

Quando il bambino dice "no": l'esperienza delle infermiere di fronte al bambino che si oppone alle procedure

Abstract

L'essere sottoposti a procedure mediche invasive può essere una esperienza devastante per alcuni bambini e per i loro genitori. L'impatto sugli operatori che eseguono la procedura e che a volte devono contenere il bambino che si oppone, è un ambito di ricerca trascurato. L'angoscia e le strategie di coping dei bambini vengono influenzate da chi assiste alla procedura ed è quindi importante capire come gli infermieri reagiscono in queste situazioni.

Scopo: Indagare sulle esperienze degli infermieri coinvolti nello svolgimento di procedure invasive su bambini che le rifiutano.

Metodo: I partecipanti sono stati selezionati in modo casuale dalle liste del personale di un ospedale inglese. La raccolta dei dati è stata fatta tramite interviste qualitative non strutturate a dieci infermieri pediatriche e attraverso due focus group. Le teorie scaturite da ogni intervista sono state esaminate e validate con i partecipanti nelle interviste successive e infine nei focus group.

Risultati: Le esperienze più frequentemente riportate dai partecipanti sono state "sentirsi turbati" e "sentirsi sotto stress" dovuti ad alcuni aspetti della procedura, perché il bambino o i suoi genitori erano agitati, oppure perché la procedura non andava a buon fine. I protocolli disponibili riguardanti le modalità di svolgimento delle procedure a tutela del bambino -come ad esempio il limite al numero di tentativi per svolgere una procedura difficile- tutelano anche gli operatori poiché forniscono loro uno strumento per la gestione delle emozioni durante la procedura. Poter spiegare al bambino e ai suoi genitori la procedura e il perché è necessaria, ottenere il loro consenso per determinate procedure come la contenzione e avere tempo per preparare in modo adeguato il bambino alla procedura, sono aspetti che contribuiscono a ridurre la possibilità di insuccesso nell'esecuzione della procedura stessa e quindi riducono il rischio che l'infermiere sia coinvolto emotivamente da un bambino angosciato.

Conclusione: Gli infermieri che assistono bambini che non vogliono sottoporsi a una procedura vivono emozioni negative che però, per una combinazione di fattori protettivi e di strategie di coping sono di breve durata. È necessaria ulteriore ricerca per capire l'esperienza dei medici e degli infermieri che lavorano al di fuori dell'ambiente pediatrico e che quindi possono non avere lo stesso supporto e protezione dei colleghi ospedalieri.

Michael Lloyd,

Blurton Child and Adolescent Mental Health
Team, Stoke-on-Trent

Gary Urquhart Law

University of Birmingham

Alison Heard,

Stoke-on-Trent

Biza Kroese,

University of Birmingham

Assistere bambini che si devono sottoporre a una procedura invasiva può essere impegnativo, soprattutto se il bambino si oppone alla procedura. La letteratura sul consenso alle cure in ambito pediatrico solleva molti interrogativi ma fornisce poche risposte. Il disequilibrio di potere nella relazione operatore-paziente non sempre permette al bambino di esprimersi (1). Quando la volontà del bambino, nei suoi contatti con le strutture sanitarie, non viene presa in considerazione, possono svilupparsi conflitti tra la famiglia e gli operatori sanitari (1,2). Grant (3) si chiede nell'interesse di chi vengono prese le decisioni durante le procedure invasive: la decisione viene presa per fare sì che la famiglia sia soddisfatta per il modo con cui è gestita l'assistenza al figlio o per fare sentire gli operatori a loro agio perché la procedura si svolge secondo il protocollo? Oppure è il bambino che viene messo in condizione di decidere sulla propria cura? Occasionalmente il punto di vista del bambino viene ignorato per motivi clinici: la procedura deve essere eseguita. Quando questo accade vengono messi in atto interventi che mettono medici e infermieri in condizione di eseguire la procedura con o senza la cooperazione del bambino, quasi sempre aumentando i livelli di angoscia del bambino. Gli effetti che producono le procedure mediche vissute in modo negativo dal bambino, ad esempio sotto forma di angoscia, sono ben documentate

in letteratura. Bragado Alvarez (4) suggerisce che le procedure dolorose sono spesso vissute in modo più angosciato della malattia stessa. Le procedure dolorose o non volute, nei bambini possono portare a reazioni come ansia e agitazione comportamentale (5), angoscia (6), pianto, rigidità muscolare e resistenza (7), chiusura in se stessi, comportamenti di fuga e aggressività (8).

