *“Psicologia del ciclo di vita”*. La definizione che ho scelto è quella di Anolli del 2002, che dice che la comunicazione è *“uno scambio interattivo osservabile tra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza, in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significato e segnalazione seconda la cultura di riferimento”* (Castelli & Sbattella, 2008). Ho scelto questa definizione poiché ritengo sia la più completa e più affine a ciò che ho scritto precedentemente e, da questa, si evince che la comunicazione non avviene solo con il linguaggio verbale. In questo caso il linguaggio è una competenza che si acquisisce durante lo sviluppo del ciclo della vita, quindi da quando siamo piccoli (Castelli & Sbattella, 2008).

2.2.1. La comunicazione in pediatria

Per quanto riguarda la comunicazione con i bambini, più crescono e più si sviluppa la loro capacità di comunicare verbalmente, ovviamente bisogna ricordare che ogni bambino ha il suo tempo e c'è chi ci riesce prima e chi dopo (Castelli & Sbattella, 2008). Inoltre, da non dimenticare, è che in tutto il loro sviluppo lessicale, non manca mai la comunicazione non verbale (Castelli & Sbattella, 2008).

È necessario in ogni caso fare attenzione in quale fase dello sviluppo si trovano e adeguare il nostro comportamento e la nostra comunicazione in base a chi ci troviamo di fronte (Castelli & Sbattella, 2008). In tutto ciò non bisogna tralasciare l'aiuto molto importante che ci possono dare i genitori, che sono parte essenziale nella presa a carico in pediatria. Hanno un ruolo fondamentale in ogni età: chi potrebbe conoscere meglio il neonato, il bambino o il ragazzo che cureremo, se non i genitori. Se un neonato inizia a piangere, la madre sarà colei che riconosce se è un pianto da fame, da dolore o da arrabbiatura; un bambino di tre anni sarà molto più attaccato alla mamma o al papà e si fiderà più di loro che dell'infermiera con il "camicie bianco", quindi accetterà le cure forse solo grazie alla presenza dei genitori (Castelli & Sbattella, 2008).

Per quel che riguarda l'ambito ospedaliero, ben si sa che per il bambino un ricovero potrebbe essere un evento traumatico. Potrebbe essere visto come una punizione quindi scatenerrebbe delle emozioni che portano all'odio verso i genitori e automaticamente verso i curanti (Ricottini, 2002).

Proprio per questo è essenziale parlare con i bambini in modo che loro capiscano, ad esempio se bisogna spiegargli che andremo a fare un prelievo di sangue, forse il bambino non capirà e questo lo metterà sulla difensiva. Bisogna dunque spiegargli tutto in modo chiaro, senza dire bugie (Castelli & Sbattella, 2008). Più passano gli anni e più il bambino/ragazzo riuscirà a comunicare nel migliore dei modi ciò che sente o che prova (ad esempio ansia o stress, emozioni belle o brutte) e riuscirà ad intendere meglio ciò che noi vogliamo comunicargli (Castelli & Sbattella, 2008).

Sicuramente ogni bambino è abituato in modo differente, tutto dipende dal suo carattere, dall'influenza del mondo esterno e dall'educazione che i genitori gli hanno dato, quindi, ogni bambino è unico anche nel comunicare. C'è chi piange, chi grida e chi magari non parla per paura. Il compito di noi curanti è quello di cercare di capire quale via di comunicazione è meglio utilizzare, così da creare quel rapporto di fiducia che aiuterebbe tutto il nucleo familiare (Ricottini, 2002).

2.3. L'ansia

Nella vita ognuno di noi è un po' ansioso, chi molto di più e chi meno (Farnè, 2003). L'ansia è una funzione fisiologica della mente, può essere vista sia come un sentimento, ma anche come un campanello d'allarme (Barelli & Spagnoli, 2004). Difatti, nella normalità, l'ansia è uno stato di attivazione, di carica sia organica che psicologica, che ci permette di affrontare i problemi della vita quotidiana con la grinta necessaria per trovare la soluzione (Farnè, 2003). L'ansia in questo caso, viene quindi vista come un aspetto positivo, creativo e un motore del progresso. Altre volte invece, si parla di ansia nevrotica, ovvero quando c'è un'iperattivazione psicologica e organica, dove esiste una tensione apprensiva o irrequietezza che nasce quando si percepisce un pericolo. Quando si ha l'ansia nevrotica si può andare incontro anche ad attacchi di panico, detti ansia acuta (Farnè, 2003).

Se dovessimo interpretare l'ansia da un punto di vista psicodinamico potremmo dire che; quando vi è uno stimolo ambientale che si confronta con il vissuto della persona, si

determina un conflitto intrapsichico, che attiva di conseguenza i meccanismi di difesa. Questi meccanismi o strategie di coping possono essere di diversa natura: interpersonali (collera, paralisi o fuga, somatizzazione o azione costruttiva) o intrapsichici (repressione, sublimazione, proiezione, negazione,...) (Carpenito-Moyet, 2006). Qualora questi determinati meccanismi di difesa fossero efficaci l'ansia diminuirebbe, viceversa se risultassero poco produttivi, l'ansia verrebbe percepita. In diverse situazioni e in diverse persone, lo sforzo che viene messo in atto per attivare le difese è talmente grande da poter manifestare il sintomo psichiatrico (Barelli & Spagnolli, 2004).

Se invece dovessimo interpretare l'ansia da un punto di vista fisiologico, potremmo dire che, attraverso le nostre esperienze passate, noi attiviamo un meccanismo di risposta allo stimolo che ha prodotto in noi ansia (minaccia). Una volta esserci stato questo stimolo, vi è un'attivazione fisiologica. Tutto inizia da alcune parti del cervello, dal sistema endocrino e dal sistema nervoso. Il sistema nervoso autonomo (SNA) ha una rilevata importanza poiché esso regola autonomamente diverse funzioni organiche (contrazione dello stomaco, battiti cardiaci, ...) (Farnè, 2003). Esso si divide in due parti; il sistema nervoso simpatico (SNS) e il sistema nervoso parasimpatico (SNP). Entrambi i sistemi si collegano a diversi organi del nostro corpo, come ad esempio al cuore, agli occhi, allo stomaco, ... (Farnè, 2003). Il SNP si occupa dei momenti di rilassamento, dove c'è minor vigilanza, mentre il SNS si occupa dei momenti di fuga, di pericolo, di vigilanza e degli stati emotivi positivi e negativi (ad esempio l'ansia), liberando così nel circolo sanguigno, l'adrenalina. Questi due sistemi vengono influenzati dal sistema limbico (che si occupa anche delle emozioni), attraverso il quale si attiva anche il sistema endocrino (Farnè, 2003). In una situazione potenzialmente di attacco o di fuga si attiva il SNS e vengono liberate l'adrenalina, la noradrenalina e gli steroidi. Questa reazione si sviluppa principalmente per far fronte alle situazioni considerate di pericolo o ad esempio quando si ha uno stato ansioso (Barelli & Spagnolli, 2004).

Da come descrivono, l'ansia e la paura, come anche l'angoscia, sono termini molto simili tra loro, con differenze minime, mentre quando si parla di ansia e stress si può dire che sono due facce della stessa medaglia (Farnè, 2003). Hanno molti punti in comune, tant'è vero che da una parte c'è l'ansia buona e l'ansia cattiva e dall'altra lo stress buono e lo stress cattivo. Difatti questi due fenomeni possono essere efficaci e positivi entro certi limiti, quando però superano un dato livello le cose peggiorano (Farnè, 2003). Qui iniziano a farsi vedere le differenze, ma è comunque fondamentale il legame che esiste tra questi due fenomeni (Farnè, 2003).

L'ansia, per concludere, può essere un'energia motivazionale e, qualora dovesse mancare, la persona perderebbe interesse nel mettere in atto definiti comportamenti per far fronte alla situazione (Barelli & Spagnolli, 2004).

2.3.1. L'ansia nel bambino in ospedale

Per i bambini, come già scritto in precedenza, l'ospedalizzazione è una grande fonte di stress e di ansia; sono costretti a vivere in un luogo sconosciuto, dove avvengono situazioni nuove. Loro vedono l'ospedale come il loro pericolo (Badon & Cesaro, 2002). Anche i genitori vivono questa condizione come una novità e quindi con ansia e angoscia, di conseguenza lo trasmettono inevitabilmente perfino ai loro figli. L'intervento in questo caso, è una delle più grandi fonti d'ansia (Badon & Cesaro, 2002).

Il modo in cui possiamo riconoscere uno stato ansioso nel bambino avviene mediante l'analisi di diversi segni e sintomi a tre livelli; cognitivo, fisico ed emozionale. Ovviamente i sintomi possono variare molto, ciò a dipendenza di diversi fattori quali: il livello d'ansia,

il vissuto, il grado di sviluppo, il carattere e la partecipazione dei genitori (Badon & Cesaro, 2002).

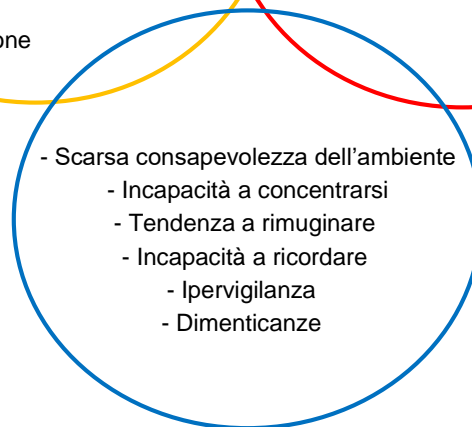
Ecco qui alcuni segni e sintomi:

A LIVELLO FISICO



A LIVELLO EMOZIONALE

- Agitazione e tensione
- Incapacità a rilassarsi
- Irritabilità e irrequietezza
- Perdita di controllo
- Eccessi di collera
- Chiusura in sé
- Pianto



A LIVELLO COGNITIVO

(Badon & Cesaro, 2002)

Per poter accertare lo stato ansioso del bambino l'infermiere può:

1. Accertare che ci sia la presenza di fonti di ansia percepite o reali;
2. Cercare di far esprimere al bambino i propri sentimenti e le proprie emozioni;
3. Valutare la sua espressione del viso (teso, triste, contrario, ...);
4. Valutare i suoi movimenti e la sua postura;
5. Nel caso di un adolescente/ragazzo: valutare il metodo di comunicazione correlato al contenuto (appropriato, sospettoso, incoerente, ...);
6. Osservare atteggiamenti di rabbia e aggressività che ci potrebbero essere nei confronti dei genitori;
7. Valutare la capacità del bambino/ragazzo di stabilire dei rapporti con il personale curante;
8. Osservare e rilevare eventuali variazioni del sonno e della cura di sé (quest'ultimo più spesso negli adolescenti). (Badon & Cesaro, 2002)

È molto importante riuscire a valutare tutti questi punti per poter avere un quadro generale sullo stato ansioso del bambino, affinché, noi infermieri, riusciamo a creare degli interventi adatti e specifici alla situazione (Badon & Cesaro, 2002).

2.3.2. Ruolo infermieristico nella riduzione dell'ansia

Una volta aver valutato e accertato lo stato ansioso del bambino, noi come infermieri possiamo iniziare a mettere in atto gli interventi identificati per ridurre e contenere l'ansia. Ovviamente tutto dipende molto anche dall'intervento a cui il bambino sarà sottoposto e dal tempo che si ha a disposizione prima di portarlo in sala operatoria, poiché il tempo è molto prezioso (Badon & Cesaro, 2002).

Sicuramente un primo punto sarà quello di stabilire con il bambino una relazione di fiducia che possa dargli sicurezza, poi garantirgli soprattutto la presenza dei genitori (Carpenito-Moyet, 2006). In un secondo tempo, potremmo parlare con il bambino e invitarlo a esprimere le sue emozioni e i suoi sentimenti. In seguito, trovare dei momenti privilegiati con il nostro paziente, con cui giocare, parlare e scherzare (Badon & Cesaro, 2002).

Successivamente, prima di ogni procedura che possa aumentare l'ansia, informare il bambino con un linguaggio adatto alla sua età, dandogli la possibilità, nel limite del possibile, di fargli toccare gli oggetti che saranno usati e magari farlo parlare con altri bambini che hanno vissute le stesse esperienze (ad esempio con il compagno di stanza) (Badon & Cesaro, 2002).

In un secondo tempo, è necessario garantire al bambino e ai suoi genitori un ambiente sereno, cercando di favorire, dove possibile, il ricovero in stanza con pazienti della stessa età (Carpenito-Moyet, 2006).

In tutto ciò cercare di coinvolgere nell'assistenza i genitori e cercare di contenere la loro ansia (affinché non la trasmettino ai propri figli), fornendogli tutte le informazioni necessarie per alleviare la loro tensione (Badon & Cesaro, 2002).

2.4. La fase preoperatoria

La fase preoperatoria è un insieme di attività, oltre che mediche, anche infermieristiche indirizzate alla preparazione di un intervento chirurgico per garantire al paziente lo status ottimale e per far fronte al distress operatorio (Badon & Zampieron, 2010).

2.4.1. Ruolo infermieristico nella fase preoperatoria

Noi infermieri, abbiamo una grossa responsabilità in questa fase e l'applicazione corretta delle prescrizioni forniteci dal medico e dall'anestesista sono nostro compito. Ci dobbiamo accertare che tutto sia stato svolto correttamente (Badon & Zampieron, 2010). La preparazione prima dell'intervento chirurgico viene eseguita in reparto, seguendo i diversi protocolli a dipendenza dell'intervento che il bambino dovrà affrontare (Badon & Zampieron, 2010). I consigli e le informazioni che possiamo dare ai genitori nei giorni precedenti all'operazione possono essere: tenersi liberi il giorno dell'intervento e anche i giorni successivi, affinché il bambino possa avere accanto una figura materna o paterna; informarli sulla struttura del reparto e sul suo funzionamento; infine, se fosse possibile, fargli visitare la sala operatoria insieme al bambino. Un'informazione importante da dare sarà quella di dirgli di avvisare, nel caso in cui il bambino dovesse avere dei problemi di salute nei giorni antecedenti l'intervento (Badon & Zampieron, 2010).

Il materiale che dobbiamo avere a disposizione per un intervento è svariato; sicuramente dovrà esserci il braccialetto d'identificazione che è fondamentale, la check list

preoperatoria, l'abbigliamento specifico (vestaglia, cuffia per capelli, ...), il saturimetro e il monitor per i parametri (Badon & Zampieron, 2010).

