



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA**

SCUOLA DI MEDICINA

SCUOLA DI MEDICINA

Corso di Laurea per Infermiere

L'UTILIZZO DELLA *GUIDED IMAGERY* PER RIDURRE IL DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE NEL BAMBINO

Relatore:
Prof.ssa Lazzari Franca

Tesi di Laurea di:

Perrone Martina

Matricola n. 720416

Anno Accademico 2014 - 2015

Indice

Abstract

Introduzione	1
1. Comparazione della tecnica di <i>guided imagery</i> rispetto ai differenti approcci terapeutici utilizzati per la riduzione del dolore addominale ricorrente nel bambino	5
Conclusioni	8
Bibliografia	11
Allegato 1: Search History MEDLINE e CINAHL	

ABSTRACT

Una delle sindromi da dolore cronico più comune nei bambini è il dolore addominale ricorrente. Le tecniche di immaginazione guidata, attraverso la sperimentazione e l'acquisizione di specifici modelli mentali, offrono strumenti efficaci per una diversa consapevolezza dei processi psichici e degli schematismi comportamentali, un migliore adattamento alla realtà e all'utilizzo di risorse individuali e delle energie psicofisiche. Queste tecniche producono un'azione equilibratrice sull'asse psico-neuro-endocrino-immunologico, instaurando progressivamente un migliore equilibrio tra le funzioni organiche e i processi psichici, permettendo agli infermieri di ottenere notevoli benefici sulle *performance* professionali di tipo tecnico, educativo, relazionale e organizzativo all'interno del percorso assistenziale, nonché di intervenire con metodi sempre più incentrate sul concetto di uomo-persona, per far fronte ad una situazione di squilibrio come è il dolore.

In questo elaborato è stata condotta un'analisi critica della letteratura ottenuta dopo una ricerca effettuata sulle principali banche dati e siti di interesse infermieristico, ponendo come limitazione articoli pubblicati dal 2005 al 2014, in lingua inglese e italiana; lo scopo è di rispondere alla domanda su come l'infermiere utilizzi la *guided imagery* per ridurre il dolore addominale nel bambino in età pediatrica. Nell'unico paragrafo di questo elaborato vengono riportati ed analizzati criticamente uno studio randomizzato controllato e uno studio pilota che comparano le varie tecniche utilizzate per la riduzione del dolore, sopra citate. Emerge che sia la *guided imagery* con rilassamento muscolare progressivo che la *guided imagery* con audio-registrato sono indicate per ridurre l'insorgenza del dolore addominale ricorrente nel bambino, con diminuzione del numero di giorni di assenze da scuola e di attività perse. Infine saranno riportate delle riflessioni personali e riferimenti ai codici deontologici dell'infermiere e al profilo professionale.

Introduzione

L'immaginazione è uno dei più antichi metodi di trasformazione dei contenuti psichici, ed è un efficace strumento per riattivare e rafforzare il processo di salute e guarigione. L'insegnamento delle tecniche di immaginazione per la riduzione dello stress, per il controllo e il riequilibrio emotivo è di fondamentale importanza per l'assistenza infermieristica ed ha effetti positivi sulla persona assistita. Gli infermieri che raggiungono tale competenza, riescono ad utilizzare in senso positivo il contenuto immaginativo sia conscio che inconscio, sviluppando il loro campo di percezione della realtà, per raggiungere più efficacemente gli obiettivi assistenziali infermieristici (Burrai e Scalorbi, 2006).

L'immaginazione guidata, o *guided imagery*, è un processo in cui si va verso l'interno, si concentra l'attenzione sul respiro e sul rilassamento del corpo e ci si sposta su livelli di coscienza più profondi, dove la mente conscia può accedere a un maggior numero di immagini; queste immagini possono assumere la forma di un piacevole viaggio, di un incontro con una figura interiore, o la visualizzazione di una meta raggiunta. Tutto ciò che serve è riconoscere come possiamo sfruttare l'immaginazione a nostro beneficio (Murdock *et al.*, 1987).