Quando il bambino si oppone ad una procedura e vi è la necessità clinica di eseguirla, è possibile usare la contenzione fisica (5,9,10). La contenzione è poco accettata dall'opinione pubblica e dai genitori, sia che venga applicata a bambini che agli adulti (11-13) e non è largamente accettata dagli operatori che si trovano a doverla utilizzare come ultima risorsa (11, 14, 15). In risposta a questo tipo di preoccupazioni, Luiselli (16) discute vari modi per ridurre l'uso della contenzione nei pazienti pediatrici con disabilità multiple.

Cardona ha utilizzato dei case studies per sottolineare le difficoltà che devono affrontare i bambini nell'accettare procedure spiacevoli o dolorose, esacerbate dall'uso della contenzione. Le reazioni del bambino (ad esempio urla ininterrotte, singhiozzi e movimenti convulsi degli arti) (5) causano anche angoscia nei genitori e negli operatori che svolgono la procedura. DiFabio (14) e Bailey (17) riportano che in ambiente psichiatrico gli operatori che sono ricorsi alla contenzione hanno vissuto sentimenti di ansia, inadeguatezza, frustrazione e colpa e che hanno interpretato l'uso della contenzione come dimostrazione che non stavano agendo secondo gli standard professionali.

DiFabio ha dimostrato che la contenzione di una persona veniva considerata una esperienza con grande peso emozionale, anche se nello studio non è chiaro se questo effetto era di lunga o corta durata (14). Il fatto che il debriefing venga considerato una pratica di routine dopo l'uso della contenzione in psichiatria o in ambienti con pazienti con disabilità di apprendimento (18) indica

che c'è consapevolezza delle difficoltà che gli operatori devono affrontare in quelle situazioni.

In letteratura vi sono riferimenti alle reazioni emotive degli infermieri quando eseguono delle procedure invasive o applicano la contenzione, ma questo argomento viene menzionato solo brevemente e marginalmente. Lo stress che può provocare l'eseguire una procedura non sembra aver sollevato una preoccupazione sufficiente da meritare degli studi specifici come quelli pubblicati sul bambino che si sta sottoponendo ad una procedura invasiva. Tomlinson (19) ha riconosciuto questo vuoto: "l'effetto psicologico sugli operatori sanitari coinvolti nella contenzione di bambini e giovani non viene mai preso in considerazione". Blount (8) ha descritto come l'angoscia dei bambini e i loro comportamenti di coping durante le procedure erano influenzati dai comportamenti di coloro che erano presenti, incluso i genitori e gli operatori. Questo sottolinea che è importante indagare in che modo gli infermieri reagiscono e cosa provano quando il bambino viene sottoposto a una procedura invasiva, in modo da poter comprendere completamente l'esperienza che vive il bambino.

Lo scopo dello studio qui riportato è stato perciò quello di indagare sulle esperienze degli infermieri durante lo svolgimento di procedure con bambini che si oppongono. Non esistono in letteratura indicazioni che l'uso di interventi fisici, come la contenzione, determinino sugli infermieri un'angoscia paragonabile con quella vissuta dai bambini e dalle loro famiglie, tuttavia la letteratura riporta che gli operatori hanno delle reazioni emotive (19).

Obiettivi

1. Determinare se vi sono effetti psicologici sugli infermieri che eseguono procedure invasive mediche a bambini (incluso l'uso della contenzione)
2. Indagare su cosa pensano gli infermieri riguardo la procedura che stanno svolgendo (ad esempio, l'utilizzo della contenzione per poter eseguire la procedura)
3. Vedere in che modo, se necessario, gli infermieri gestiscono l'impatto delle proprie emozioni

Metodo

I dati sono stati raccolti mediante interviste qualitative non strutturate e durante dei focus group. I focus group avevano lo scopo di fornire delle prospettive aggiuntive alle interviste e di tentare di generalizzare i risultati per tutti i reparti coinvolti. Utilizzando il metodo della Grounded Theory (20), dalle interviste sono scaturite delle teorie basate su aspetti specifici dell'esperienza, che sono state successivamente revisionate e validate nei focus group.