Innanzitutto bisogna effettuare una preparazione e una valutazione del bambino e della famiglia:

- Riempire correttamente la check list;
- Controllare l'identità del bambino con doppia modalità (ad esempio nome, cognome e data di nascita);
- Valutare la capacità del bambino e il suo sviluppo nel comprendere le informazioni e quindi a collaborare;
- Verificare che i genitori sappiano muoversi nel reparto (ad esempio se sono a conoscenza in quale stanza sia il figlio, dove si trova il bagno, la sala giochi, ...);
- Informare i genitori su chi sia l'anestesista, affinché possano richiedere informazioni;
- Verificare che il sito chirurgico sia marcato (di solito con il pennarello) e validarlo anche con i genitori. Richiedere se il bambino è portatore di malattie infettive trasmissibili affinché possa essere passato in consegna al personale coinvolto nell'intervento. Inoltre verificare lo stato di digiuno, sia di liquidi che di solidi.
- Verificare che la cartella sia completa: controllare la presenza di anamnesi (allergie?), l'esame obiettivo, i referti degli esami di laboratorio, i parametri vitali, il peso, l'altezza, la check-list preoperatoria e il modulo di consenso informato compilato e firmato;
- Accertare, qualora fosse richiesto, la disponibilità di sangue o di altri emoderivati;
- Aiutare il bambino a vestirsi (qualora non lo facessero i genitori), togliere oggetti o effetti personali e permettere ai genitori di accompagnare il bambino fino all'entrata della sala operatoria. (Badon & Zampieron, 2010)

La procedura per l'assistenza infermieristica in 10 fasi:

FASI	MOTIVAZIONE SCIENTIFICA
Raccogliere le informazioni del paziente (anamnesi).	In questo modo si riducono i rischi e di conseguenza si favorisce la riuscita dell'intervento.
Eseguire il controllo fisico del paziente.	Permette di comparare i parametri intraoperatori con quelli postoperatori e di rilevare precocemente delle complicanze.
Determinare la conoscenza delle procedure operatorie da parte del bambino e dei genitori.	Dà la possibilità di verificare se sono necessarie informazioni aggiuntive al bambino e alla famiglia
Valutare il livello d'ansia e i meccanismi d'adattamento applicati dal bambino; incoraggiarlo a esprimere ansie e paure, rendendo complici i genitori e aiutandoli a capire i messaggi del figlio. Determinare la conoscenza delle procedure e dare le informazioni dell'assistenza pre-postoperatoria, con un linguaggio adeguato al suo livello cognitivo; utilizzare tecniche per ridurre e contenere l'ansia.	Dà la possibilità di avere interventi assistenziali più efficaci. Aiutare i genitori a ridurre la loro ansia influirà anche sul bambino. Per il bambino il comfort e il senso di sicurezza sono importanti. Le informazioni date sul pre- e postoperatorio moderano paure e ansie, promuovono la collaborazione e aiutano a calmare il momento di stress.
Esporre le esperienze sensoriali (per.es dolore, malessere, febbre, ecc. ...) che può avere il bambino dopo l'operazione.	Dare informazioni sulle esperienze sensoriali può aiutare a sviluppare strategie d'adattamento per le procedure dolorose.

Informare i genitori e il bambino sul dolore che può avere dopo l'intervento e di conseguenza sulle terapie antalgiche; sviluppare una griglia di valutazione del dolore e insegnare a usare un metodo per valutare il livello di dolore. Educare i genitori e il bambino sulle tecniche farmacologiche e su quelle complementari.	Consente una dettagliata valutazione del sintomo e aumenta i livelli di comodità del bambino.
Dare istruzioni al bambino su come tossire e respirare profondamente.	Diminuisce l'incidenza di possibili complicanze respiratorie.
Dare istruzioni al bambino e ai familiari sull'eventuale presenza di drenaggi e sonde e di come prendersene cura.	Diminuisce complicanze relative a tali presidi.
Conservare l'equilibrio idroelettrolitico: se richiesto mettere un accesso venoso ed eventualmente somministrare una nutrizione parenterale o liquidi.	Rispetto all'adulto, il bambino soffre maggiormente gli squilibri idroelettrolitici.
Mantenere integra la cute e valutare la necessità di prevenzione di eventuali decubiti.	Riduce la crescita dei microorganismi che si moltiplicano quando la cute è danneggiata. Consiglio: pulire la zona con un detergente la sera prima dell'operazione e fare una doccia con antisettico il giorno dell'intervento. Questa preparazione aiuta a eliminare oli, cellule squamose o altro che potrebbero aumentare la proliferazione di batteri.
Secondo prescrizione, somministrare la premedicazione.	Alcuni antibiotici e anestetici possono essere richiesti poco prima dell'intervento. Una leggera sedazione riduce l'ansia e aiuta il bambino a calmarsi e rilassarsi. I bambini che si addormentano agitati e ansiosi potrebbero svegliarsi con ansia da separazione, incubi, ...

(Badon & Zampieron, 2010)

2.5. La clown terapia

André e il fratello Jan, nel 1993 crearono una fondazione chiamata "*Fondation Théodora*", in memoria della loro madre. Questi due fratelli, per realizzare la loro missione, hanno deciso di ricorrere al prezioso contributo dei Dottor Sogni, artisti professionisti formati per il lavoro in ospedale in ambito pediatrico («Fondazione Theodora Onlus», s.d.).

Nel mondo Theodora è presente in più di un centinaio di ospedali e d'istituzioni, con oltre 209 Dottor Sogni in 8 Paesi: Svizzera, Inghilterra, Francia, Italia, Spagna, Bielorussia, Turchia e Hong Kong. Sono sostenuti e sponsorizzati grazie a aziende e privati che donano soldi, inoltre possono essere supportati attraverso delle donazioni che possono essere effettuate sul loro sito ufficiale in internet («Fondazione Theodora Onlus», s.d.).

I Dottor Sogni, sono degli artisti formati, che lavorano in ambito pediatrico offrendo un sostegno ai genitori ma soprattutto ai bambini durante il ricovero in ospedale e nella fase pre- e postoperatoria.

Come riferito in precedenza, i dottor Sogni vengono formati dalla fondazione, devono essere dotati di diverse qualità per poter svolgere questo lavoro: una buona capacità di ascolto e di sensibilità («Fondazione Theodora Onlus», s.d.). Devono essere a conoscenza di diversi aspetti prima di poter entrare a contatto con i bambini, ad esempio della carta dei diritti del bambino, dell'igiene ospedaliera (soprattutto per quei bambini che sono in isolamento) e molte altre tematiche. Poi dopo aver seguito svariate lezioni, fanno uno stage di osservazione e in seguito un vero e proprio stage pratico con un Dottor Sogni di lunga esperienza. Durante questo periodo vengono sempre supportati da uno psicologo che li sostiene costantemente. («Fondazione Theodora Onlus», s.d.).

Nel loro lavoro, c'è inoltre un aspetto etico da rispettare e che tocca diversi punti quali la comunicazione, il rispetto dei bambini e genitori, il rapporto con i famigliari, con gli sponsor, con i donatori e ovviamente con i Dottor Sogni («Fondazione Theodora Onlus», s.d.).

La missione di un Dottor Sogni (ovvero la giornata) inizia parlando con gli infermieri o con il caporeparto, dove chiedono un foglio con indicati tutti i pazienti e si fanno raccontare la storia del bambino. Gli viene detto quanti anni ha, cosa ha avuto, come mai è lì, chi c'è con lui e tutto ciò che ne concerne. Una volta a conoscenza di tutte le informazioni, vanno singolarmente nelle diverse stanze di ogni bambino. Nelle stanze dei piccolini, ovvero dai neonati non entrano («Fondazione Theodora Onlus», s.d.).

Questi "medici" lavorano a stretto contatto con tutta l'équipe interdisciplinare, ma soprattutto con noi infermieri. Quando vengono a visitare i bambini, si prendono cura della loro parte "sana", ovvero quella che ha bisogno di sorridere, di piangere, di giocare e di dimenticarsi per un po' della parte "malata" («Fondazione Theodora Onlus», s.d.)

Difatti, con i Dottor Sogni, lo scherzo è sempre al primo posto, ci vuole pure molta ironia, ma una delle cose fondamentali quando si va a contatto con un'altra persona è il sorriso. È il proprio biglietto da visita, soprattutto in un reparto di pediatria, dove il sorriso è una tipologia di comunicazione molto forte («Fondazione Theodora Onlus», s.d.). Nella Clown Therapy il sorriso è tutto, sta alla base di ogni cosa. Uno studio afferma che esistono svariati benefici prodotti dall'umorismo e dal sorriso, può facilitare l'insegnamento dei pazienti, può ridurre l'ansia e aiutare nella comunicazione, può influenzare positivamente la speranza e agire come un 'rompighiaccio', inoltre può ridurre il dolore. Di conseguenza può avere anche altri benefici come l'aumento della soglia del disagio, la riduzione della tensione muscolare, può dare un aiuto nelle situazioni di stress e nel coping (Mallett, 1995).

Molti studi confermano che la Clown terapia è un fattore positivo all'interno di un reparto. Ad esempio uno studio condotto in Germania, ha evidenziato che la Clown terapia riduce lo stress e alza il morale ai bambini, senza praticamente avere effetti collaterali (Barkmann, Siem, Wessolowski, & Schulte-Markwort, 2013). La Clown therapy, oltre ad andare ad agire sull'ansia e sulla depressione dei bambini e genitori, rende l'ambiente gradevole anche agli operatori sanitari e agisce nel portare sollievo e aiuto nel caso di atti dolorosi (prelievo, ...) (Barkmann et al., 2013).

2.6. Il disegno

Da un articolo trovato sulle banche dati, è emerso che quando un paziente è fisicamente creativo, le sue funzioni sensoriali migliorano; quindi le arti espressive possono sostenere il processo di guarigione, aiutando così il bambino a trovare la soluzione per l'evento traumatico (Siegel, Iida, Rachlin, & Yount, 2016). Il disegno viene utilizzato come strumento per valutare le risposte emotive dei bambini, aiutandoli nella comprensione del concetto di sé, dei rapporti con la famiglia e nell'acquisire informazioni sulla conoscenza

dei loro corpi, identificando le ansie e le paure (Siegel et al., 2016). Uno studio fatto sull'arte terapia descrive che, tutti i bambini a cui hanno chiesto di partecipare, hanno accettato volentieri, indipendentemente dall'età che avevano. Hanno riscontrato che il disegno può ridurre lo stress provocato da una degenza (Siegel et al., 2016).

Il disegno, oltre ad essere utile al bambino lo è anche per gli adulti, in questo caso sia per noi infermieri che per i genitori. Questo poiché il bambino, disegnando, comunica inconsciamente la sua interpretazione della realtà (Clatworthy, Simon, & Tiedeman, 1999). Loro, possono essere in grado oppure no di esprimere verbalmente le loro emozioni, l'ansia o le preoccupazioni, è quindi spesso difficile capire cosa provano (Clatworthy et al., 1999).

In uno studio hanno provato ad intervistare dei bambini, chiedendo loro come stavano e come si sentivano in ospedale, la maggior parte dei bambini ha risposto che stava bene. Una volta misurato il loro livello d'ansia tramite l'interpretazione di un disegno fatto da loro, il risultato è stato che non stavano bene e che i livelli d'ansia erano alti (Clatworthy et al., 1999). Il disegno quindi, ha una funzione liberatoria, consentendo al bambino di comunicare le proprie paure, le delusioni o le proprie speranze (Clatworthy et al., 1999). Sicuramente il disegno, oltre ad offrire una distrazione, è anche un metodo per far uscire le capacità espressive e creative, attraverso l'uso del colore, lo spazio sul foglio, la posizione e le proporzioni tra le varie figure che il bambino ha disegnato (Clatworthy et al., 1999).

L'arte è creare, creare porta al sorriso e sorridere porta a ridurre il disagio a cui il bambino viene sottoposto (Saccomani & Gamba, 2003). Quindi per concludere, oltre ad essere costruttivo, è anche un mezzo potenziale per esprimere le proprie emozioni e soprattutto per comunicarle agli altri (Clatworthy et al., 1999).

2.7. Il gioco

Il gioco è, per il bambino, un bisogno fisiologico. È una naturale espressione di assimilazione, di accomodamento e di "digestione" che il bambino crea intorno alle sue esperienze (Capurso, 2001). Per il bambino, il gioco è una cosa molto seria, è il loro mezzo per poter conoscere il mondo esterno a lui. Impiega tutta la sua energia e la concentrazione per analizzare, toccare e comprendere il gioco di cui è in possesso, difatti giocare è importante perché è bello (Capurso, 2001).

2.7.1. La play terapia

"Il gioco separa il reale dall'immaginario, in uno spazio in cui le cose (ad esempio l'ago della siringa) sono ciò che non sono (farfallina) pur rimanendo quello che sono (ago)" J.Piaget

La play therapy o il gioco in pediatria, viene ritenuta fondamentale per ogni bambino («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.). Il sito ufficiale italiano sulla Play therapy dice che; poter giocare porta il bambino ad essere più allegro, a sollevare il suo morale e quello della famiglia, ma soprattutto, lo porta a conoscere meglio sé stesso e a potenziare il senso di autoefficacia. Inoltre, uno dei più grandi bisogni del bambino, sarà quello di superare l'angoscia del momento, per far spazio, per quanto possibile, alla sicurezza e alla serenità. In poche parole che sia un bambino o un adolescente il gioco può portare beneficio a tutti («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.).

Ma in sé che cosa è la Play therapy? Viene sviluppata nel 20esimo secolo, però differisce un po' dal gioco abituale che ogni bambino svolge («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.).

È *“l’uso sistematico di un modello teorico per stabilire un processo interpersonale dove un professionista della salute mentale formato in play therapy (**play therapist**) utilizza i poteri terapeutici del gioco per aiutare i clienti a prevenire o risolvere difficoltà psicosociali e a raggiungere un livello ottimale di crescita e sviluppo”* («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.).

Come dice l’associazione, la Play therapy si basa in primo luogo, sul modo naturale che ogni bambino ha per conoscere sé stesso, poi, in secondo luogo sul conoscere il mondo esterno e chi lo circonda. Gli effetti del gioco sul bambino sono molteplici, lo portano a comunicare con gli altri, a sviluppare le sue conoscenze e anche il proprio fisico («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.).