Attraverso un'immaginazione guidata, si cerca di individuare i bisogni psicologici del bambino nel momento della malattia; per comprendere il significato della malattia sullo sviluppo del bambino è importante introdurre il concetto di Immagine Corporea. Essa rappresenta la base su cui prende forma e si costruisce l'Identità Personale. Quando interviene una malattia, tanto più se cronica, la "costruzione" può risultare deteriorata e lo sviluppo successivo può essere compromesso (Foschino *et al.*, 2014).

Le prove di efficacia scientifiche di *Evidence Based Nursing*, mostrano che la *guided imagery*, è applicabile nella riduzione dello stress, demotivazione, nella prevenzione e riduzione della sintomatologia dolorosa, nei disturbi psicosomatici, negli effetti collaterali dei farmaci e nell'efficacia della comunicazione.

L'obiettivo della formazione è l'acquisizione delle tecniche di immaginazione guidata, per il miglioramento dello stato di benessere e di equilibrio psicofisico, nonché l'inserimento di tali tecniche nella pratica assistenziale infermieristica, al fine di migliorare i vari aspetti psicofisici che determinano la qualità di vita del bambino, o più in generale, della persona assistita.

Il dolore cronico è un problema significativo nella popolazione pediatrica (Chiou *et al.*, 2010). Una delle sindromi da dolore cronico più comune nei bambini è il dolore addominale ricorrente (*Recurrent Abdominal Pain* o RAP), che interessa il 10-30% dei bambini in età pediatrica. Il RAP è caratterizzato dalla ricorrenza di un minimo di tre episodi di dolore addominale abbastanza grave da ostacolare le attività del bambino, entro un periodo di 3 mesi (William & Wilkins, 2005). Secondo studi statistici, i bambini con RAP perdono più di 21 giorni di scuola all'anno e hanno più elevati livelli di ansia e depressione rispetto ai coetanei (*Child Health Alert*, 2009). Grazie a queste recenti scoperte, la comprensione dei disturbi gastrointestinali funzionali si è spostato da un modello biomeccanico verso un modello biopsicosociale; questa comprensione ha portato al crescente uso di terapie di autoregolamentazione come la *guided imagery* per il trattamento di tali sindromi dolorose. Questa lavora attraverso l'azione sui neurotrasmettitori e catecolamine che influenzano la percezione della mente del dolore, diminuendo in tal modo la risposta del Sistema Nervoso Simpatico. Risposte fisiologiche documentate sono: calo del consumo di ossigeno, della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, dei livelli sierici di acido lattico e della tensione muscolare (Weydert *et al.*, 2006).

Risulta quindi opportuno ed interessante affrontare il tema della *guided imagery*, che rientra nelle tecniche non farmacologiche, in particolare nel bambino in età pediatrica, in cui la “realtà fantastica” ed il “pensiero immaginativo” sono i mezzi più utilizzati per rispondere ai primi interrogativi circa la realtà ed il mondo esterno. Molti di questi bambini diventano adulti con dolore addominale cronico. Pertanto, una terapia ideale per il RAP nell'infanzia, considerato come disturbo gastrointestinale funzionale, non sarebbe solo diminuire il dolore a breve termine, ma anche potenzialmente migliorarne la qualità di vita a lungo termine (van Tilburg, 2009).

E' quindi fondamentale indagare il ruolo che ha l'infermiere nella gestione e comprensione di tale tecnica; per questo motivo ho formulato la seguente domanda di ricerca: “Come l'infermiere, attraverso la *guided imagery*, riduce il dolore addominale nel bambino?”.

Per rispondere al quesito sono stati utilizzati i servizi della Biblioteca scientifica dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como e del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) che hanno consentito la consultazione dei *database* biomedici ed infermieristici e il recupero degli articoli in *full text* attraverso il servizio di *Interlibrary*

Loan (prestito interbibliotecario). Sono state effettuate ricerche bibliografiche nella banca dati MEDLINE della *National Library of Medicine* degli Stati Uniti d'America, tramite il portale PubMed e nella banca dati CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) nella versione *Plus with full text*.

In MEDLINE e CINAHL, la ricerca è stata effettuato per parola libera con l'utilizzo degli operatori booleani; state utilizzate le seguenti parole chiave: *guided imagery, child, childhood, children, infant, pediatrics, pediatr, abdominal, abdomen, stomach, visceral, pain, ache, suffering*. La *search history* è presente nell'allegato n°1.