La Grounded Theory pone l'attenzione sui racconti individuali dell'esperienza e permette al ricercatore di generare delle teorie riguardo cosa sta accadendo all'individuo e al contesto via via che i dati si dispiegano. Una volta che si è creata una teoria, vengono poste ulteriori domande, possibilmente a nuovi partecipanti, a conferma o chiarimento.

Partecipanti

Hanno partecipato ai colloqui dieci infermieri pediatrici o specialisti in area pediatrica tra cui due con qualifica di play specialist, scelti in modo casuale dalle liste del personale di un grande ospedale universitario del West Midlands. Per essere reclutabili nello studio gli infermieri dovevano avere avuto una recente esperienza con un

bambino che si era opposto ad una procedura invasiva, aspetto verificato al momento del contatto con l'infermiere che acconsentiva a partecipare allo studio. Sono stati distribuiti dei materiali informativi ai professionisti in modo che li leggessero e, dopo averli letti, acconsentissero a partecipare allo studio.

Ultimate le interviste, i coordinatori e gli infermieri dei reparti pediatrici dell'ospedale sono stati invitati a partecipare a due diversi focus group per indagare sulle possibili ricadute organizzative e cliniche dei risultati delle interviste. Il reclutamento dei partecipanti ai due focus group è stato condotto nello stesso modo usato per le interviste. Il primo focus group si è svolto con cinque coordinatori e il secondo con quattro infermieri di reparto.

Procedura

Il protocollo di ricerca è stato accettato dal Comitato Etico Locale dell'Ospedale. I partecipanti sono stati intervistati individualmente dal ricercatore principale in un ambiente tranquillo e che garantisse la privacy all'interno dell'ospedale. Le interviste sono state audioregistrate e trascritte letteralmente, utilizzando dei codici affinché i partecipanti rimanessero anonimi. Le interviste erano non strutturate di modo che i partecipanti potessero parlare liberamente della loro esperienza relativa all'ambito di studio con incoraggiamenti minimi. Prima di passare ad un'intervista successiva, ogni intervista è stata trascritta e codificata tematicamente secondo i principi della Grounded Theory (20) in questo modo, le teorie scaturite da ogni intervista potevano essere esaminate e validate con i partecipanti nelle interviste successive. Tutti i partecipanti alle interviste hanno ricevuto una copia della trascrizione della loro intervista, l'elenco dei codici e un riassunto dei punti principali raccolti nella loro intervista contestualizzati nelle teorie scaturite da tutte le interviste. È stato chiesto ai partecipanti di leggere e verificare i contenuti di modo da acconsentire o se necessario, proporre dei cambiamenti.

Le conclusioni tratte dalle dieci interviste sono state presentate agli operatori nei due focus group con un briefing scritto. I partecipanti ai focus group hanno ricevuto le stesse informazioni degli operatori intervistati in modo da poterle esaminare e validare. Dopo che sono stati distribuiti i risultati ai partecipanti non sono stati richiesti dei cambiamenti, né da parte di coloro che erano stati intervistati, né parte di coloro che avevano partecipato al focus group.

Analisi dei dati

Tutte le interviste sono state codificate riga per riga. Inizialmente sono stati creati 60 codici descrittivi; poi ciascun codice è stato assegnato ad uno dei temi concettuali che emergevano dalle interviste via via che venivano svolte. Questo processo ha portato alla costruzione delle relazioni teoriche esplicative. Una volta determinata una relazione teorica, l'intervista successiva veniva in parte usata per confermare o smentire la teoria appena scaturita utilizzando il punto di vista del nuovo partecipante e in parte per raccogliere ulteriori dati. Così le nuove teorie venivano aggiunte, eliminate oppure ne venivano create di nuove. Stabilite le teorie finali scaturite dalle interviste, ai partecipanti dei focus group veniva presentato un briefing scritto sui risultati provvisori affinché li discutessero dal loro punto di vista. I partecipanti ad entrambi i focus group erano concordi

Esperienze professionali

con i risultati presentati e li hanno accettati in quanto rappresentazione veritiera dell'esperienza generale degli infermieri di tutti i reparti coinvolti.

Risultati

Le interviste hanno inizialmente prodotto tre gruppi di dati: (1) il processo delle procedure invasive nei reparti, (2) le reazioni dei bambini e dei genitori e (3) l'effetto sugli infermieri. Mentre il terzo insieme è molto rilevante per questo studio, gli altri due sono ininfluenti su come ogni infermiere valuta la situazione ogni volta che programma ed esegue una procedura. I temi principali sono elencati nella tabella 1.