Nel libro di *“Gioco e studio in ospedale”*, Michele Carpuso spiega tre ragioni per cui è importante giocare in ospedale: il primo motivo è poiché giocare diverte, riempie i momenti di noia che si creano, valorizza la parte “sana” del bambino ed è ciò che da piccoli si fa più comunemente (Carpurso, 2001). Da quel che leggo, il gioco del bambino in ospedale, non deve essere lasciato molto all’improvvisazione, anzi, si ritiene particolarmente utile quando lo si fa con un adulto (genitori, educatrice o infermiere, ...) (Carpurso, 2001). Questo dà la possibilità al bambino di comunicare le proprie preoccupazioni e paure, trovando dall’altra parte qualcuno che lo ascolta e che può cogliere questi aspetti (Carpurso, 2001). Un ulteriore aspetto, è che il gioco riesce, alcune volte, a riaprire il dialogo tra il bambino e i genitori, che magari era stato interrotto per via della malattia o da altri motivi (Carpurso, 2001). Il gioco è anche importante per favorire il ritorno alla realtà, capace di affermare le possibilità individuali del bambino, sia sul piano fisico (mobilizzazione, funzionalità, ...) che sul piano psicologico (scuola, hobby, interessi, ...) (Carpurso, 2001). Il secondo motivo è quello di poter utilizzare il gioco per comprendere e rielaborare. È utile poiché aiuta il processo naturale di sviluppo e crescita, gli dà la possibilità di svolgere delle attività di problem solving all’interno di un ambiente per lui sicuro e fornisce l’occasione di esprimere sentimenti e paure riguardo la sua attuale situazione (Carpurso, 2001). L’ultimo motivo è che giocare aiuta a conoscersi e incontrarsi (Carpurso, 2001).

Il gioco per il bambino è fondamentale, di fronte alla malattia, un bambino che non vuole giocare è ancora più malato. È quindi essenziale cercare di dargli dei momenti in cui poterlo fare, questo per superare l’angoscia e ritrovare, nel limite del possibile, sicurezza e serenità (Carpurso, 2001).

3. DOMANDA DI RICERCA E OBIETTIVI DEL LAVORO DI TESI

La domanda di ricerca del mio lavoro di tesi è: “***La Clown therapy, il disegno e il gioco possono fornire un reale aiuto nella riduzione dell’ansia preoperatoria del bambino?***”

Per arrivare a sviluppare tale questione, ho utilizzato PICO, dove **P** indica la popolazione, **I** l’intervento studiato, **C** il trattamento di confronto e **O** l’esito considerato (outcome) (Chiari, Mosci, & Naldi, 2006).

Nel mio caso, la popolazione sono i bambini di età compresa dai 2 anni ai 15 anni (escludendo la fascia dai 0-2 anni), ovvero una gran parte dei bambini che troviamo in un reparto pediatrico. L’intervento studiato invece è mirato alla ricerca degli effetti che queste tre strategie di confronto, dove io andrò a confrontare queste tre specifiche terapie non farmacologiche per stabilire quale di queste ha un maggior risultato positivo. Infine c’è l’esito considerato, ovvero lo scopo della mia tesi, che è quello di andare a dimostrare che la Clown therapy, la Play therapy e il disegno riducono l’ansia del bambino nel preoperatorio di un intervento, confermando così l’influenza positiva che potrebbero avere.

Gli obiettivi che mi sono posta per il lavoro di Bachelor sono svariati, cercherò di suddividerli qui di seguito:

- Indagare sulla Clown terapia in ospedale e capire quali sono i loro obiettivi.
- Indagare sul gioco e sulla Play therapy, perché vengono ritenuti degli elementi fondamentali in un reparto pediatrico
- Verificare l’importanza del disegno e di ciò che possiamo capire attraverso esso.
- Cercare di capire quali sono gli elementi che possono influire di più sull’ansia del bambino e come noi infermieri possiamo agire per limitarli.
- Scoprire quali sono le fasi preoperatorie e perché bisogna seguire un protocollo specifico.
- Indagare se una tra le tre terapie non farmacologiche viene preferita rispetto ad un’altra.
- Scoprire la reale efficacia di queste tre “strategie” nella riduzione dell’ansia preoperatoria del bambino.

4. METODOLOGIA

Ho scelto di dedicare questo capitolo alla metodologia che ho deciso di utilizzare per poter svolgere e sviluppare il mio lavoro di tesi. In particolar modo, dato che adopererò la revisione della letteratura, cercherò di descriverla e spiegarla nel miglior modo possibile, utilizzando diverse fonti. Ho preferito questo metodo poiché mi permette di analizzare i diversi articoli da me trovati per poi poterli comparare ed arrivare ad un'unica conclusione.

Sappiamo bene che nel nostro lavoro il tempo è una grande risorsa, purtroppo però, spesso e volentieri, viene a mancare e non ci permette di informarci o ampliare le nostre conoscenze a sufficienza (Hamer & Collinson, 2002). Per di più, se dovessimo andare a ricercare le diverse informazioni necessarie, troveremmo un'infinita varietà di articoli, spesso anche molto complessi. Questi due elementi, integrati tra loro, rendono difficile l'assimilazione di nuove competenze in un tempo relativamente breve (Hamer & Collinson, 2002). Proprio per questo si è iniziato a sviluppare un processo che fornisce, in modo sintetico, i risultati della ricerca di cui abbiamo bisogno. Difatti la revisione della letteratura, in poche parole, è un documento scritto che include ciò che è stato pubblicato da diversi ricercatori, facendo sì che le prove scientifiche, fossero più accessibili e concise per il lettore (Hamer & Collinson, 2002).

4.1. Evidence-based practice

Queste revisioni sono alla radice dell'EBP, ovvero dell'Evidence-based practice. Grazie allo sviluppo dell'informazione e al suo flusso, i processi decisionali degli operatori vengono trasformati, rendendo possibile uno scambio di informazioni molto più ampio. Questo scambio di notizie, che deve essere sempre basato su solide prove scientifiche e aggiornato costantemente, permette a tutti gli operatori dell'ambito sanitario di migliorare la qualità delle cure, affinché possano prendere decisioni usufruendo delle migliori ricerche disponibili, della loro esperienza clinica e delle preferenze del paziente (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004). L'EBP concentra in un singolo insieme tutte le diverse professioni e discipline che operano parallelamente per la cura e l'assistenza del singolo e unico paziente (Chiari et al., 2006). L'EBP è soprattutto molto importante, poiché quando noi arriviamo a lavoro e mettiamo in pratica ciò che abbiamo imparato da questi studi basati su prove scientifiche, ciò ci faciliterà nel nostro processo decisionale, eliminando tutto ciò che è inefficace, inadeguato, potenzialmente pericoloso e troppo costoso (Chiari et al., 2006).

4.2. Revisione della letteratura

La revisione della letteratura si può suddividere in tre parti; le revisioni non sistemiche (tradizionali), le revisioni sistemiche e le metanalisi. Le revisioni fanno parte del gruppo degli studi secondari, ovvero che hanno lo scopo di riepilogare e trarre le conclusioni degli studi primari (descrivono le singolari ricerche, hanno come soggetto gli individui studiati) (Chiari et al., 2006). La revisione tradizionale di solito ha un tema vasto, dove si possono trovare diverse notizie, ad esempio dall'assistenza infermieristica all'anatomia; così si rende la revisione più simile ad un capitolo di un libro, piuttosto che ad uno studio scientifico (Chiari et al., 2006). La metanalisi, contrariamente, riassume gli studi primari, attraverso una metodologia quantitativa integrando i risultati numerici di più studi (Chiari et al., 2006). Per ultimo c'è la revisione sistemica, che risponde invece ad una domanda molto più specifica che può essere suddivisa in 4 elementi: P.I.C.O.; ovvero la popolazione, l'intervento, l'intervento comparativo (comparazione, che non è obbligatorio)

e l'esito (outcome) (Chiari et al., 2006; Hamer & Collinson, 2002). La revisione sistemica riassume gli studi primari attraverso una metodologia qualitativa, predefinita e rigorosa, affermando esplicitamente gli obiettivi, i metodi e i materiali (Chiari et al., 2006).

Per poter eseguire una revisione della letteratura, bisogna prima sviluppare e presentare un protocollo, dove viene raffigurato in anticipo il percorso che si farà per condurre lo studio. Esistono diverse fasi per poter realizzare una revisione:

La *prima fase* consiste nella formulazione del PICO (Popolazione; Intervento; Confronto; Outcome), ovvero il quesito di ricerca che ho esplicitato in precedenza. Deve essere ben chiaro e conciso affinché si possa effettuare una buona revisione, creando così gli obiettivi della ricerca (Chiari et al., 2006). Ovviamente tutto ciò sarà di grande aiuto poiché una domanda di ricerca ben determinata ci faciliterà l'individuazione della letteratura che meglio saprà rispondere al nostro quesito iniziale (Chiari et al., 2006; Hamer & Collinson, 2002; LoBiondo-Wood et al., 2004). La *seconda fase* consiste nell'esplicitazione dei criteri di inclusione ed esclusione degli studi che verranno identificati e optati. Questi criteri sono necessari e basilari affinché la ricerca vada a buon fine, ovviamente devono essere selezionati prima di iniziare qualsiasi ricerca della letteratura. Ad esempio, questi criteri possono essere; l'età dei partecipanti, la data di pubblicazione, il focus principale dell'articolo, gli esiti misurati e le caratteristiche di alcune popolazioni (Hamer & Collinson, 2002). Questa selezione si applica già a partire dal titolo e dagli abstract, verificando così, che nel loro contenuto ci siano gli elementi concernenti il nostro quesito. Determinare quali sono i criteri di inclusione ed esclusione è di fondamentale importanza critica per il valore e la qualità della nostra revisione (Hamer & Collinson, 2002).

La *terza fase* è la ricerca della letteratura. Viene eseguita seguendo il protocollo di ricerca esposto in precedenza. Le banche dati o i database sono necessari e di fondamentale importanza per il nostro processo di ricerca, poiché ci danno la possibilità di accedere ad una vasta quantità di letteratura, dove grazie agli abstract, i ricercatori riescono ad eseguire una valutazione preliminare sugli studi trovati (Chiari et al., 2006; Hamer & Collinson, 2002). La revisione è basata su una ricerca molto ampia e globale, per questo spesso e volentieri i testi e i materiali che ritroviamo non sono in lingua italiana, ma variano dall'inglese, al francese e via di seguito (Polit, Beck, & Palese, 2014). All'inizio della nostra ricerca è basilare individuare le parole chiave da inserire nel motore di ricerca, esse sono una parola o una locuzione che può racchiudere più concetti del quesito (Polit et al., 2014). Tra questa parole chiave si possono introdurre gli operatori booleani. Essi ci aiuteranno per ampliare o restringere la nostra ricerca: un operatore è AND, che delimita la ricerca alle citazioni che includono sia parole di testo o intestazioni di soggetto; un secondo operatore è OR che consente di ampliare la nostra ricerca recuperando tutte le citazioni (Chiari et al., 2006); come ultimo operatore c'è NOT, che scarta studi includenti quella citazione (LoBiondo-Wood et al., 2004). Nelle ricerche della letteratura esiste anche il Bias, chiamato anche errore sistematico, ovvero qualsiasi effetto che può modificare la rappresentatività degli esiti, rendendo inesatta la conclusione logica, dunque è un elemento a cui bisogna fare molta attenzione (Chiari et al., 2006).

Una volta arrivati alla conclusione della nostra ricerca della letteratura, è molto importante riunire tutte le informazioni raccolte, organizzandole in tavole riassuntive o "tavole estrazione dati". Sono composte da più colonne, in cui da una parte si elenca l'autore, il numero di elementi, il tipo di progetto, il metodo per la misurazione e i risultati chiave. Sono tavole molto comode e specifiche, che rendono così molto più semplice la visione ad altre persone (LoBiondo-Wood et al., 2004).

La *quarta fase* consiste nel valutare la qualità degli studi e quindi della nostra revisione in generale. Avendo un approccio critico si riuscirà a scoprire se i metodi utilizzati e quindi

anche i risultati della nostra ricerca sono validi (Chiari et al., 2006). Ovviamente per poterlo fare, è necessario uno strumento di valutazione che ci permetterà di misurare la qualità della revisione, siccome l'uso di criteri specifici ci dà la possibilità di quantificare e valutare gli studi selezionati e quindi anche delle conclusioni errate (LoBiondo-Wood et al., 2004).

L'*ultima fase* consiste nell'analisi dei dati e quindi della sintesi della letteratura. In questa fase si sintetizzano i singoli risultati degli studi ottenuti e ricercati, così da fornire un risultato globale rispetto al quesito della nostra revisione. È molto interessante, poiché permette al revisore di controllare se gli effetti di un trattamento sono coerenti (Chiari et al., 2006).

5. SELEZIONE DEGLI ARTICOLI

Gli articoli da me scelti per la revisione sono basati sulle ricerche eseguite sulle banche dati, ovvero: PubMed, Science Direct (Elsevier) e MEDLINE. Le parole chiavi comuni utilizzate invece sono: anxiety, anxiety level, intervention, preoperative e surgical combinate con l'operatore booleano "AND" alle parole chiavi specifiche per i tre argomenti: clown, clown therapy, art, art therapy, drawings, picture, play, play therapy, therapeutic play, games e effectiveness.