Sono state reperite le fonti più pertinenti all'argomento trattato, con data di pubblicazione dal 2005 al 2014 e limitando la popolazione studiata ai soli bambini in età scolare. Sono state escluse le fonti con la presenza del solo *abstract*, non disponibili in *full text* e con campione composto da volontari sani.

La ricerca in MEDLINE ha dato in totale 8 articoli, quella in CINAHL *Plus with full text* ha dato 4 articoli, dopo una lettura critica degli *abstract* ne sono stati selezionati 2, tutti gli altri sono stati utilizzati per fornire un quadro sulla pratica di immaginazione guidata.

Per approfondire meglio la ricerca ho consultato l'Indice della Letteratura Italiana di Scienze infermieristiche (ILISI), oltre a siti di interesse infermieristico, quali: il Centro Studi EBN (*Evidence Based Nursing*) del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna e la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. È stato inoltre utilizzato il motore di ricerca *Google Books* per ricercare libri inerenti il mio argomento, *Google Scholar* per ampliare la ricerca, oltre alla consultazione di *BioMed Central Pediatrics*.

Dopo questa parte introduttiva, il seguente elaborato continua con un paragrafo dedicato all'analisi critica degli articoli, un *Randomized Control Trial* (RCT) ovvero studi che consentono l'approccio più ampiamente diffuso per la valutazione dell'efficacia di un intervento preventivo, e uno studio pilota, ovvero uno studio fatto su piccola scala in preparazione dello studio principale (Sironi, 2010), che hanno risposto ai criteri di inclusione ed esclusione della mia ricerca e che, quindi, si sono rivelati pertinenti per rispondere alla domanda da me formulata. L'analisi degli articoli è stata effettuata secondo la tecnica IMRAD (Introduzione, Metodo, Risultato e Discussione).

Traendo spunto dalle indicazioni al *critical appraisal*, ho analizzato gli articoli secondo criteri quali: l'utilità delle informazioni riguardo all'applicabilità nel rispettivo ambito professionale (organizzativo, clinico e formativo), la completezza rispetto alle parti

essenziali che devono essere presenti in uno studio (problema, scopo, ipotesi o domande, definizione, campione, metodi, raccolta e analisi dei dati, risultati, discussione e conclusioni) e la coerenza rispetto al tema in analisi. Questo metodo consente di valutare il contenuto del testo in modo accurato e imparziale e richiede più letture dello stesso testo. Dopo una rapida lettura dell'articolo, ho rilevato i primi elementi di interesse; successivamente ho effettuato una lettura più attenta per rispondere a domande più specifiche; infine, una terza lettura mi ha permesso di guadagnare una conoscenza globale sullo stato di conoscenza, eventuali lacune o incertezze.

Successivamente è presente una parte conclusiva dove ho riportato ed analizzato criticamente i risultati degli studi selezionati, nonché riflessioni personali e riferimenti ai codici deontologici dell'infermiere e al profilo professionale.

1.Comparazione della tecnica di *Guided Imagery* rispetto ai differenti approcci terapeutici utilizzati per la riduzione del dolore addominale ricorrente nel bambino

Gli articoli sono stati analizzati secondo il metodo IMRAD; gli *abstract* si presentano tutti in forma strutturata sintetica: introduzione, metodo, risultati e discussione.

Nel RCT di Weydert *et al.* (2006) sono stati messi a confronto bambini che hanno imparato l'immaginazione guidata con rilassamento muscolare progressivo (PMR), rispetto a bambini che hanno imparato solo esercizi di respirazione. La metodologia di questo studio è stata basata sulle linee guida delineate da una giuria internazionale di esperti convocata per la progettazione, la conduzione e analisi di studi riguardanti i trattamenti nei disturbi funzionali gastrointestinali. Inoltre, sono state seguite linee guida proposte dal documento "Consort" (Moher *et al.*,2012) per migliorare la segnalazione di questo studio randomizzato e controllato e ridurre al minimo l'errore sistematico. Il Comitato di Revisione Istituzionale dell'Università dell'Arizona ha approvato questo studio. Il consenso informato per la partecipazione è stato ottenuto dai genitori e dai bambini, rispettivamente.