La maggioranza dei commenti durante le interviste riguardavano le reazioni dei bambini e dei genitori, la descrizione del tipo di procedura e le tecniche applicate nel reparto per preparare il bambino alla procedura in modo da supportarlo. Dai racconti forniti durante le interviste è risultato chiaramente che gli infermieri erano estremamente sensibili ai bisogni del bambino e dei suoi genitori indipendentemente dal tipo di procedura, al momento di fornire informazioni sulla necessità della procedura, al momento della preparazione del bambino e durante lo svolgimento della procedura.

La tabella 2 elenca i sentimenti e le esperienze descritte dai partecipanti.

L'esperienza più comune è stata quella di sentirsi "turbati" o "sotto pressione" durante la procedura, ad esempio perché il bambino o i genitori si agitavano o perché la procedura non stava andando a buon fine. Questo mostra chiaramente che gli infermieri si sentivano emotivamente coinvolti, anche se i partecipanti concordavano nel dire che i sentimenti erano di breve durata e che "non se li portano a casa" finito il turno (le

ragioni per questo vengono descritte più avanti). Il fatto che gli infermieri si sentissero coinvolti durante la procedura ma che al contempo fossero in grado di gestire le loro emozioni suggerisce diverse possibili spiegazioni: (a) i sentimenti non erano particolarmente forti e quindi gestibili facilmente; (b) gli infermieri erano protetti contro effetti a lungo termine; (c) le strategie di coping da loro messe in atto erano efficaci.

Con il susseguirsi delle interviste si è evidenziato che esisteva una combinazione di questi tre fattori e che l'interazione tra di essi variava poco da infermiere a infermiere.

La teoria per spiegare l'effetto di una procedura sugli infermieri e la conseguente gestione delle sensazioni provate ha preso gradualmente forma durante le dieci interviste ed è stata poi presentata nei focus group per il processo di validazione descritto prima. La figura 1 è una rappresentazione dei risultati ed include come contesto la reazione del bambino e dei genitori e il metodo di lavoro del reparto. Durante le interviste sono stati descritti i possibili motivi per cui gli infermieri possono non essere in grado di gestire le proprie emozioni: tali motivi includono fattori personali e dell'ambiente (come i colleghi) che possono aumentare la vulnerabilità e portare ad agitarsi o sentirsi sotto pressione durante una procedura eseguita su un bambino.

L'esperienza degli infermieri che lavorano con i bambini che si devono sottoporre ad una procedura invasiva può essere descritta come composta da tre distinti elementi. La figura 1 sottolinea le tre parti in termini di un "flusso" di esperienza, con ogni parte che potenzialmente influenza la successiva. Possono influenzare la procedura, la reazione del bambino, l'andamento della procedura e eventuali ostacoli (ad esempio il poco tempo a disposizione). L'eseguire procedure invasive a bambini come parte del processo di assistenza può portare a

emozioni negative. Questi sentimenti vengono gestiti nell'ambiente di reparto attraverso una combinazione di strategie di supporto e di supervisione. Inoltre gli infermieri sono consapevoli dell'importanza di minimizzare il disagio ai bambini durante le procedure e utilizzano una combinazione di strategie di protezione e di coping per prepararsi e gestire le proprie emozioni. Gli infermieri sono in grado di influenzare la procedura con mezzi quali il coinvolgimento dei genitori e il team working sono supportati nel loro lavoro dai protocolli disponibili riguardanti le modalità di svolgimento delle procedure a tutela del bambino - come ad esempio il limite al numero di tentativi per svolgere una procedura difficile. Tali protocolli tutelano anche gli operatori poiché forniscono loro uno strumento per la gestione delle emozioni durante la procedura.

Tabella 1 - Temi più frequentemente riportati

tema	frequenza	tema	frequenza
reazione emotiva negativa	165	come si faceva un tempo	60
le reazioni del bambino	152	l'età del bambino	59
l'uso dei diversi interventi	107	il ruolo del play specialist	59
essere inevitabile	102	avere tempo sufficiente	59
spiegare la procedura	92	cosa capisce il bambino	51
l'infermiere come genitore	84	lavoro di squadra	49
uso della contenzione	63	la reazione dei genitori	47