I criteri d'inclusione sono:

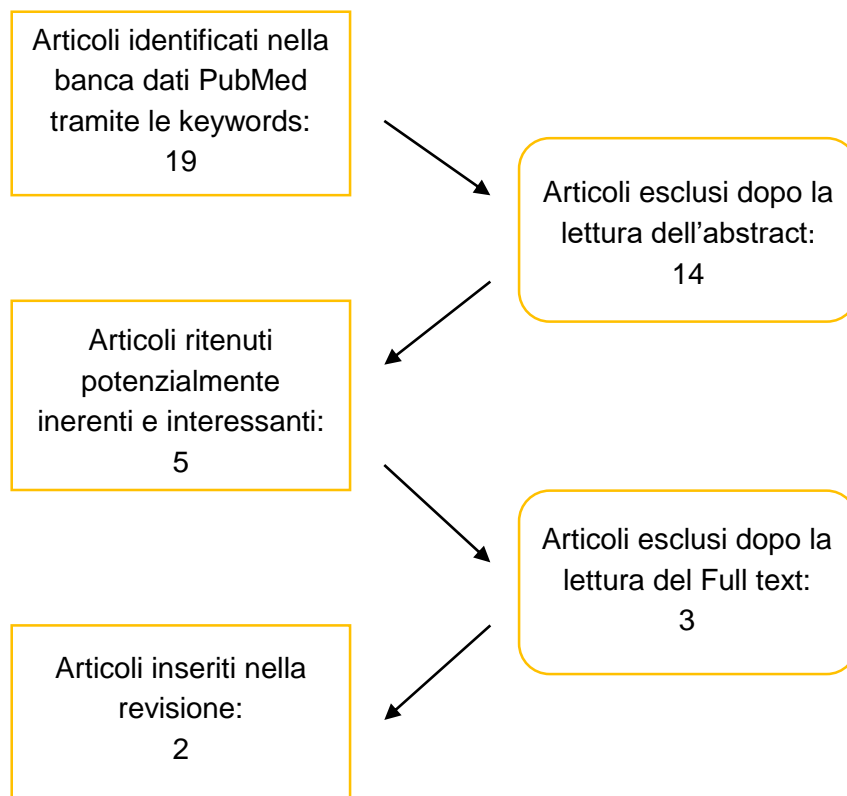
- Anno di pubblicazione compreso tra 2005 e 2016.
- Articoli che comprendessero la fase preoperatoria di un intervento
- Area geografia: nazionale e internazionale
- Studi con maschi e femmine
- Abstract consultabile

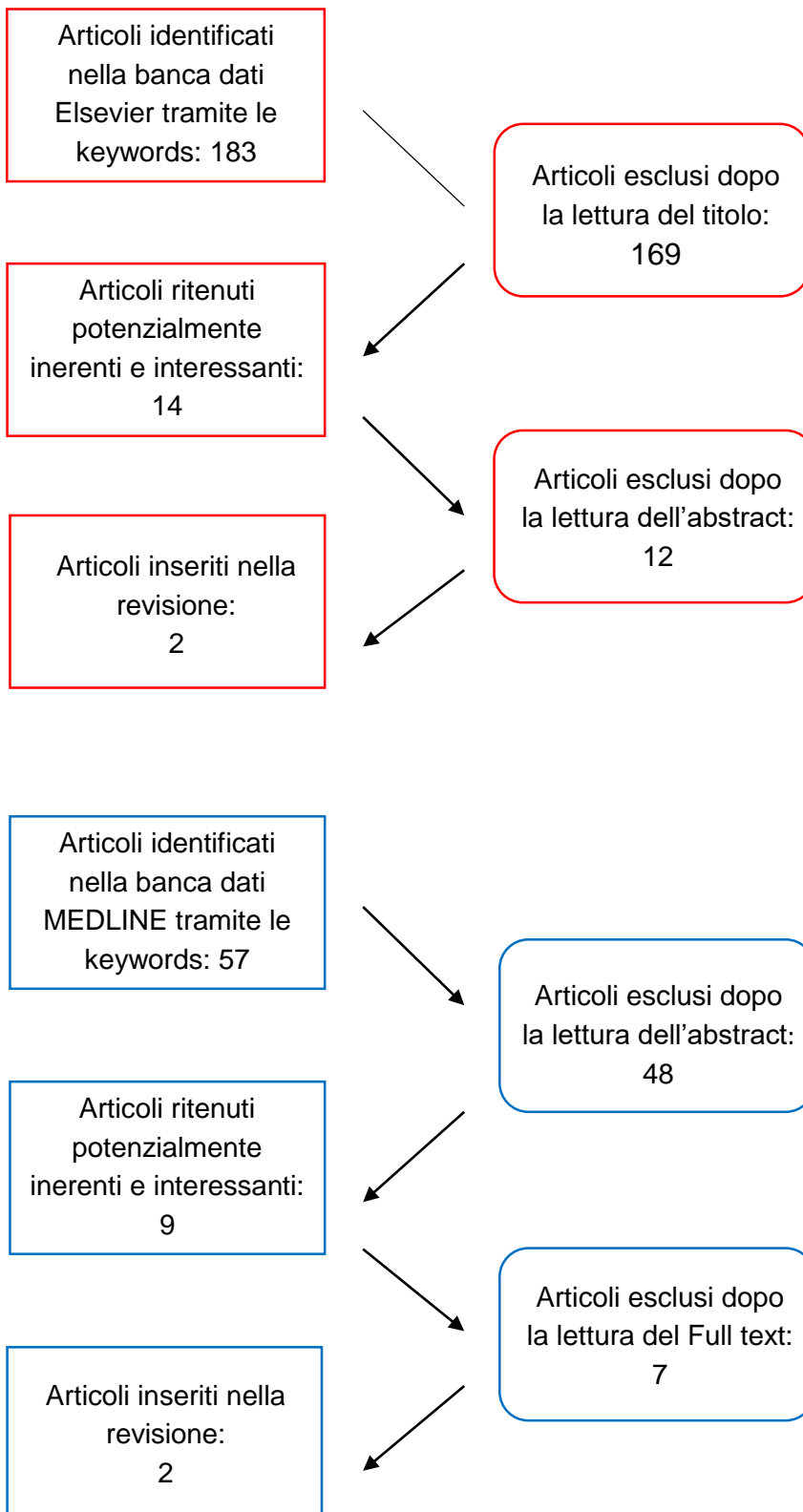
I criteri d'esclusione invece:

- Articoli che comprendessero pazienti adulti
- Articoli che comprendessero bambini al di sotto dei due anni

Basandomi sulla pertinenza del titolo, la ricerca ha trovato 19 articoli che parlassero della "clown terapia" e di questi 14 sono stati esclusi dopo la lettura dell'abstract (non soddisfacevano i criteri d'inclusione ed esclusione). Dei restanti 5, tre sono stati esclusi dopo la lettura del Full text. Per quel che riguarda il disegno, 183 articoli sono stati trovati dopo la ricerca, 169 sono stati esclusi dopo la lettura del titolo e dei rimanenti 14 solo 2 sono stati inseriti nella revisione. Per la "gioco terapia", sono stati trovati 57 articoli dei quali; 48 sono stati esclusi dopo la lettura dell'abstract e dei restanti 9, sette sono stati eliminati dopo la lettura del Full text, inserendone così due nella revisione.

In seguito le tre flowchart: **Clown terapia**, **disegno** e **play terapia**





6. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI ARTICOLI

Esiste una scala di valutazione per determinare in modo critico la qualità degli articoli da me selezionati. Questa scala è stata ideata da Zangaro e Soeken (2007), è un metodo che risulta essere molto semplice e pratico. Una volta effettuata la valutazione bisognerebbe riscontrare 3 caratteristiche principali; la validità (ovvero se i risultati degli studi sono validi), la significatività (ovvero quali sono i risultati) e l'applicabilità clinica (ovvero se i risultati potranno essere applicati nell'assistenza dei nostri pazienti) (Zangaro & Soeken, 2007).

La scala originale è:

1. "Research question (s) clearly stated.
2. Participants in sample were described.
3. Type of facility where study was conducted was stated.
4. Method of data collection was described.
5. Response rate was provided.
6. Operational definition of the outcome variable clearly stated.
7. Instrument used to measure job satisfaction was described or identified.
8. Other instruments used to measure concepts were described or identified.
9. Sample reliability for the job satisfaction instrument was provided.
10. Overall study quality rating." (Zangaro & Soeken, 2007)

Il punteggio massimo di questa scala è 10 (un punto per ogni voce della valutazione), può variare a dipendenza degli item che decidi di utilizzare, poiché essendo stata presa dallo studio di Zangaro e Soeken (2007) loro l'hanno personalizzata per la loro meta-analisi.

Gli item che ho deciso di utilizzare per la valutazione degli articoli da me trovati sono dal punto 1 al punto 7, qui di seguito l'elenco della versione in italiano:

1. La domanda di ricerca è chiaramente esposta.
2. Il campione è descritto.
3. Il setting in cui è stato condotto lo studio è espresso.
4. Il metodo di raccolta dei dati è stato descritto.
5. Il tasso di risposta è stato espresso.
6. La definizione funzionale della variabile è stata espressa.
7. Gli strumenti impiegati per misurare i concetti sono stati descritti o identificati.

Dato che non ho utilizzato per intero tutti i 10 punti, anche il punteggio si modificherà a dipendenza delle mie esigenze. In questo caso il punteggio massimo per ogni articolo sarà 7.

Per semplificare la visione dei risultati, ho creato una tabella per mostrare la valutazione di Zangaro e Soeken (2007) assegnata agli articoli da me selezionati per la revisione:

Autore/ Anno	1	2	3	4	5	6	7
Messina et al. (2014)							
Vagnoli et al. (2005)							
Brewer et al. (2006)							
Wennström et al. (2013)							
He et al. (2014)							
Li et al. (2008)							

Dalla tabella sovrastante è emerso che sui sei articoli selezionati per la revisione, solo un articolo ha preso il punteggio pieno. Quattro articoli hanno avuto un punteggio di sei su sette e uno studio il punteggio di cinque su sette.

Non tutti gli articoli, come detto, hanno avuto il punteggio massimo. Nella maggior parte degli articoli la domanda di ricerca non era chiaramente esposta e bisognava trovarla leggendo le prime pagine di ogni articolo. Inoltre nel primo studio, anche il secondo punto non è stato raggiunto, poiché non descrivendo i criteri d'esclusione o di inclusione dei bambini selezionati, il campione quindi, non è descritto in modo specifico.

Il punteggio massimo di tutti e sei gli articoli dovrebbe essere 42, ma dato che non tutti gli studi rispondevano positivamente ai quesiti, il punteggio è di 36.

Da questo risultato possiamo dedurre che gli articoli che ho selezionato per la mia revisione sono di buona qualità.

7. ANALISI DEI DATI

7.1. Clown terapia e riduzione dell'ansia preoperatoria

Più della metà dei bambini (60%) soffre di ansia nella fase preoperatoria e l'induzione dell'anestesia può essere un evento traumatizzante per il bambino (Vagnoli, Caprilli, Robiglio, & Messeri, 2005). I fattori di rischio per l'ansia in questa fase possono essere l'età prescolare, l'introversione e la timidezza, ma anche il suo vissuto passato (precedenti ricoveri in ospedale) e il modo in cui si eseguono tutte le procedure preoperatorie (strumenti chirurgici) (Messina et al., 2014).

I bambini, possono manifestare l'ansia attraverso dei sentimenti di apprensione, tensione, di nervosismo o paura ma non solo, possono verificarsi anche cambiamenti comportamentali postoperatori (enuresi notturna, disturbi di alimentazione, disturbi del sonno e apatia) (Messina et al., 2014). L'età, il temperamento e l'ansia sia nei bambini che nei genitori sono delle variabili considerate predittorie per questo tipo di cambiamenti (Messina et al., 2014).

Gli studi trovati accennano anche all'ansia dei genitori poiché è un ulteriore fattore chiave per l'ansia nel bambino, che può provocare la genesi di un circolo vizioso: l'ansia del bambino può influenzare lo stress emotivo dei genitori, viceversa i bambini sentono molto le sensazioni e le emozioni dei propri genitori, per cui se il genitore è ansioso, lo trasmette indirettamente anche al bambino. Inoltre, l'ansia pre-operatoria nei bambini è anche sostenuta dalla paura della separazione dai genitori e di un ambiente non familiare (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Per far fronte a tutto ciò, sono state proposte diverse strategie per ridurre l'ansia nella fase pre-operatoria del bambino. Hanno individuato delle terapie alternative quali tecniche farmacologiche (premedicazione con il sedativo), degli approcci non farmacologici (visita nella sala operatoria prima dell'intervento), la presenza di uno o entrambi i genitori durante l'induzione dell'anestesia, la preparazione psicologica (alcuni autori hanno sottolineato che i bambini che hanno avuto una preparazione psicologica almeno 5 giorni prima di un intervento chirurgico, si sono rivelati meno suscettibili ad ansia) e l'uso di giochi, disegni e musica come strumenti di distrazione (Messina et al., 2014).

Per quanto concerne l'aspetto farmacologico, uno studio ha evidenziato come la somministrazione preoperatoria di Midazolam (sedativo) diminuisca l'ansia durante la procedura di induzione dell'anestesia, dall'altra parte però l'assunzione orale di farmaci può spesso fare un effetto contrario nel bambino, generando apprensione, riluttanza o addirittura il rifiuto totale (Messina et al., 2014).

Il test per misurare l'ansia preoperatoria nei bambini sottoposti ad intervento chirurgico, è il test m-YPAS (The Yale Preoperative Anxiety Scale): è quello più comune e indicato poiché dà la possibilità di descrivere la reazione comportamentale del bambino prima dell'intervento, utilizzando degli elementi mirati al fine di ottenere un punteggio per determinare il livello di ansia (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Un'ulteriore strategia trovata è l'umorismo. Esistono diversi studi che dimostrano che l'umorismo ha molti effetti positivi sulla salute fisica e mentale, ma non solo anche sul benessere delle persone. Alcune indagini hanno riferito che l'umorismo ha effetti benefici sullo stress legato a malattie fatali, sul sistema immunitario, sul dolore e sulle funzioni mentali (ansia, memoria e vigilanza) (Vagnoli et al., 2005). Proprio per questo non ne traggono beneficio solo i pazienti, ma anche gli operatori sanitari e l'interazione che c'è tra il personale ospedaliero e i pazienti, promuovendo così un ambiente in cui le risate e

l'umorismo vengono apprezzati. Esistono altri studi che dimostrano che, degli interventi psico-comportamentali basati sull'apprendimento, il gioco e il divertimento nel preparare i bambini per un intervento chirurgico, possono ridurre l'ansia preoperatoria (Vagnoli et al., 2005).

La letteratura dimostra che l'umorismo è sempre più presente in ospedale attraverso l'uso dei clown: Il primo Dottor Clown professionista è apparso a New York nel 1986 nel quadro di un programma chiamato "Grande Mela Circo Clown Cura Unit".

La Clown terapia è quindi una recente acquisizione terapeutica presente in diverse strutture pediatriche in tutto il mondo (Messina et al., 2014). Questi dottori di solito lavorano in gruppi di 2 o 3 persone circa, due volte alla settimana. Coinvolgono attivamente i pazienti, i genitori e il personale ospedaliero. Hanno lo scopo di intrattenere i bambini e genitori durante la loro permanenza in ospedale, ma non solo, li accompagnano anche in sala operatoria (Messina et al., 2014).

Dagli studi ricercati è stato dimostrato che la Clown terapia riduce lo stress emotivo dei bambini e la loro sofferenza, così come anche il consumo degli analgesici e dei sedativi, facilitando in questo modo il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Messina et al., 2014).