Il campione comprende 22 bambini in età scolare, reclutati da gastroenterologi pediatrici all'interno dell'Università dell'Arizona, Dipartimento di Pediatria e da Pediatri generali in tutta l'area metropolitana di *Tucson*. I criteri di inclusione comprendevano una storia di almeno tre episodi di dolore addominale negli ultimi tre mesi, tale da influenzare la loro normale attività. Tutti i partecipanti, esclusivamente americani, avevano un'anamnesi completa svolta dal loro pediatra o gastroenterologo pediatrico e avevano una valutazione minima di laboratorio tra cui un esame emocromocitometrico completo, velocità di sedimentazione e analisi delle urine. Tutti gli altri test diagnostici sono stati eseguiti a discrezione del medico curante. Ai partecipanti è stato chiesto di attenersi fedelmente alla terapia attuale senza alcuna modificazione, per tutta la durata dello studio. I criteri di esclusione sono stati: riluttanza a partecipare, malattie gastrointestinali croniche documentate, ritardo dello sviluppo cognitivo o disturbi dissociativi maggiori.

I pazienti sono stati assegnati in modo casuale a due gruppi (11 per gruppo) così denominati dai ricercatori: gruppo con immaginazione guidata e rilassamento muscolare progressivo (RMP) e gruppo con tecniche di respirazione. La lista di randomizzazione è stata data solo al personale formato per l'esecuzione della *guided imagery*, il quale ha insegnato le tecniche di respirazione e immaginazione guidata. Nessun altro membro del

team di ricerca era a conoscenza delle assegnazioni dei gruppi. Tutti i trattamenti, a prescindere dal gruppo, sono stati denominati "tecniche di rilassamento".

I bambini erano tenuti a compilare un diario del dolore, quotidianamente per almeno 2 settimane prima dell'inizio dell'intervento e durante il primo mese di intervento. Questi questionari sono stati utilizzati per registrare il numero di giorni di dolore e per classificare l'intensità del dolore provato; a questo proposito è stata usata la scala "Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale" con *range* da 0-6, in cui lo zero è assenza di dolore e 6 è il massimo dolore provato. Inoltre, i bambini, insieme ai loro genitori, hanno documentato eventuali giorni in cui il bambino ha perso una normale attività (ad esempio scuola, sport, attività sociali) a causa dei dolori addominali. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a una sessione a settimana per quattro settimane. Durante la prima sessione, della durata di circa 1 ora, i partecipanti del gruppo di immaginazione guidata, sono stati istruiti sul rilassamento muscolare progressivo per poi giungere all'immaginazione vera e propria. Una volta raggiunto il *relax*, è stato chiesto ai soggetti di descrivere l'immagine che rappresentava il loro dolore nel dettaglio, utilizzando tutti i sensi. E' stato poi chiesto di individuare una seconda immagine che li portasse a sbarazzarsi del dolore. Il gruppo con tecniche di respirazione è stato istruito su tre metodi che facilitano il *relax*: la respirazione addominale, "*breathing in fives*" (inspirare pienamente e profondamente, tenere il respiro, espirare completamente e trattenere, ciascuno per 5 secondi) e "*bubble breathing*" (lenta espirazione sostenuta con bolle di sapone e una bacchetta per creare una grande bolla o un flusso costante di bolle più piccole).

È stato fornito ai partecipanti di entrambi i gruppi un messaggio audio riguardante il rilassamento e l'immaginario per il primo gruppo e uno riguardante le tecniche di respirazione per il secondo gruppo, in modo da poterlo praticare a casa due volte al giorno. Sono state effettuate tre sessioni nei sei mesi di *follow-up*, della durata di 20-30 minuti, per valutare la competenza, il rispetto della pratica quotidiana, eventuale reistruzione e rinforzo, senza però ulteriore *counselling*. Tali informazioni venivano recepite anche per via telefonica. La maggior parte dei partecipanti hanno avuto alcuni problemi nel creare le proprie immagini nella prima sessione ma hanno mostrato di saperlo fare per conto proprio al domicilio.