Tabella 2 - reazioni emotive negative descritte

reazione	frequenza	reazione	frequenza
sentirsi turbati	9	senso di colpa	3
sentirsi sotto pressione	8	disagio se la procedura non è necessaria	3
provare disagio nell'usare la contenzione	6	perdita di sicurezza di sé	3
empatia	6	frustrazione	3
provare disagio nel causare stress	6	conflitto coi genitori	3
ansia anticipatoria	4	sentire bisogno di chiedere scusa	2
sentire di essere "quello cattivo"	3	sentire bisogno di essere rassicurato	2

Discussione

Questo studio è stato intrapreso per identificare se gli infermieri vivono delle emozioni mentre eseguono una procedura invasiva ai bambini e per capire se queste emozioni possono essere gestite e come vengono gestite. Dalle interviste e dai focus group è emerso chiaramente che i partecipanti hanno vissuto delle emozioni negative nell'eseguire le procedure ma grazie ad una combinazione di fattori protettivi e di strategie di coping, queste emozioni erano di breve durata. I partecipanti hanno riportato di essersi sentiti frustrati, ansiosi e agitati durante le procedure, ma hanno dimostrato che queste emozioni sono gestibili. Le emozioni erano di breve durata e sono state gestite dagli infermieri mentre erano ancora in reparto, perché hanno avuto la possibilità di parlarne con i colleghi in modo informale o con il loro coordinatore in modo informale.

DiFabio (14) ha notato che gli infermieri psichiatrici ritenevano che gran parte della gestione dei pazienti difficili riguardava "i conflitti tra i valori della professione infermieristica, le aspettative e la realtà della pratica clinica", mentre gli infermieri pediatrici in questo studio ritengono che le procedure e le difficoltà che ne possono scaturire facciano parte del loro ruolo per fornire al bambino l'assistenza necessaria. Queste diverse considerazioni possono essere viste nel contesto del modello cognitivo - fenomenologico - transazionale di stress e coping in infermieristica descritto da Bailey e Clarke (17). La caratteristica chiave del modello è il grado in cui la persona, in questo caso l'infermiere, valuta la situazione nella quale si trova o andrà a trovarsi in termini di minaccia, successo o sfida. Gli infermieri in questo studio ritengono ogni procedura giustificata e necessaria ed esercitano un controllo per minimizzare ogni possibile minaccia. Inoltre si avvalgono di strategie di coping per gestire in modo efficace le esperienze

stressanti.