Un aspetto che è emerso in entrambi gli articoli esaminati è che la maggior parte degli operatori sanitari ha riconosciuto l'importanza e l'efficacia della Clown terapia, ma solo un piccolo numero è favorevole al mantenimento di questa attività all'interno del reparto pediatrico (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Questo problema è nato dal fatto che medici e infermieri pensano che l'introduzione di questa attività possa interferire con la routine della sala operatoria, considerandola un disturbo e un elemento che può rallentare le procedure e interferire nel rapporto tra il personale medico e il bambino (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005). Negli studi da me analizzati, non sono riusciti a misurare la differenza tra il tempo di induzione dell'anestesia con e senza la presenza del clown, in modo da avere informazioni significative a riguardo e, dato che il tempo di attesa nel giorno dell'intervento è considerato un predittore di livelli elevati d'ansia, riferiscono che sarebbe molto interessante approfondire questo aspetto attraverso ulteriori studi (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Questa obiezione da parte degli operatori sanitari potrebbe ostacolare l'inserimento della Clown terapia nella attività pre-operatorie anche se gli studi hanno dimostrato che la presenza durante l'induzione dell'anestesia, insieme a uno dei genitori del bambino, è un intervento efficace per la gestione dell'ansia del bambino e dei genitori (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Gli interventi che propongono gli articoli per questo aspetto, sono quelli di incoraggiare la promozione della Clown terapia, fornendo informazioni riguardanti il beneficio della terapia per i bambini e proponendo uno studio che determini se la presenza di clown durante l'induzione di anestesia rallenta il processo in modo significativo (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Nei due articoli esaminati hanno dimostrato che il livello d'ansia dei bambini era significativamente minore nel gruppo sperimentale (con presenza dei clown dottori) rispetto al gruppo di controllo (senza presenza di clown dottori) (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005). Hanno notato che nel gruppo di controllo vi è stato un aumento di ansia nel momento dell'induzione dell'anestesia rispetto al momento in cui i bambini erano in sala d'attesa, ciò invece non si è notato nel gruppo sperimentale, visto che si è

dimostrato un livello d'ansia invariato rispetto ai due ambienti differenti (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Gli studi quindi confermano chiaramente che esiste un rapporto molto positivo tra la clown terapia e i livelli di ansia nel bambino nella fase preoperatoria di un intervento chirurgico (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

7.2. Disegno e riduzione dell'ansia preoperatoria

Come ho scritto nel capitolo della Clown terapia, anche gli articoli inerenti il disegno affermano che una situazione non conosciuta può indurre fantasie spaventose nel bambino, in questo caso riguardanti le procedure medico/chirurgiche e l'ambiente ospedaliero (Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens, & Vacik, 2006; Wennström, Törnbage, Hedelin, Nasic, & Bergh, 2013).

Nell'articolo di Wennström et al. (2013) mettono a confronto la paura e l'ansia, confermando che sono termini usati il più delle volte in modo intercambiabile in letteratura. Tuttavia affermano che vi sia una chiara distinzione tra l'ansia e la paura. L'ansia è definita come la risposta ad una minaccia non specifica, mentre la paura è la risposta ad una minaccia di una fonte ben definita (Wennström et al., 2013). Da quanto descritto nell'articolo, degli studi affermano che la nascita dello stato di ansia è la prima risposta dello stress. Fino a un certo livello, l'ansia rimane stabile, poi avanzando, si susseguono dei cambiamenti fisiologici, tra cui anche l'aumento di secrezione di cortisolo (ormone glucocorticoide) nella saliva (Wennström et al., 2013). Proprio per questo, in uno degli studi ricercati, hanno svolto un test, affermando che il cortisolo è un marcatore di stress facile da analizzare. L'utilizzo di esso, è una procedura consolidata per determinare i livelli di stress. Gli studiosi dichiarano che il tempo stimato tra un evento stressante e la produzione/rilascio di cortisolo nel plasma sia dai 15 ai 30 minuti (Wennström et al., 2013).

Wennström et al. (2013) continuano dando una spiegazione di stress; dichiarano che esso è un rapporto ininterrotto tra una persona e uno stimolo, che viene percepito come pericoloso o dannoso. Le persone, rispondono a questo stimolo a dipendenza di come valutano cognitivamente l'evento. Di seguito, si determina il suo significato e si valutano le risorse disponibili per far fronte all'evento stressante. Attraverso dei comportamenti di coping, si riuscirà ad affrontare o a tollerare meglio la situazione (Wennström et al., 2013). Tutto ciò può essere applicato anche ai bambini, i quali devono affrontare molte situazioni stressanti quali la separazione della famiglia, la perdita di controllo, le persone sconosciute, la paura del dolore, ... Come affermato in precedenza, essi contribuiscono ad aumentare il livello di ansia di un bambino prima e dopo l'intervento chirurgico. Anche il bambino valuterà cognitivamente la situazione, sarà però influenzato da molti fattori quali età, ricoveri precedenti, livello di sviluppo, vissuto, ... influenzando a sua volta i comportamenti di coping (Wennström et al., 2013).

Nel tentativo di ridurre al minimo queste reazioni di stress, gli operatori sanitari hanno creato dei programmi per preparare e far familiarizzare i bambini con le procedure e di conseguenza facilitare il coping. Questi programmi hanno preso forma attraverso filmati, libri, attività di gioco, disegni e giri sala operatoria (Brewer et al., 2006).

Nello specifico, i due articoli scelti per questo sottocapitolo, affrontano l'argomento del disegno utilizzato nella riduzione di ansia preoperatoria del bambino. Il disegno è un metodo facile, per il ricercatore e il medico, per riuscire a rompere il ghiaccio e valutare lo stato d'animo del bambino (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). Sono a disposizione un certo numero di prove di disegno per valutare lo stato emotivo dei bambini, l'ansia e il livello di sviluppo (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

I disegni sono spesso utilizzati come tecniche proiettive, ipotizzando che il bambino riflette il concetto di sé, le emozioni, i conflitti, gli atteggiamenti e i pensieri nel disegno (Brewer et al., 2006). Questo accade spesso e volentieri per tutti i bambini che non sono in grado o non vogliono verbalizzare. Dagli studi emerge l'aspetto che spesso il disegno viene utilizzato per indagare la storia, l'angoscia e la condizione psicologica del bambino. È utile per riuscire a chiarire le esigenze del bambino nei confronti di problematiche fisiche o psicologiche che possono provocare in lui disagio o ansia (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). Negli articoli trovati il disegno del bambino viene valutato attraverso un manuale, il CD: H. Questo è uno strumento utilizzato per determinare l'ansia nei bambini ricoverati, soprattutto prima e dopo un intervento (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). Inoltre è un mezzo convalidato, che è in un continuo cambiamento e sviluppo, poiché valutare lo stato emotivo in termini di ansia è molto complesso. Questo manuale è composto di tre parti:

La prima parte (A) contiene 14 elementi che sono segnati su una scala che va da 1 a 10 (dove 1 è il punteggio più basso e 10 il più alto) e si riferiscono alle seguenti caratteristiche: la posizione, la lunghezza e la larghezza della persona, espressione del volto, gli occhi, le dimensioni della persona in confronto all'ambiente, il colore più utilizzato, il numero di colori, l'uso della carta e il posizionamento, la qualità, la presenza di apparecchiature ospedaliere e il livello di sviluppo del bambino (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

La seconda parte (B) contiene 8 elementi che valutano gli alti livelli di ansia. Ai primi tre elementi (se presenti) vengono dati 5 punti al massimo per ogni elemento, mentre invece per i restanti 5, il punteggio massimo arriva anche fino a 10. Ad esempio, se il bambino omette dal disegno una parte del corpo vengono dati 5 punti, mentre se distorce la figura corporea vengono dati 10 punti (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

L'ultima parte (C) permette al valutatore di dare un punteggio complessivo al disegno. Un punteggio basso indica un livello d'ansia basso, mentre uno alto indica un livello d'ansia elevato. I punteggi sono da 1 a 10 (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

Il punteggio totale del CD: H può essere tra 15 e 215 punti. Un punteggio di 43 o meno indica un livello d'ansia molto basso, un risultato dai 44 agli 83 indica un basso livello di ansia, dagli 84 ai 129 un livello d'ansia medio, tra i 130 e i 167 indica un livello d'ansia al di sopra della media e 168 o più indica un livello d'ansia molto elevato (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

Dall'articolo di Wennström et al. (2013) è stato trovato che le concentrazioni di cortisolo salivare erano uguali per ogni età e non c'erano associazioni con i disegni dei bambini (in qualsiasi delle tre parti o nei singoli elementi del manuale). Questo, affermano gli autori, indica in modo molto convincente che i due strumenti utilizzati riflettono la condizione con due visuali diverse, anche se cercano di misurare lo stesso aspetto. Quale dei due sia quella più clinicamente vera, non possono confermarlo, ma possono dire che i livelli d'ansia aumentano nella fase preoperatoria (Wennström et al., 2013). I livelli di cortisolo nella saliva e i risultati dell'indagine del disegno ci mostrano che i bambini non avevano livelli d'ansia particolarmente alti il giorno dell'intervento. Credono che sia un livello normale di un aumento dello stress fisiologico, dove i bambini siano riusciti a gestire la situazione (Wennström et al., 2013).

Per quel che riguarda l'articolo di Brewer et al. (2006) lo studio dimostra che non ci sono state differenze di livelli d'ansia per quanto riguarda i bambini tra i 5 e gli 11 anni. Hanno però dimostrato che, attraverso una preparazione all'intervento chirurgico e uno specialista di vita dei bambini, i livelli d'ansia del bambino erano ridotti (Brewer et al., 2006). Questo tipo di preparazione rende molto meno ansioso il bambino soprattutto nel

post-operatorio, anche se viene eseguito anche nel preoperatorio (Brewer et al., 2006). Questi specialisti di vita del paziente pediatrico, sono formati nello sviluppo del bambino e sono professionisti che lavorano con i bambini in ambito sanitario cercando di alleviare lo stress e l'ansia che accompagnano la malattia e il ricovero in ospedale. Sostengono il ruolo infermieristico per affrontare insieme i livelli di ansia di un bambino, ma anche dei genitori, che possono influenzare la collaborazione con gli infermieri durante le visite di ammissione iniziale, l'induzione dell'anestesia e il tempo di ripresa postoperatoria (Brewer et al., 2006).

Lo studio dichiara che un approccio di collaborazione tra gli infermieri e gli specialisti di vita del bambino, dovrebbe migliorare i risultati globali del paziente diminuendo l'ansia nella popolazione pediatrica durante il giorno dell'intervento (Brewer et al., 2006).

In conclusione, i due studi suggeriscono da una parte l'importanza dell'introduzione degli specialisti di vita e del loro programma di preparazione attraverso il disegno, dall'altra affermano che i disegni possono essere utili per gli infermieri per facilitare il dialogo e il gioco con i bambini, creando con loro un'intesa e quindi aiutarlo a capire (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013).

7.3. Play terapia e riduzione dell'ansia preoperatoria

Esattamente come nei due capitoli precedenti, anche gli ultimi due articoli confermano che l'intervento è una fonte molto grande di stress per i bambini, che essendo vulnerabili, crea delle manifestazioni negative dell'emozioni (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). È quindi necessario ed importante stabilire degli interventi per riuscire a ridurre l'ansia, affinché si possano alleviare questi sentimenti negativi come anche il dolore postoperatorio. Confermano inoltre che ad influenzare l'ansia dei bambini, sia anche l'ansia dei genitori, che si sentono impotenti di fronte alla situazione da affrontare (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Quando possibile, i genitori dovrebbero essere incoraggiati a partecipare attivamente alla cura dei propri figli, specialmente nella fase preoperatoria (Li & Lopez, 2008). Un aspetto emerso in uno dei due studi è stato quello che, attraverso un test che misura le percezioni e le opinioni dei genitori prima dell'intervento del proprio figlio, i genitori che hanno avuto la possibilità di essere integrati nel gioco terapeutico erano più soddisfatti, commentando che valeva la pena introdurre il gioco terapeutico, anche se questo allungava un po' i tempi (Li & Lopez, 2008).

Per far fronte all'ansia Li e Lopez (2008) dichiarano che negli ultimi decenni, si è registrato un aumento dell'uso della "gioco terapia". Il gioco terapeutico, riferiscono, è un insieme di attività strutturate progettate secondo l'età, lo sviluppo cognitivo e le questioni relative alla salute. Il suo obiettivo principale è quello di promuovere il benessere psico-fisico dei bambini ricoverati in ospedale (Li & Lopez, 2008). Gli studi affermano che il gioco può permettere ai bambini di ritrovare il piacere, ma può soprattutto aiutarli a far esprimere le esperienze stressanti quali le procedure mediche o l'ambiente non familiare (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). In uno degli studi ricercati è stata evidenziata l'importanza del gioco come un aiuto a ritrovare l'autocontrollo. Ad esempio, l'articolo afferma che la visita in sala operatoria e la dimostrazione delle procedure fosse, per il bambino, un'opportunità di praticare lui stesso ciò che gli verrà fatto e quindi di diventare "insensibile" di fronte alle potenziali situazioni di stress (Li & Lopez, 2008). Dall'altra parte, continuano dichiarando che anche far visualizzare al bambino la procedura dell'induzione di anestesia, attraverso l'uso di una bambola, possa ridurre al minimo l'ansia del bambino (Li & Lopez, 2008).

Dagli studi è quindi emerso che i bambini che facevano parte del gruppo sperimentale (con l'opportunità di giocare) avevano manifestazioni emotive meno negative e il dolore

postoperatorio era inferiore rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, i bambini del gruppo sperimentale avevano livelli più bassi di ansia rispetto a quelli del gruppo di controllo (anche se non in tutti i punti relativi il test utilizzato) (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Questi risultati confermano quindi che il gioco terapeutico è efficace. Anche se gli articoli da me trovati sono stati effettuati in oriente, ritengono e affermano che i risultati degli studi possono essere applicati anche ai bambini in diversi contesti culturali, quindi anche ai bambini "occidentali" (He et al., 2015).

Dagli articoli è emerso che l'infermiere può incoraggiare i bambini ad esprimere i propri sentimenti per quanto riguarda l'operazione chirurgica, affinché possano essere trattati durante il gioco terapeutico (Li & Lopez, 2008). Grazie a queste azioni, gli infermieri capiranno meglio le preoccupazioni del bambino e quindi potranno sviluppare degli interventi infermieristici adatti alla regolazione dello stress emotivo. Si soffermano molto sull'aspetto che sia gli infermieri che i genitori, devono sapere che il gioco è fondamentale per ogni bambino, anche se malato (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Devono essere consapevoli dell'importanza di aggiungere il gioco terapeutico consono all'età del bambino, come una componente fondamentale nell'assistenza infermieristica olistica per poter ridurre al meglio l'ansia del paziente (Li & Lopez, 2008). Preparare i bambini e anche i loro genitori per un'operazione chirurgica è fondamentale, tanto da esser stato riconosciuto come una delle responsabilità più vitali di infermiere (Li & Lopez, 2008).

8. DISCUSSIONE

Attraverso l'analisi dei dati degli articoli da me analizzati ho potuto constatare effettivamente quanti benefici abbiano la clown terapia, il gioco e il disegno. Ognuno a suo modo ha contribuito nella riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino.