Al termine del periodo di osservazione è risultato che i bambini che ricevono trattamenti di immaginazione guidata hanno avuto una significativa riduzione dei giorni di dolore e di

attività perse a scuola con benefici a lungo termine, rispetto ai bambini che hanno imparato gli esercizi di respirazione.

Nello studio pilota di van Tilburg *et al.* (2009), si analizza l'efficacia della *guided imagery* tramite audio-registrati per la riduzione del RAP. Lo studio è stato approvato dal comitato etico istituzionale della *University of North Carolina a Chapel Hill* e della *Duke University Medical Center*.

Il campione è del tutto simile a quello dello studio precedente e con gli stessi criteri di inclusione ed esclusione; i pazienti con diagnosi medica di dolore addominale ricorrente sono stati reclutati da gastroenterologi pediatrici presso la *University of North Carolina a Chapel Hill* e la *Duke University Medical Center*. Tutti i materiali di trattamento sono stati formulati dalla Dott.ssa van Tilburg *et al.* (2009); il trattamento, della durata di 25 minuti, è costituito da un DVD didattico, istruzioni scritte per i genitori, tre sedute settimanali registrate su CD, un calendario e un lettore CD portatile, per consentire ai bambini di ascoltare gli audio-registrati in un ambiente confortevole in qualsiasi momento.

Nella fase iniziale, bambini e genitori hanno compilato dei questionari costituiti dalle seguenti domande: "Nell'ultima settimana, quante volte il bambino ha avuto dolore addominale?", "Nessun dolore, 1 o 2 giorni, 3 o 4 giorni, 5 o 6 giorni, o ogni giorno?", "Nell'ultima settimana, durante gli episodi di dolore, quanto era intenso in una scala da 1-10 (in cui 1 è assenza di dolore e 10 è il massimo dolore provato)?" I questionari sono stati poi randomizzati, determinando così chi avrebbe ricevuto cure mediche standard o il trattamento di *guided imagery*. All'inizio del trattamento di immaginazione guidata, bambini e genitori hanno guardato il DVD didattico insieme e i bambini hanno ascoltato il primo audio. Ai bambini è stato indicato di ascoltare i CD a casa 5 giorni a settimana per un periodo di 8 settimane. In seguito alle sessioni di *follow-up* della durata di sei mesi e da quanto riferito dai pazienti stessi e dai genitori, è risultato che i bambini che hanno ricevuto il trattamento di immaginazione guidata tramite audio-registrato hanno riscontrato un miglioramento della qualità di vita a lungo termine, con diminuzione dei giorni di assenza da scuola e di attività perse, rispetto a quelli sottoposti al solo trattamento farmacologico. I pazienti che non hanno avuto effetti benefici dal trattamento di immaginazione guidata audio-registrata, devono ciò ad un'inadeguata personalizzazione del trattamento stesso.

Conclusioni

Nello studio di Weydert *et al.* (2006) si evince che i bambini che ricevono trattamenti di immaginazione guidata hanno avuto una significativa riduzione dei giorni di dolore e di attività perse a scuola, rispetto ai bambini che hanno imparato gli esercizi di respirazione, con benefici a lungo termine. Lo studio dimostra chiaramente che l'immaginazione guidata nei bambini con RAP è clinicamente efficace e non associata ad effetti collaterali apparenti.

Nello studio di van Tiburg *et al.* (2009) emerge invece che il trattamento di immaginazione guidata con audio-registrato, ha avuto effetti benefici migliori rispetto alle normali cure mediche nella riduzione del dolore addominale, delle visite mediche e un aumento della qualità di vita, oltre alla diminuzione delle attività perse e di giorni di assenza da scuola. I pazienti che non hanno avuto effetti benefici dal trattamento di immaginazione guidata audio-registrata (circa l'1%), devono ciò ad un'inadeguata personalizzazione del trattamento stesso.

Utilizzando questo tipo di terapia precocemente nel corso della valutazione e nel trattamento del RAP, è possibile ridurre non solo il numero di giorni con dolore con conseguente ritorno alle attività normali, ma anche ridurre i costi di assistenza sanitaria, riducendo l'uso dei servizi medici.