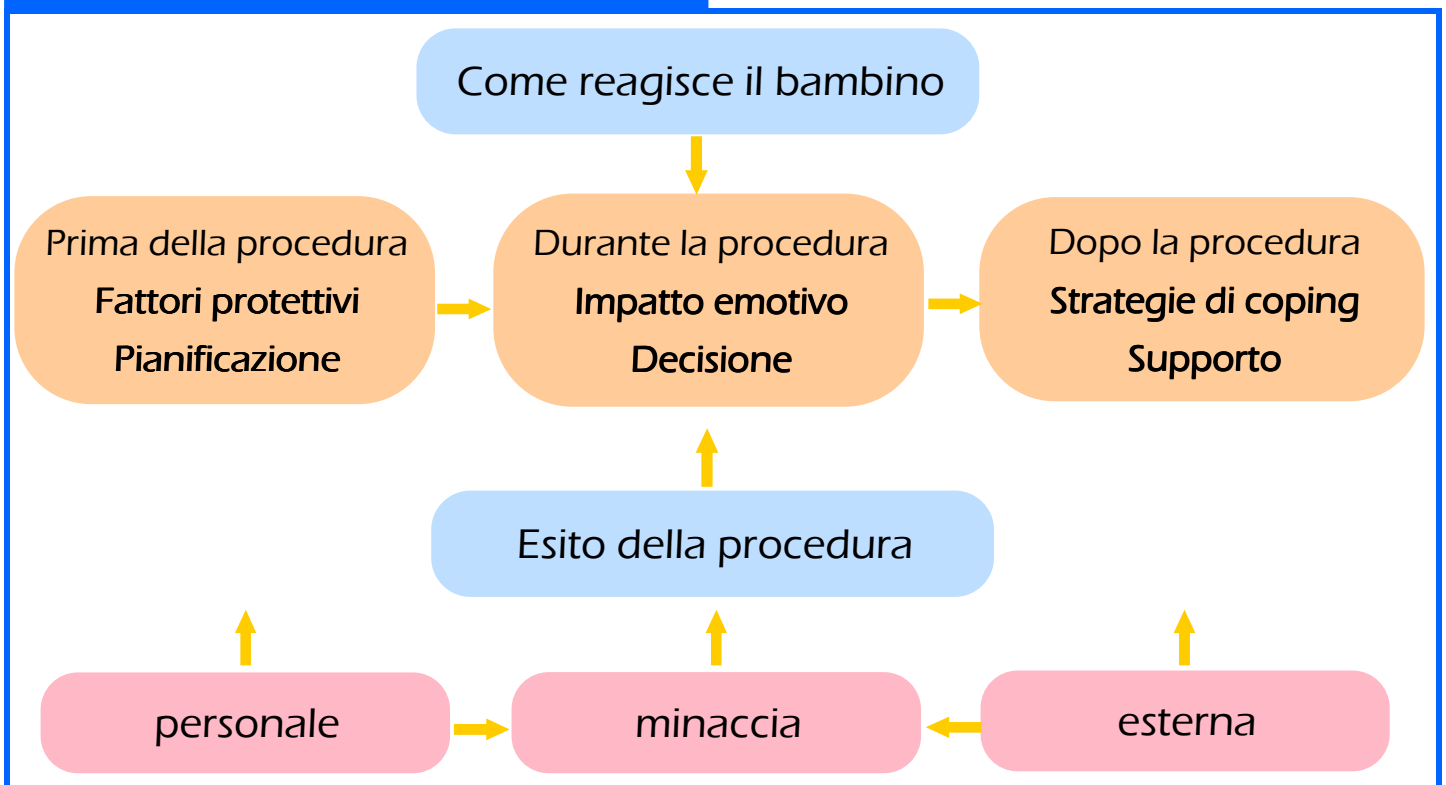
Anche nel modello di Bailey e Clarke (17) esistono dei collegamenti simili tra le strategie di coping e i network di valutazione primaria (i fattori protettivi). Infatti, ogni infermiere valuta continuamente una situazione potenzialmente minacciosa, bilanciando la sua percezione sulla necessità della situazione con la capacità di gestire adattivamente lo stress e le emozioni che ne scaturiscono. L'infermiere quindi è sia armato che protetto contro livelli di stress inaccettabili e questo gli permette di continuare a lavorare anche quando è circondato da minacce potenziali. Questo modello è stato applicato ad altri aspetti della professione infermieristica (fisici e ambientali) e se applicato in questo studio, dimostrerebbe che gli infermieri pediatrici adottano strategie simili per gestire le emozioni vissute durante l'esecuzione di procedure dolorose come per ogni altro aspetto del loro ruolo.

Limiti e aree per ulteriore ricerca

Lo studio si è limitato ad indagare le possibilità piuttosto che di quantificare le esperienze e probabilmente una scala di valutazione avrebbe permesso una misurazione più accurata dei livelli di ansia. L'uso della metodologia qualitativa è al contempo un punto di forza e di debolezza. Anche se i partecipanti hanno fornito molti dettagli riguardo le loro esperienze, il numero dei partecipanti intervistati è stato piccolo. Inoltre, il fatto che le interviste fossero non strutturate ha fatto sì che una parte del tempo sia stata utilizzata per discutere di aree non prettamente attinenti allo studio, ma ha anche permesso di approfondire e contestualizzare i risultati partendo da una posizione individuale.

Il ricercatore principale non era in nessun modo collegato allo staff pediatrico e ai reparti e vi è stata la percezione che i partecipanti hanno potuto parlare liberamente delle loro esperienze, ma non è stata possibile una misurazione esatta dei bias delle risposte nel contesto dello studio.

Figura 1 - fattori che influiscono sull'infermiere che esegue una procedura invasiva sul bambino



Dalle interviste sembra che vi sia differenza tra le esperienze vissute dagli infermieri rispetto a quelle vissute dai medici e che i medici più giovani, che non hanno esperienza in ambito pediatrico, possono avere delle difficoltà ad ambientarsi rispetto a certi aspetti emotivi del lavoro. Alcuni dei partecipanti hanno dichiarato che i medici che non ascoltavano gli infermieri con una maggiore esperienza durante le procedure sui bambini erano causa di un aumentato di frustrazione e ansia. La relazione tra infermieri e medici viene qui menzionata solo da parte di una delle due posizioni e necessita quindi di maggiore attenzione.