La clown terapia ha portato effettivamente a molti benefici, dove attraverso l'umorismo è riuscita a distrarre i bambini e a rendere l'intervento meno traumatico («Fondazione Theodora Onlus», s.d.). Nel quadro teorico, avevo descritto la funzione dei clown dottori e avevo constatato che la clown terapia fosse un fattore positivo, aiutando nella riduzione dello stress e dell'ansia (Mallett, 1995). Come ho potuto notare, gli articoli analizzati confermano questo aspetto, proponendo la clown terapia come metodo alternativo per ridurre l'ansia (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005). In particolar modo, l'umorismo è emerso in entrambe le parti, confermando che con il sorriso e l'ironia si hanno degli effetti positivi sul benessere sia fisico che mentale del bambino («Fondazione Theodora Onlus», s.d.; Mallett, 1995; Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Durante il mio periodo di stage sono riuscita ad entrare in contatto con questa figura, in particolar modo ho avuto la possibilità di vedere un dottor clown al lavoro con un bambino, poco prima di andare in sala operatoria. Questo bambino doveva affrontare un intervento di tonsillectomia. Il dottor clown, attraverso una farfalla calamita, un fonendoscopio molto particolare e altri vari oggetti, gli ha spiegato in grandi linee cosa gli avrebbero fatto e, sempre usando molto l'ironia, ha scherzato e gli ha chiesto come stava, se gli piacevano le infermiere e cosa pensava dell'intervento. Questo bambino è andato in sala operatoria con il sorriso sul viso e il risveglio è stato ottimo (i bambini si risvegliano dall'anestesia nella propria camera in reparto poiché l'ambiente è più familiare). È un mio vissuto che si collega bene con ciò che è stato scritto sia nella teoria, sia nei risultati emersi dagli articoli, confermando l'efficacia di questa strategia.

Un aspetto che non ho trovato nella teoria che invece è emerso negli articoli è l'obiezione della maggior parte degli operatori sanitari nell'introduzione di essa nel protocollo chirurgico (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005). Ciò non viene accettato poiché sembrerebbe aumentare il tempo impiegato per la routine di un intervento. Non si sono svolti studi che confermano o meno questa affermazione, quindi non si ha una vera risposta, ciò che dichiarano gli articoli è che la clown terapia ha portato dei benefici, ma è anche vero che il tempo è un fattore predittivo per l'ansia quindi si può dedurre che per quanto possa portare benefici la clown terapia, bisogna anche fare attenzione all'aspetto del tempo, in quanto molto importante per lo stato ansioso del bambino (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005).

Per quel che riguarda il disegno, la teoria affermava che era utilizzato come uno strumento per ridurre lo stress, ma che veniva anche usato come metodo di comunicazione, attraverso il quale il bambino poteva liberare la sua creatività e esprimere tutto il suo pensiero (Brewer et al., 2006; Siegel et al., 2016; Wennström et al., 2013). Negli articoli da me trovati viene confermata questa teoria, dimostrando che una delle funzioni del disegno è quella di misurare lo stato d'ansia del bambino. Questo ci può far capire che oltre ad essere utilizzato come metodo per ridurre l'ansia, viene usato per poter interpretare il disegno e quindi valutare lo stato emotivo del bambino, in questo caso prima di un intervento (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). In entrambe le parti, si conferma che il bambino a dipendenza dell'età di sviluppo, ha difficoltà ad esprimere verbalmente il suo vissuto o i suoi sentimenti e che molte volte ciò che interpretiamo noi, è diverso da ciò che realmente ci vuole dire il bambino (Brewer et al., 2006; Clatworthy et al., 1999; Wennström et al., 2013). Per questo, attraverso delle scale, viene interpretato

il disegno, dando così la possibilità al bambino di comprendere meglio sé stesso, liberandosi e sostenendo il processo di guarigione (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). Nel periodo di stage in pediatria mi è capitato di curare una ragazza asilante. Aveva la malaria e un'emoglobina molto bassa, per cui bisognava ricoverarla per poterla trasfondere. Lei purtroppo parlava solo tigrino e noi non sapevamo come riuscire a comunicarle molto velocemente cosa dovevamo andare a fare (la traduttrice sarebbe arrivata solo due giorni dopo l'ammissione). Alla fine abbiamo cercato di farglielo capire. Lei sembrava tranquilla, senza alcun problema. Il giorno dopo invece, entrando nella sua camera, rimasi stupita nel vedere un disegno sul suo comodino. Aveva disegnato lei in lacrime, con il sangue che le veniva trasfuso e molte croci nere sopra. Ci rimasi molto male e grazie a quel disegno avevo capito che lei non era contenta di quello che era successo. Anche questo episodio si ricollega alla teoria e ai risultati degli articoli analizzati, confermando che il disegno può misurare lo stato emotivo di un bambino ed è un metodo di comunicazione.

L'ultimo metodo non farmacologico è il gioco. Come espresso svariate volte dai libri e dagli articoli ritrovati, giocare è parte essenziale nella vita di un bambino («Associazione per la Play Therapy Italia», s.d.; Capurso, 2001; He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Anche in ospedale questo aspetto risulta fondamentale e come hanno constatato è un aspetto molto positivo anche per ridurre lo stato d'ansia del bambino nella fase preoperatoria (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). La teoria afferma che il gioco può essere un mezzo di comunicazione molto utile, oltre ad essere un oggetto che valorizza la parte sana del bambino (Capurso, 2001). Questo aspetto è molto importante per un bambino che si trova in ospedale, poiché, come affermano negli articoli, il bambino attraverso il gioco può esprimere ciò che sta provando e noi come infermieri o i genitori, abbiamo la possibilità di ascoltarlo e cogliere questi aspetti (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Spesso nel mio stage in pediatria, il gioco veniva usato per distrarre il bambino. Mi ricordo di un episodio dove abbiamo permesso ad una bambina di portare il suo gioco preferito fino alla sala operatoria. Sin da quando era in camera lei si era messa a giocare e permettendogli di andare in sala con quel gioco siamo riusciti a trattenere la sua ansia, che mostrava appena glie lo toglievi. Una volta sveglia, il suo gioco era da parte a lei e mi ricordo che aveva avuto un risveglio molto buono. Il gioco era permesso quasi sempre e mi ricordo che dare la possibilità ai bambini di giocare li rendeva molto felici. Anche questo ultimo episodio si integra con le affermazioni della teoria e degli articoli scientifici, confermando il reale beneficio del gioco.

Gli articoli da me trovati e di seguito esposti hanno avuto dei risultati abbastanza simili ma allo stesso tempo differenti. Da quello che è emerso dall'analisi dei dati, questi articoli hanno dei fattori in comune, in tutti e sei abbiamo constatato che l'esperienza della degenza è un evento traumatico per il bambino e che l'intervento è una fonte molto grande di ansia (Brewer et al., 2006; He et al., 2015; Li & Lopez, 2008; Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005; Wennström et al., 2013). Inoltre, un elemento che è emerso, è l'ansia dei genitori (questo viene anche confermato dalla teoria esposta) (Carpenito-Moyet, 2006). È molto interessante il fatto che in tutti e sei gli articoli viene dichiarato che l'ansia dei genitori può influenzare quella del bambino e viceversa. Perciò si è visto che se si riduce l'ansia del bambino, anche i genitori staranno meglio (Brewer et al., 2006; He et al., 2015; Li & Lopez, 2008; Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005; Wennström et al., 2013).

Oltre ad esserci dei punti in comune, ci sono anche degli aspetti differenti. Se dovessi comparare i risultati emersi potrei dire che esiste un fondo comune, ovvero che tutte e tre le strategie alternative portano beneficio al bambino, però ci sono delle differenze; la clown terapia è risultata essere positiva, con effetti benefici, ma ha avuto un'obiezione da parte degli operatori sanitari poiché affermavano allungasse il tempo del protocollo chirurgico (Messina et al., 2014; Vagnoli et al., 2005); invece il disegno è stato visto come un mezzo per valutare lo stato d'ansia, piuttosto che come mezzo per ridurla (Brewer et al., 2006; Wennström et al., 2013). Infine il gioco, che hanno constatato avere molti effetti positivi, senza trovare particolari effetti collaterali (He et al., 2015; Li & Lopez, 2008). Si può quindi dedurre che la strategia che più porta beneficio, mettendo d'accordo tutti, è la play terapia, poiché non ha particolari effetti collaterali e viene utilizzata proprio come strumento per ridurre l'ansia del bambino nella fase preoperatoria.

8.1. Raccomandazioni per la pratica

Come infermieri noi abbiamo diversi doveri verso i pazienti che andiamo a curare. Io, attraverso alcune competenze dell'infermiere SUP, mi sono collegata al ruolo dell'infermiere comparandolo ai risultati degli articoli. Ho deciso di compararli con i seguenti ruoli:

- *Ruolo di esperto*: l'infermiere è responsabile del suo agire professionale e delle relative decisioni/valutazioni, all'interno del sistema sanitario («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.). L'infermiere ha quindi il compito di valutare se la clown terapia, il disegno o il gioco, in quel momento, stanno dando beneficio al bambino e se così non fosse, dovrebbe essere responsabile, decidendo di cambiare metodo.
- *Ruolo di comunicatore*: l'infermiere ha il dovere di permettere lo sviluppo di rapporti di fiducia nel proprio contesto e soprattutto quello di trasmettere informazioni in maniera mirata («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.) Come abbiamo potuto constatare da tutti e sei gli articoli, ma anche dalla teoria e dalla carta dei diritti del bambino, ognuno di essi ha il diritto di avere le informazioni adeguate al contesto, all'età e allo sviluppo cognitivo, nonché dare delle informazioni adatte riuscirà a ridurre l'ansia nel bambino poiché aiuterà nella comprensione della situazione. L'infermiere deve adattare la propria comunicazione alla determinata situazione («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.) e quando necessario, utilizzare metodi alternativi per poter comunicare (gioco, disegno, clown terapia,...)
- *Ruolo di membro di un gruppo di lavoro*: l'infermiere deve partecipare in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.). Questo ruolo lo possiamo abbinare soprattutto alla clown terapia, dove si lavora a contatto con i clown dottori, che sono un'altra figura professionale all'interno della pediatria, ma non solo, anche con gli educatori che possono far parte del team e che di solito si occupano del gioco o del disegno.
- *Ruolo di promotore della salute*: l'infermiere si basa in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperto e sfrutta la sua influenza nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.). Collegandolo con le tre terapie alternative, l'infermiere deve far sì che i pazienti possano far uso di approcci specifici (mezzi disponibili per prevenire e soprattutto affrontare la malattia affinché possa mantenere un buon livello di qualità di vita) («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.), questo grazie ai metodi alternativi da me citati, può essere

eseguito poiché oltre a dare la possibilità di esprimere sentimenti ed emozioni, aiutano il bambino a trovare le risorse interne per far fronte alla situazione di stress come può essere un'operazione.

- *Ruolo di apprendente e insegnante*: l'infermiere si impegna per l'apprendimento permanente basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l'applicazione del sapere basato su prove scientifiche («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.). L'infermiere ha quindi il compito di condividere con il resto dell'équipe le nozioni acquisite attraverso le evidenze scientifiche, ad esempio sulle tre strategie da me proposte, affinché l'informazione arrivi anche ad altri professionisti.
- *Ruolo di manager*: l'infermiere si fa carico della direzione specialistica, contribuisce all'efficacia dell'organizzazione e sviluppa la propria carriera professionale («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale», s.d.). L'infermiere quindi ha il compito di aggiornarsi, in reparto o autonomamente, sulle migliori cure disponibili per il bambino, che siano farmacologiche o in questo caso, non farmacologiche.
- *Ruolo legato all'appartenenza professionale*: l'infermiere si impegna per la salute e per la qualità di vita delle singole persone e della società («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», s.d.). Questo punto mette in comune tutti gli altri; l'infermiere ha il dovere di agire rispettando le scelte dei pazienti e dei genitori, ponendosi in modo etico. Quindi se un bambino dovesse rifiutare i clown poiché ha paura, bisogna accettare la sua scelta senza forzarlo.

Attraverso questi metodi, noi infermieri possiamo capire il vissuto del bambino, potremmo ascoltarlo e soprattutto conoscerlo.

8.2. Raccomandazioni per un'eventuale ricerca futura

Nell'analisi dei dati sono emerse molte domande, alle quali sarebbe interessante riuscire a rispondere. Come scritto in precedenza, dato che la clown terapia è stata vista come una strategia che allungava molto i tempi delle procedure chirurgiche, sarebbe interessante poter fare una ricerca e uno studio che affermi o meno questa considerazione. Questo affinché si possa dimostrare che la clown terapia può essere positiva anche se il tempo dovesse allungarsi. Come hanno consigliato anche negli articoli, se la risposta dovesse essere favorevole alla clown terapia, farebbe cambiare idea agli operatori sanitari, che forse accetterebbero l'integrazione di questa metodologia nelle procedure della fase preoperatoria. Oltre a ciò, sarebbe anche molto interessante riuscire a creare uno studio qua in Ticino, che constatasse l'utilità del disegno come mezzo per ridurre l'ansia e non solo come strumento per misurarla.

Infine sarebbe molto interessante continuare a studiare l'utilizzo del gioco, magari nella nostra realtà, creando delle tabelle con i giochi più utilizzati per far fronte alle situazioni d'ansia.

9. CONCLUSIONE

La riduzione dell'ansia in un reparto pediatrico è un tema molto importante, soprattutto quando si tratta della fase preoperatoria poiché influisce su tutto il decorso postoperatorio e su tutta la degenza del bambino in ospedale. Inoltre è essenziale prendersi a carico il bambino, ma in parte anche i genitori, affinché le loro emozioni non influiscano negativamente sul proprio figlio, dato che si è confermato che ci sia un collegamento tra i sentimenti del bambino e quelli della madre e del padre.

È importante consultare la letteratura scientifica per trovare tutte le strategie adatte per rendere l'esperienza di un intervento meno traumatica possibile. I tre metodi analizzati in questa revisione hanno avuto esiti positivi, ma la strategia che ha evidenziato più successo, sia dagli operatori che dai bambini, è stata quella del gioco.