Tra le diverse opzioni di trattamento non farmacologico disponibili per bambini con RAP, la *guided imagery* rientra tra le tipologie migliori di intervento (Rutten e Vlieger, 2011); quando il trattamento è personalizzato, gli effetti possono essere migliori e possibilmente più duraturi per alcuni pazienti. L'educazione della famiglia è una parte fondamentale del trattamento e ne è responsabile l'infermiere (William & Wilkins, 2005). Essendo procedure che non richiedono l'impiego di materiale costoso, poiché si interviene sulla sfera psicofisica (Canterelli, 2003), si risponderebbe così al criterio di efficienza infermieristica, ovvero maggiori benefici con il minimo dispendio di risorse.

La diffusione di questa procedura attraverso corsi di formazione, consentirebbe un'espansione e quindi un aumento di qualità della professione infermieristica; si tratta di approfondire e sviluppare il ruolo dell'infermiere partendo dal riconoscimento del potenziale terapeutico delle funzioni infermieristiche fondamentali: prendersi cura della persona, educazione sanitaria al paziente e ai familiari.

Per quanto concerne la responsabilità dell'infermiere nel prevenire, riconoscere e trattare il dolore addominale ricorrente nel bambino e le complicanze da esso derivanti, si può far riferimento al Decreto Ministeriale n.739/94; secondo cui l'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ed è l'infermiere a pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale svolto. Concetto riportato anche nell'articolo 6 del Codice Deontologico dell'infermiere del 2009: "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione".

Molto importante è l'erogazione dell'assistenza infermieristica basata sulle migliori *evidence*, come riportato nell'articolo 11 del Codice Deontologico dell'infermiere del 2009: "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca [...]". Inoltre, l'infermiere si assicura che l'uso della tecnologia e delle scoperte scientifiche siano compatibili con la sicurezza, la dignità e i diritti delle persone (Consiglio internazionale degli infermieri, 2012).

Gli infermieri, come rappresentanti (*advocates*) dei pazienti, devono essere consapevoli di come gli aspetti positivi in termini di benessere psicofisico, aumentano la soddisfazione dei pazienti pediatrici nell'esperienza dolorosa (von Baeyer, 2006). Ci si rifà dunque al concetto di *Advocacy* ripreso anche nel Modello di rispetto per le persone, utilizzato dagli infermieri (Fry e Jhonstone, 2004). Questa competenza è spendibile quotidianamente sia per il benessere delle persone assistite che dell'infermiere stesso. Non si può pensare che un infermiere in uno stato di squilibrio interiore, soggetto quindi a fenomeni di stanchezza psicofisica, demotivazione, stati d'ansia, di agitazione, paure, possa aiutare altre persone senza compromettere l'etica, la morale e la deontologia professionale. La funzione dell'immaginazione orientata verso scopi terapeutici e il benessere psicosomatico, è un fattore prezioso per la nostra professione, da anni utilizzata nei paesi in cui l'assistenza infermieristica è maggiormente sviluppata. I suoi effetti sono dimostrati anche dai numerosi studi effettuati dagli infermieri su diversi campi assistenziali, soprattutto a livello della gestione del dolore e della sofferenza, negli stati d'ansia e per migliorare la risposta a fattori stressanti. Le prove di efficacia esistenti sulla *guided imagery* nel bambino, rintracciabili sul sito di *Evidence Based Nursing* (EBN), riguardano esclusivamente la gestione del dolore perioperatorio; data l'importanza e la ricorrenza della tematica

discussa, sarebbe opportuno approfondire la tematica della *guided imagery* e fornire *evidence* di rilevanza condivisa.

Le difficoltà incontrate nella stesura di questo elaborato sono state per lo più l'interrogare nel modo migliore le banche dati e soprattutto la formulazione della stringa di ricerca più adeguata, trattandosi di una tematica molto poco discussa e su cui esiste ben poca letteratura recente e antecedente a 10 anni fa. Un'altra difficoltà è stata analizzare criticamente tutte le fonti in lingua inglese, per poi scegliere quelle pertinenti all'argomento trattato. Queste difficoltà sono state superate grazie alle esercitazioni effettuate in questo ultimo anno di corso tra cui la stesura delle schede osservative, le lezioni frontali nonché dall'interesse molto forte che mi ha spinto nell'approfondire questa tematica.