Conclusioni

Questo studio ha evidenziato le esperienze di infermieri che eseguono procedure invasive su dei bambini e ha mostrato come vengono affrontate in ambiente ospedaliero. Anche se i risultati non possono essere generalizzati, ci sono delle chiare indicazioni riguardo il tipo di emozioni e preoccupazioni alle quali gli operatori possono andare incontro in queste situazioni. I partecipanti durante i focus group hanno evidenziato che il supporto che loro hanno ricevuto può non essere disponibile ad infermieri che lavorano con i bambini in ambito non ospedaliero.

Gli infermieri in questo studio grazie ai protocolli di reparto avevano il controllo e potevano decidere come svolgere le procedure. Un ulteriore fattore di protezione era la giustificazione clinica allo svolgimento delle procedure e il sapere che il dolore e il disagio che causavano ai bambini era per il loro bene. Poter spiegare al bambino e ai suoi genitori la procedura e il perché è necessaria, ottenere il loro consenso per determinate procedure come la contenzione e avere tempo per preparare in modo adeguato il bambino alla procedura, sono aspetti che contribuiscono a ridurre la possibilità di insuccesso nell'esecuzione della procedura stessa e quindi riducono il rischio che l'infermiere sia coinvolto emotivamente da un bambino angosciato.

Bibliografia

1. Alderson P. Consent to children's surgery and intensive medical treatment. *J Law Soc* 1990; 17: 52-65.

2. Vasinova M. Ethical Dilemmas in pediatrics. *Med Law* 2000; 19 (3): 569-589.
3. Grant VJ. Consent in paediatrics: a complex teaching assignment. *J Med Ethics* 1991; 17 (4): 199-204.
4. Bragado Alvarez C, Fernandez Marcos A. Psychological treatment of evoked pain and anxiety by invasive medical procedures in paediatric oncology. *Psychology in Spain* 1997; 1 (1): 17-36.
5. Cardona L. Behavioral approaches to pain and anxiety in the pediatric patient. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1994; 3 (3): 449-464.
6. Dahlquist LM, Power TG, Carlson L. Physician and parent behaviour during invasive pediatric cancer procedures: relationships to child behaviour distress. *J Pediatr Psychol* 1995; 20 (4): 477-490.
7. Gonzales JC, Routh DK, Saab PG, Armstrong FD, Shifman L, Guerra E, Fawcett N. Effects of parent presence on children's reactions to injection: behavioral, physiological, and subjective aspects. *J Pediatr Psychol* 1989; 14: 449-462.
8. Blount RL, Randolph-Fritsche B, Powers SW, Sturges JW. Differences between high and low coping children and between parent and staff behaviors during painful medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1991; 16 (6): 795-809.
9. Bradlyn AS et al (1993) Children's reactions to invasive medical procedures: the potential importance of procedure, age, and physical restraint. *J Psychosoc Oncol* 1993; 11 (2): 1-18.
10. Royal College of Nursing. Restraining, Holding Still and Containing Children and Young People. Guidance for nursing staff. 2007 RCN, London.
11. McDonnell AA et al. The acceptability of physical restraint procedures for people with a learning difficulty. *Behavioural Psychotherapy* 1993; 21 (3): 255-264.
12. Roberts JF. How important are techniques? The empathic approach to working with children. *J Dent Child* 1995; 62 (1): 38-43.
13. Kupietzky A, Blumenstyk A. Comparing the behaviour of children treated using general anaesthesia with those treated using conscious sedation. *J Dent Child* 1998; 65 (2): 122-127.
14. DiFabio S. Nurses' reactions to restraining patients. *Am J Nurs* 1981; 81 (5): 973-975.
15. Emil S. Restraint is needed in our use of patient restraints. *Can Med Assoc J* 1990; 143 (11): 1221-1225.
16. Luiselli JK, Waldstein N. Evaluation of restraint-elimination interventions for students with multiple disabilities in a pediatric nursing care setting. *Behav Modif* 1994; 18 (3): 352-365.
17. Bailey R, Clarke M. *Stress and Coping in Nursing*. 1989 Chapman & Hall, London.
18. Anonymous. Summary of the practice parameter for the prevention and management of aggressive behaviour in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (11): 1356-1358.
19. Tomlinson D. Physical restraint during procedures: issues and implications for practice. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004; 21 (5): 258-263.
20. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 1998 Sage

Su licenza di Royal College of Nursing Publishing Company. *Paed Nurs* 2008; 20 (4): 29-34.