Concludo questa revisione citando un breve testo scritto da un bambino di 11 anni che descrivere come vorrebbe l'ospedale, dove include anche i clown, i giochi e i disegni: *“Quante cose brutte nell'ospedale! Tutto da cambiare! Faccio di tutto per diventare capo degli ospedali pediatrici. Chiamo tutti i miei collaboratori e propongo loro queste modifiche: cominciamo dal vitto, che non è buono: invece della minestrina, a cena, pasta proveniente da un ristorante; patatine fritte ed “Happy Meal” del “Mc Donald's” per secondo ed infine torta al cioccolato. Camere più colorate, campi da calcetto e piscine, niente scuola! Al posto degli infermieri i clown ed invece dei medici, giocatori di calcio della propria squadra del cuore. Invece delle siringhe, coni da gelato, acqua minerale anziché flebo, al posto dei sostegni per flaconi delle medicine, alberi della “cuccagna” con giocattoli appesi ed infine, al posto delle finestre sempre chiuse, porte che conducono a grandi piazze dove incontrare parenti e amici. [...]”* (Saccomani & Gamba, 2003).

10. VALUTAZIONE E LIMITAZIONI DELLA REVISIONE

Per fare la valutazione della revisione mi sono affidata ai criteri esplicitati da Pomponio e Colosso (2005), affinché, attraverso delle caratteristiche specifiche, posso considerare validi i risultati emersi.

Queste caratteristiche sono:

1. La revisione risponde ad un quesito clinico specifico?
Il quesito deve essere facilmente comprensibile dal titolo o dall'abstract, riuscendo così a ricreare gli elementi dell'acronimo P.I.C.O.
2. Gli articoli che sono stati utilizzati per creare la revisione, sono stati selezionati secondo dei criteri appropriati?
Devono essere descritti i criteri d'esclusione/inclusione e il metodo per valutare gli articoli selezionati.
3. È esaustiva la ricerca degli studi inseriti nella revisione, abbastanza da rendere poco probabile l'omissione di studi rilevanti?
È importante vedere se l'autore abbiamo ricercato i suoi articoli in principali banche dati (PubMed, Medline, ...) e senza limitarsi agli studi in lingua inglese o agli studi pubblicati.
4. La qualità degli articoli è stata opportunamente valutata?
Deve essere esplicitato il metodo di valutazione degli articoli che è stato utilizzato.
5. Riproducibilità del protocollo?
Per evitare errori, sarebbe opportuno che la revisione sia svolta da minimo due ricercatori.
6. I risultati emersi dagli studi selezionati, sono simili tra loro?
Per arrivare ad una conclusione fondata, i risultati degli articoli dovrebbero essere omogenei e coerenti, se così non fosse è importante considerarli con cautela.

(Pomponio & Colosso, 2005)

Per quel che concerne il primo punto, trovo che il mio quesito di ricerca sia ben definito e chiaro, questo grazie all'utilizzo dell'acronimo P.I.C.O.

Gli studi da me inclusi, sono stati selezionati tramite dei criteri esplicitati nel capitolo della selezione degli articoli e di seguito sono stati valutati tramite una scala adibita a ciò. Questa scala si divideva in diversi criteri con un punteggio variabile, con la quale alla fine potevi constatare se gli articoli erano di buona qualità o meno.

Per quanto concerne il terzo punto, la risposta si può trovare nel capito in cui è stato descritto il percorso di ricerca, dove, attraverso le principali banche dati ho trovato gli articoli. Purtroppo però, non avendo accesso a tutti gli articoli presenti, non posso confermare di aver preso tutti gli studi inerenti al tema e questo può portare ad un maggiore rischio di bias. La quarta domanda trova risposta nella domanda due, dove esplicito l'utilizzo di una scala di valutazione della qualità degli articoli, in particolare quella di Zangaro e Soeken (2007). Per quanto concerne il penultimo punto, essendoci solo un ricercatore, può aumentare il rischio di bias, anche se in caso di dubbi, è stato consultato un secondo ricercatore che, in questo caso, è la direttrice di tesi. Per quel che concerne l'ultima domanda, posso dire che gli studi che ho selezionato sono molto simili. Per ogni argomento sono stati selezionati due articoli, per un totale di sei studi; ognuno di essi era simile all'articolo con cui faceva coppia, difatti i risultati emersi erano molto affini.

Personalmente trovo che la revisione da me svolta soddisfi la maggior parte dei criteri citati, anche se sono presenti dei limiti, penso che si possa considerare una revisione di buona qualità.

11. CONCLUSIONI PERSONALI

Scegliere l'argomento per questa tesi è stato difficile, forse la parte più complicata del lavoro di Bachelor. Fin dall'inizio ho cercato un tema che mi appassionasse, qualcosa che avevo vissuto sulla mia pelle e che potevo scegliere per approfondirlo ancora di più. Durante lo stage in pediatria ho visto molti interventi e ho vissuto diversi momenti in cui il bambino era ansioso nella fase preoperatoria; spesso si utilizzavano i tre metodi da me analizzati per riuscire a calmare il bambino. Sono delle strategie con cui venivo a contatto quotidianamente e aver avuto la possibilità di approfondire l'argomento è stato molto interessante.

Grazie a questo lavoro sono riuscita a raggiungere gli obiettivi da me prefissati all'inizio e sono contenta di aver avuto una risposta. La tesi mi è servita per capire il ruolo delle evidenze scientifiche correlate al nostro lavoro, finalmente ho trovato uno strumento che mi seguirà e mi aiuterà nella mia esperienza professionale e che potrò condividere con i miei futuri colleghi.

Sono molto soddisfatta di questo lavoro, poiché sono riuscita a concluderlo in un momento difficile del mio percorso personale e aver avuto una risposta alla mia domanda di ricerca è una grande soddisfazione. Tutte le nozioni da me acquisite entreranno a far parte del bagaglio di conoscenza che sono riuscita a creare in questo percorso scolastico e professionale, portandolo con me nelle mie esperienze future.

Concludo, augurandomi che il lavoro di tesi che ho svolto, possa essere un utile apporto ai professionisti e non solo, interessati a questo argomento.

12. RINGRAZIAMENTI

Vorrei iniziare ringraziando la mia direttrice di tesi Silvana Branca, poiché oltre ad avermi seguito in questo percorso, è riuscita a darmi positività e sostegno in un momento difficile della mia vita, dandomi così la forza per continuare.

Grazie ai miei genitori, per esserci sempre stati e per avermi dato la possibilità di inseguire il mio sogno, ovvero quello di diventare infermiera. Li ringrazio per avermi incoraggiata, per avermi lasciato i miei momenti di libertà e per aver affrontato insieme a me i momenti più difficili. Avete sempre creduto in me e vi ringrazio per questo.

Grazie a mio fratello Dejan, che con le sue parole confortanti e la sua vicinanza, sono riuscita ad andarmi avanti, sapendo sempre che posso contare su di lui. Insieme alla mamma e al papà, siete le persone più importanti della mia vita.

Grazie alle mie compagne di scuola, che senza di loro non ce l'avrei mai fatta. Ci siamo sostenute, ci siamo consigliate, abbiamo pianto e riso assieme. Grazie per tutto quello che avete fatto per me, non lo dimenticherò mai.

Grazie alle mie migliori amiche, per i mille sorrisi, per avermi portato fuori di casa quando non ce la facevo più, per avermi distratto e soprattutto sostenuto. Siete una parte fondamentale della mia vita.

Per finire, ringrazio tutti i docenti che hanno mi hanno accompagnata in questi tre anni. Complimenti per come svolgete il vostro lavoro, se sono arrivata fino a qui, è in gran parte grazie a voi!

13. FONTI

13.1. Bibliografia

Badon, P., & Cesaro, S. (2002). *Manuale di nursing pediatrico*. Milano: CEA.

Badon, P., & Zampieron, A. (2010). *Procedure infermieristiche in pediatria*. Rozzano: CEA.

Barelli, P., & Spagnolli, E. (2004). *Nursing di salute mentale*. Roma: Carocci Faber.

Capurso, M. (2001). *Gioco e studio in ospedale: creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*. Trento: Centro studi Erickson.

Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica*. Milano: CEA.

Castelli, C., & Sbattella, F. (2008). *Psicologia del ciclo di vita*. Milano: F. Angeli.

Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata sulle prove di efficacia: guida operativa per l'evidence-based nursing*. Milano: McGraw-Hill.

Farnè, M. (2003). *L'ansia*. Bologna: Il mulino.

Filippazzi, G. (2004). *Un ospedale a misura di bambino: esperienze e proposte*. Milano: Angeli.

Hamer, S., & Collinson, G. (2002). *Evidence-based practice: assistenza basata su prove di efficacia*. Milano: McGraw-Hill.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Palese, A. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica* (Quinta). Milano: McGraw-Hill.

Moretto, C. (2003). *L'assistenza di base in pediatria: l'infermiere e la salute del bambino*. Roma: Carocci Faber.

Nucchi, M. (1995). *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*. Milano: Sorbona.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Palese, A. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (1a edizione italiana sulla 8a americana). Milano: McGraw-Hill.

Pomponio, G., & Colosso, A. (2005). *EBM e metodologia della ricerca er le professioni*. Torino: CGedizioni medico scientifiche.

Ricottini, L. (2002). *Quando il paziente è un bambino: problemi di relazione*.

Saccomani, R., & Gamba, A. (2003). *Oggi comando io: psicologia, etica ed economia sanitaria nella gestione delle malattie oncologiche pediatriche: problemi e indicazioni emersi dall'esame di scritti di bambini e ragazzi ricoverati per malattie tumorali*. Milano: Cortina.

13.2. Articoli scientifici

Barkmann, C., Siem, A.-K., Wessolowski, N., & Schulte-Markwort, M. (2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics*, 13, 166. <http://doi.org/10.1186/1471-2431-13-166>

Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 21(1), 13–22. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.06.004>

Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M. E. (1999). Child Drawing: Hospital—An instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 2–9. [http://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80054-2](http://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80054-2)

- He, H.-G., Zhu, L., Chan, S. W.-C., Liam, J. L. W., Li, H. C. W., Ko, S. S., ... Wang, W. (2015). Therapeutic play intervention on children's perioperative anxiety, negative emotional manifestation and postoperative pain: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1032–1043. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/jan.12608>
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a «gold standard»? *Anesthesia and Analgesia*, 85(4), 783–788.
- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*, 13(2), 63–73. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00138.x>
- Mallett, J. (1995). Humour and laughter therapy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 1(3), 73–76. [http://doi.org/10.1016/S1353-6117\(05\)80080-0](http://doi.org/10.1016/S1353-6117(05)80080-0)
- Messina, M., Molinaro, F., Meucci, D., Angotti, R., Giuntini, L., Cerchia, E., ... Brandigi, E. (2014). Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy. *La Pediatria Medica E Chirurgica: Medical and Surgical Pediatrics*, 36(5–6), 98. <http://doi.org/10.4081/pmc.2014.98>
- Siegel, J., Iida, H., Rachlin, K., & Yount, G. (2016). Expressive Arts Therapy with Hospitalized Children: A Pilot Study of Co-Creating Healing Sock Creatures©. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 92–98. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.006>
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116(4), e563-567. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-0466>
- Wennström, B., Törnåge, C.-J., Hedelin, H., Nasic, S., & Bergh, I. (2013). Child Drawings and Salivary Cortisol in Children Undergoing Preoperative Procedures Associated With Day Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(6), 361–367. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.009>

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445–458.
<http://doi.org/10.1002/nur.20202>

13.3. Siti internet

Associazione per la Play Therapy Italia. (s.d.). Recuperato 3 dicembre 2015, da
<http://www.apl-italia.org/wordpress/>

Fondazione Theodora Onlus - Dal 1995 un sostegno per i bambini in ospedale. (s.d.-b).
Recuperato 20 novembre 2015, da <http://it.theodora.org/it>

SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP. (s.d.). Recuperato 19 giugno 2016, da
<http://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html>

13.4. Iconografia

pediatría Archivos. (s.d.). Recuperato 22 luglio 2016, da
<http://www.chiphospital.es/tag/pediatria/>

14. ALLEGATI

14.1. *Tabelle riassuntive degli articoli*

Autori	M.Messina, F. Molinaro, D. Meucci, R. Angotti, L.Giuntini, E.Cerchia, A.I. Bulotta, E.Brandigi.
Anno	2014
Titolo	<i>Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy: Clown therapy ad non medical approach to manage preoperative anxiety in children.</i>
Giornale	Ped. Med. Chir., 36: 203-206
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio:</u> Studio quantitativo e qualitativo</p> <p><u>Campione:</u> 885 pazienti pediatrici (634 maschi e 251 femmine), età compresa tra i 5 e i 12 anni.</p> <p><u>Contesto:</u> Policlinico “Le Scotte”, Siena (IT).</p> <p><u>Metodologia:</u> In questo studio i bambini sono stati suddivisi in due gruppi: il primo gruppo è stato chiamato “<i>study group</i>” e comprendeva 444 bambini (310 maschi e 134 femmine), mentre il secondo è stato chiamato “<i>control group</i>” e comprendeva 441 bambini (324 maschi e 117 femmine). I bambini del primo gruppo sono stati accolti dall’infermiere, che subito cercava di focalizzare il loro pensiero sulla possibilità della Clown terapia, dandogli così la possibilità di distrarsi con i dottor clown. Prima dell’intervento, oltre all’infermiera e ad un genitore, anche il clown accompagnava i bambini in sala operatoria. Mentre invece i bambini del secondo gruppo sono stati accolti dagli infermieri che li hanno informati sull’intervento e gli hanno proposto metodi di distrazione (giochi) affinché li aiutassero a rilassarsi, poi sono stati accompagnati in sala operatoria da un genitore e da un infermiere. Ognuno di questi bambini veniva osservato in due momenti, uno in sala d’attesa e uno poco prima dell’induzione dell’anestesia, questo, attraverso la Anxiety Scale Yale Preoperative modified (m-YPAS), che usa una forma di comportamento di osservazione per determinare il livello d’ansia.</p> <p><u>Obiettivi:</u> Valutare l’efficacia della Clown therapy durante la degenza in ospedale del bambino così da poter: ottimizzare il trattamento e la cura, prevenire possibili alterazioni comportamentali e potenziare la qualità di vita del bambino.</p> <p><u>Risultati:</u> Si è constatato che in sala d’attesa, non ci sono state differenze riguardanti l’età o il tipo di intervento chirurgico, ma si è notato che il livello d’ansia dei bambini che hanno avuto la possibilità di essere a contatto con i clown, era minore rispetto all’altro gruppo di bambini. Per quel che riguarda invece il momento di induzione dell’anestesia, non si sono trovate correlazioni o differenze tra la presenza di Clown o meno.</p> <p><u>Conclusioni:</u> Si è stabilito che la relazione tra la Clown terapia e i livelli d’ansia è positiva. Si aggiunge anche che l’integrazione dei genitori può essere di fondamentale importanza, rendendo il risultato ancora più positivo. Bisogna però fare attenzione, poiché l’opinione di diversi medici su questa strategia alternativa non è buona e di conseguenza può rendere difficile l’inclusione di quest’ultima nella normale routine.</p>