Bibliografia

Anxiety BC: resources, results, relief (2014) How to Teach Your Child Calm Breathing. [online] Disponibile da: http://www.anxietybc.com/sites/default/files/calm_breathing.pdf [consultato il 24 giugno 2015].

Burrai F., Scalorbi S. (2006) La tecnica mentale della guided imagery per la professione infermieristica. *Management Infermieristico*, 12(4): 32-38.

Canterelli M. (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Seconda edizione. Milano: Masson.

Child Health Alert (2009) ...And a simple way to manage functional abdominal pain in children? *Child Health Alert*, 27:2.

Chiou E., Nurko S. (2010) Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 4(3): 293–304.

Consiglio Internazionale degli Infermieri (2012) Il codice deontologico degli infermieri. [online] Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/codice-deontologico-icn.htm> [consultato il 27 giugno 2015].

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n.739. “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”. [online] Disponibile da: http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf [consultato il 27 giugno 2015].

Evidence Based Nursing (2012) *Perioperative Nursing*. [online] Disponibile da: <http://docslide.us/documents/ebn-guided-imagery.html> [consultato il 2 luglio 2015].

Foschino M. G., Loiacono D. (2014) La malattia come risorsa: un progetto di sperimentazione per arterapia m. G. Foschino, d. Loiacono. [online] Disponibile da: http://www.sipsot.it/ricercafolder/Adulti/foschino_iacono.html.

Fry S.T., Johnstone M. (2004) *Etica per la pratica infermieristica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Moher D., Schulz K. F., Altman D. G. (2010) CONSORT Statement 2010: linee guida aggiornate per il reporting di trial randomizzati a gruppi paralleli. [online] Disponibile da: <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/375/consort-statement-2010-linee-guida-aggiornate-per-il-reporting-/abstract> [consultato l'1 luglio 2015].

Murdock M., Ubaldini A. (1989) *L'immaginazione guidata con i bambini e gli adolescenti. Esercizi e tecniche per l'apprendimento, la creatività e il rilassamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio Ubaldini.

Von Baeyer C.L. (2006) Children's self-reports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research & Management*, 11(3): 157–162.

Rutten J. M. T. M., Vlieger A. M. (2011) Non – pharmacological treatment for Abdominal Pain. *Journal of Pediatric Gastroenerology and Nutrition*, 53(2): 39-40.

Sironi C. (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica*. Milano: Casa editrice Ambrosiana.

Van Tilburg M. A. L., Chitkara D. K., Palsson O. S., Turner M., Blois-Martin N., Ulshen M., Whitehead W. E. (2009) Audio-Recorded Guided Imagery Treatment Reduces Functional Abdominal Pain in Children: A Pilot Study. *American Academy of Pediatrics*, 124(5): e890 - e897.

Weydert J. A., Shapiro D. E., Acra S. A., Monheim C. J., Chambers A. S. and Ball T. M. (2006) Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pediatrics*, 6:29.

Williams L., Wilkins L. (2005) Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Philadelphia, 40:245-248.

Wong – Baker Faces Foundation (2015) Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale.
[online] Disponibile da: <http://wongbakerfaces.org/us/faces-history/> [consultato l'1 luglio
2015].

Allegato 1

Search history MEDLINE:

<i>SEARCH</i>	<i>QUERY</i>	<i>ITEMS FOUND</i>
#1	Search (guided imagery) OR imagery psychoterapy	1859
#2	Search (((child) OR childhood) OR infant) OR pediatrics) OR pediatr	2486357
#3	Search (((abdominal) OR stomach) OR abdomen) OR visceral	621604
#4	Search ((pain) OR ache) OR suffering	825643
#5	#3 AND #4	85979
#6	#5 AND #2	14767
#7	#6 AND #1	11
#8	Filters: published in the last 10 years; English; Italian.	8

Search history CINAHL:

<i>SEARCH</i>	<i>QUERY</i>	<i>ITEMS FOUND</i>
#1	child OR childhood OR children	470808
#2	(MH "Guided Imagery")	1897
#3	(MH "Abdominal Pain+")	6145
#4	#1 AND #3	1525
#5	#2 AND #4	6
#6	Filters: published in the last 10 years; English; Italian.	4