Autori	Laura Vagnoli, Simona Caprilli, Arianna Robiglio e Andrea Messeri.
Anno	2005
Titolo	<i>Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A randomized prospective study.</i>
Giornale	PEDIATRICS Vol. 116
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio:</u> Studio randomizzato e prospettico.</p> <p><u>Campione:</u> 40 bambini di età compresa tra i 5 e i 12 anni. Sono stati coinvolti i genitori.</p> <p><u>Contesto:</u> Ospedale pediatrico Meyer, Firenze (IT).</p> <p><u>Metodologia:</u> I bambini sono stati suddivisi in modo casuale in due gruppi: il primo gruppo (20 bambini) è stato denominato “<i>clown group</i>” ed è stato accompagnato in sala operatoria dal genitore e dal clown. Il secondo gruppo invece (con i restanti 20 bambini), è stato chiamato “<i>control group</i>” ed è stato accompagnato in sala operatoria dai genitori. Il livello d’ansia dei bambini nel preoperatorio è stato misurato attraverso la scala m-YPAS. Oltre a ciò è stato misurato anche il livello d’ansia dei genitori, attraverso la State-Trait Anxiety Inventory, che è uno strumento auto valutativo per misurare il livello d’ansia dei genitori. Inoltre, è stato costruito un questionario per gli operatori sanitari al fine di ottenere il loro parere circa la presenza dei clown e una forma di auto-valutazione è stata redatta per essere compilata dai clown stessi circa le loro interazioni con il bambino.</p> <p><u>Obiettivi:</u> Analizzare gli effetti della presenza dei clown sull’ansia preoperatoria di un bambino durante l’induzione dell’anestesia e sul genitore che lo accompagna fino al momento in cui si addormenta.</p> <p><u>Risultati:</u> Si è constatato che il “<i>clown group</i>” era significativamente meno ansioso rispetto al “<i>control group</i>” durante l’induzione di anestesia. Nel “<i>control group</i>” si è notato che c’è stato un aumento di ansia in sala d’induzione rispetto la sala d’attesa. Mentre nel “<i>clown group</i>”, non era significativamente differente l’ansia provata nei due luoghi differenti. Il questionario che era stato consegnato agli operatori sanitari ha indicato che: I clown erano un vantaggio per il bambino, ma che la maggior parte del personale si è opposto a procedere con il programma a causa di ostacoli percepiti con le procedure della sala operatoria. La correlazione tra la forma di autovalutazione dell’efficacia della Clown terapia e il punteggio della m-YPAS è significativa sia per la sala d’attesa che per la sala d’induzione. .</p> <p><u>Conclusioni:</u> Questo studio comprova che la presenza dei clown durante l’induzione dell’anestesia con l’integrazione dei genitori nell’assistenza, è stato un intervento molto efficace per gestire sia l’ansia dei bambini che quella dei genitori nella fase preoperatoria. Bisognerebbe incoraggiare la promozione di questa forma di terapia alternativa e di distrazione nel trattamento dei bambini che vengono sottoposti ad un intervento chirurgico, ma la contrapposizione del personale medico rende tutto ciò molto difficile da inserire nell’attività della sala operatoria.</p>

Autori	Stephanie Brewer, Shannon L. Gleditsch, Doroty Syblik, Mary E. Tietjens e Heidi W. Vacik.
Anno	2006
Titolo	<i>Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery</i>
Giornale	Journal of Pediatric, Vol. 21, No. 1
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio</u>: Studio qualitativo</p> <p><u>Campione</u>: 142 bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni.</p> <p><u>Contesto</u>: Ospedale pediatrico Texas, Houston.</p> <p><u>Metodologia</u>: I bambini sono stati suddivisi in due gruppi: 80 bambini nel gruppo sperimentale, mentre 62 nel gruppo di non intervento. Senza dare nessuna spiegazione e senza l'aiuto dei genitori, ad ogni bambino è stato chiesto di disegnare una persona in ospedale. Una volta completato, il gruppo sperimentale di bambini è stato visto da uno degli specialisti di vita del bambino. Lo specialista non era a conoscenza di chi è stato iscritto al gruppo sperimentale. Il compito dello specialista era quello di far fare un giro di 20 minuti alle famiglie e ai bambini in sala operatoria, spiegandogli tutta la procedura chirurgica. Gli viene data la possibilità di toccare e esplorare diversi oggetti all'interno e inconsapevolmente vengono valutati dallo specialista di vita per determinare la sua comprensione. I bambini sono informalmente valutati durante la preparazione per determinare la loro comprensione dello sviluppo di un intervento chirurgico. Una volta effettuata tutta la procedura e il bambino affronta l'intervento, gli viene chiesto, dopo 5 giorni post-operatori, di fare un ulteriore disegno. Una volta conclusi i disegni, lo specialista di vita li ha analizzati e interpretati tramite il manuale CD:H.</p> <p><u>Obiettivi</u>: Determinare se i bambini preparati per l'intervento chirurgico, attraverso l'interpretazione del disegno da uno specialista di vita del bambino, abbiano livelli d'ansia minori rispetto ai bambini che non facevano parte del gruppo sperimentale.</p> <p><u>Risultati</u>: Si è constatato che non ci sono differenze tra i due gruppi per quanto riguarda età e sesso, ma si è notato che il gruppo di non intervento aveva dei livelli di ansia maggiori tra la fase preoperatoria e quella postoperatoria, ciò non si è invece notato nel gruppo sperimentale che aveva affrontato una preparazione (vi è stata una diminuzione non significativa dei livelli d'ansia)</p> <p><u>Conclusioni</u>: Lo studio ha dimostrato che i bambini che hanno avuto la possibilità di avere una preparazione dallo specialista di vita del bambino aveva meno ansia dopo l'intervento rispetto a quelli che non erano preparati.</p>

Autori	Berith Wennström, Carl-Johan Törnhage, Hans Hedelin, Salmir Nasic e Ingrid Bergh.
Anno	2013
Titolo	<i>Child Drawings and salivary cortisol in children undergoing preoperative procedures associated with day surgery.</i>
Giornale	Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol. 28, No.6, pp 361-367
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio</u>: Studio qualitativo.</p> <p><u>Campione</u>: 93 bambini (79 maschi e 14 femmine) con età compresa tra i 5 e gli 11 anni.</p> <p><u>Contesto</u>: Ospedale in Svezia.</p> <p><u>Metodologia</u>: In questo studio, nel giorno dell'intervento, al mattino presto al bambino si misurava la concentrazione di cortisolo nella saliva con il cotton-fioc sterile. In seguito facevano disegnare al bambino una persona all'ospedale (che successivamente veniva interpretato attraverso il manuale CD:H). Alla fine si faceva la comparazione tra i due risultati per determinare il livello d'ansia del bambino.</p> <p><u>Obiettivi</u>: Determinare il livello d'ansia e di stress nella fase preoperatoria del bambino e analizzare l'associazione tra la misurazione oggettiva del livello di stress (concentrazione di cortisolo nella saliva) e l'interpretazione soggettiva del disegno effettuato attraverso la versione svedese del manuale CD: H.</p> <p><u>Risultati</u>: Non ci sono associazioni tra la concentrazione di cortisolo nella saliva e il punteggio del CD:H</p> <p><u>Conclusioni</u>: I disegni possono essere utili al personale sanitario per dialogare o giocare con il bambino, creando l'opportunità di comprendere ciò che vorrebbero dirci.</p>

Autori	Hong-Gu He, Lixia Zhu, Sally Wai-Chi Chan, Joanne Li Wee Liam, Ho Cheung William Li, Saw Sandar Ko, Piyanee Klainin-Yobas e Wenru Wang
Anno	2014
Titolo	<i>Therapeutic play intervention on children's perioperative anxiety, negative emotional manifestation and postoperative pain: a randomized controlled trial</i>
Giornale	Journal of Advanced Nursing 71, 1032-1043
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio</u>: Studio qualitativo.</p> <p><u>Campione</u>: 95 bambini, età compresa tra i 6 e i 14 anni.</p> <p><u>Contesto</u>: Ospedale di Singapore.</p> <p><u>Metodologia</u>: I bambini sono stati suddivisi in due gruppi: il primo gruppo, composto da 48 bambini era quello sperimentale, mentre il secondo, composto da 47 bambini, era il gruppo di controllo. IL primo gruppo ha avuto la possibilità di giocare per un'ora, mentre il secondo ha avuto informazioni normali di routine. Lo stato d'ansia, le manifestazioni emotive negative e il dolore post-operatorio sono stati misurati il giorno dell'intervento e circa 24 ore dopo attraverso la STAI-C (The State-Trait Anxiety Inventory for Children). Questa scala è considerata la "gold standard" per misurare il livello d'ansia dei bambini dai 5 anni in poi.</p> <p><u>Obiettivi</u>: Determinare se l'intervento terapeutico che può produrre il gioco, possa ridurre l'ansia preoperatoria, la manifestazione negativa delle emozioni e il dolore post-intervento nei bambini sottoposti ad un ricovero per un'operazione.</p> <p><u>Risultati</u>: I bambini del gruppo sperimentale hanno manifestato una leggera diminuzione dei livelli di ansia, mentre quelli nel gruppo di controllo hanno avuto un leggero aumento. Entrambi i gruppi hanno mostrato una riduzione sostanziale dei livelli di ansia tra il giorno dell'intervento e circa 24 ore dopo l'operazione. Tuttavia, i bambini del gruppo sperimentale hanno mostrato una maggiore riduzione dei livelli d'ansia rispetto al gruppo di controllo.</p> <p><u>Conclusioni</u>: Il gioco terapeutico è efficace nel moderare le manifestazioni emotive negative prima dell'induzione dell'anestesia e nella riduzione del dolore post-operatorio nei bambini sottoposti a un intervento. Questi risultati suggeriscono che è utile dare ai bambini la possibilità di giocare prima di un'operazione.</p>

Autori	Ho Cheung William Li and Violeta Lopez
Anno	2008
Titolo	<i>Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study</i>
Giornale	JSPN Vol. 13, No.
Contenuti	<p><u>Disegno dello studio</u>: Studio qualitativo.</p> <p><u>Campione</u>: 203 bambini, età compresa tra i 7 anni e i 12 anni.</p> <p><u>Contesto</u>: Ospedale in Cina.</p> <p><u>Metodologia</u>: I bambini sono stati suddivisi in due gruppi: 106 sono stati assegnati in modo casuale al gruppo di controllo e 97 sono stati assegnati al gruppo sperimentale. Nel gruppo di controllo, i bambini e i loro genitori hanno ricevuto il trattamento di routine donandogli varie informazioni. Nel gruppo sperimentale invece, i bambini e i loro genitori, sono stati invitati una settimana prima dell'intervento a partecipare a circa un'ora di gioco terapeutico. Esso è stato realizzato in un piccolo gruppo di cinque bambini e genitori. Il gioco terapeutico in questo caso, comprendeva una serie di attività strutturate, volte a preparare psicologicamente i bambini per un intervento chirurgico in base al loro sviluppo psicosociale e cognitivo. Il contenuto di queste attività comprendeva una visita preoperatoria in sala, una dimostrazione con una bambola e una dimostrazione "di ritorno" sulle procedure chirurgiche.</p> <p><u>Obiettivi</u>: Esaminare l'efficacia e l'opportunità di utilizzare il gioco terapeutico nella preparazione chirurgica del bambino.</p> <p><u>Risultati</u>: I risultati confermano l'efficacia e l'opportunità di utilizzare il gioco terapeutico nel preparare i bambini per l'intervento chirurgico.</p> <p><u>Conclusioni</u>: I risultati di questo studio promuovono la consapevolezza degli infermieri e dei genitori che il gioco è una parte molto importante della vita dei bambini. È inoltre molto importante integrare il gioco terapeutico come una componente essenziale della cura olistica e infermieristica del bambino nella fase preoperatoria.</p>

14.2. The Yale Preoperative Anxiety Scale

Versione modificata in italiano:

Attività

1. Si guarda intorno, curiosa, gioca con i giocattoli, legge (o altri aspetti adatti alla loro età); si muove nella camera del "trattamento" per prendere i giocattoli o per andare dal genitore; si muove verso le attrezzature della sala operatoria;
2. Non esplora o non gioca, guarda in basso, si agita con le mani o succhia il pollice; si siede vicino al genitore durante l'attesa;
3. Passa i giocattoli al genitore senza uno scopo, è frenetico o ha dei movimenti frenetici o di gioco; si agita, si muove sul tavolo; spinge via la maschera o si aggrappa al genitore;
4. È attivo cercando di allontanarsi, spinge con i piedi e le braccia, si muove continuamente in sala d'attesa, in giro senza guardare i giocattoli e non si separa dai genitori.

Vocalizzazioni

1. Legge, pone domande, fa commenti, balbetta, ride, risponde prontamente alle domande ma rimanendo tranquillo (bambino troppo piccolo per parlare in situazioni simili o troppo assorto nel gioco per rispondere);
2. Risponde all'adulto ma sussurra in modo infantile annuendo con il capo;
3. Tranquillo, senza fare casino o rispondendo all'adulto;
4. Si lamenta e piange silenziosamente;
5. Piange o urla di "no";
6. Piange, urla (udibile attraverso maschera).

Espressività emotiva

1. Evidentemente felice, sorridente o concentrato sul gioco;
2. Neutro senza nessuna espressione visibile sul volto;
3. Preoccupato perché ha paura, è triste, ha gli occhi pieni di lacrime;
4. Piange, è sconvolto, possibilità di avere gli occhi spalancati.

Stato di evidente eccitazione

1. In allerta, si guarda intorno di tanto in tanto, parla o guarda cosa esegue l'anestesista;
2. Ritirato, è seduto e silenzioso, possibile che si succhi il pollice o lo sguardo fisso sui genitori;
3. Vigile, guarda rapidamente tutto, ha gli occhi spalancati e il corpo teso;
4. In preda al panico, potrebbe piangere o allontanarsi.

Uso dei genitori

1. È impegnato a giocare, con le mani in mano o impegnato in un comportamento adeguato alla sua età e non ha bisogno del genitore; interagisce con i genitori se loro avviano una discussione;
2. Si rivolge ai genitori (altrimenti silenzioso) cerca e accetta il comfort che può dare il genitore;
3. Guarda i genitori tranquillamente, guarda cosa fanno, non cerca il contatto ma lo accetta se gli viene offerto;
4. Mantiene il genitore a distanza, potrebbe spingere via il genitore o aggrapparsi disperatamente ad esso senza lasciarlo andare via.

(Kain et al., 1997)

Lavoro di tesi approvato in data: _____