

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Diploma Universitario di Infermiere

**LA COMUNICAZIONE NON VERBALE
NELLA PERSONA SOTTOPOSTA A
VENTILAZIONE MECCANICA**

**Relatrice:
IP-AFD CINZIA CANELLA**

**Studente:
EMANUELA BELVISO**

Anno accademico 2000 – 2001

INDICE

Introduzione.....	3
PRIMA PARTE: ASPETTI TEORICI.....	6
Capitolo I – La comunicazione	
Il processo della comunicazione.....	7
I livelli della comunicazione.....	11
La comunicazione terapeutica.....	17
La relazione infermiere – paziente.....	20
Capitolo II – Il contesto	
L'area critica.....	23
La comunicazione in area critica.....	28
Il modello dei sistemi di Betty Neuman.....	32
SECONDA PARTE: LA RICERCA.....	35
Capitolo III – Disegno e organizzazione complessiva dello studio	
Identificazione del problema.....	36
Strumenti e metodi per la raccolta dei dati.....	39
Modalità di selezione del campione.....	43
Tempi di realizzazione della ricerca.....	43
Analisi dei dati.....	44
Fine ricerca.....	57

Conclusioni.....	63
TERZA PARTE:	65
Sezione grafici.....	66
Bibliografia.....	91
Appendice.....	92
Ringraziamenti.....	102

INTRODUZIONE

Reparto di Rianimazione.
26/05/2000

Nella stanza, una ragazza di venticinque anni, estubata da poco. La guardo, le sorrido per ricambiare l'espressione d'immensa gioia stampata sul suo viso. Dopo qualche secondo, mi avvicino e le chiedo: «Come si sta di nuovo senza un tubo in bocca che non ti permetteva di parlare? ». Lei, con un'espressione che non dimenticherò mai, mi sorride e dice di sentirsi “rinata”. Osservandola, mi accorgevo come fosse vero.....giorni fa, ero entrata in camera, ma non avevo visto la stessa espressione sul suo volto: angoscia, insofferenza preoccupazione accompagnavano i suoi sguardi.

Quel giorno....., in quel momento è nato nel mio profondo la curiosità di sapere che cosa veramente provano i pazienti, “inchiodati” al letto di una rianimazione, quando non possono parlare, sconvolti, sofferenti, soli, ignoranti di ciò che accade intorno a loro e con l'impossibilità di fare domande o gridare AIUTO!

In uno dei rari momenti di pausa, interessata a quell'esperienza, (col suo consenso) le pongo due domande: «Quali erano i sentimenti che provavi quando non potevi parlare? Che cosa

*riusciva a darti sollievo?». Con enorme disponibilità mi racconta l'immensa ansia che invade i malati, il dolore e la solitudine che fanno da colonna sonora alle loro giornate, e l'importanza del ruolo svolto dall'infermiere, come persona più presente in stanza. Poi, guardandomi negli occhi, mi spiega come un semplice nostro gesto sia intriso di significati per loro che ci osservano continuamente, il nostro TOCCO è percepito come fonte di rabbia, rassicurazione, conforto, indifferenza, professionalità, coinvolgimento, a seconda dell'infermiere; «... quando sei sdraiato su un letto e hai paura di tutto, leggere la voglia e l'impegno, da parte dell'infermiere, di capire cosa hai e di cosa hai bisogno senza metterti fretta e senza arrendersi, **ti fa sentire già al sicuro!**».*

E' racchiuso in quest'esperienza, nel dialogo con questa ragazza, avvenuto durante un giorno del mio tirocinio presso il reparto di Rianimazione di Ferrara, il motivo che mi ha spinto a studiare e ad approfondire meglio il BISOGNO DI COMUNICARE nella persona sottoposta a Ventilazione Meccanica Artificiale (V.A.M.). Dal suo racconto, ho capito quanto l'infermiere in camera è responsabile di ogni sua parola, gesto, atteggiamento, espressione, compreso anche il silenzio; così si è sviluppato un interesse maggiore nei confronti della comunicazione non verbale, molto presente, soprattutto da parte dei pazienti. Nel titolo, non a caso ho utilizzato il termine "PERSONA". La scelta di questa parola, deriva da un voler affermare che coloro ritenuti dagli infermieri "oggetto del loro lavoro", non sono altro che individui con una propria vita, dignità e una loro identità, che non deve mai essere ignorata! Tenendo ben presente questo concetto, l'infermiere non può

sottovalutare l'importanza di instaurare una comunicazione terapeutica ed efficace nel processo di guarigione del malato.

Il lavoro svolto da me, è composto da: una prima parte che riguarda la comunicazione, i vari livelli di cui essa è costituita, e l'importanza della relazione infermiere – paziente nel processo di cura; una seconda parte che inquadra l'ambiente, l'infermiere e il paziente d'area critica e le particolarità della comunicazione all'interno di quest'ambiente; e una terza parte, costituita dal mio lavoro di ricerca effettuato nell'unità di Terapia Intensiva di Ferrara e le conclusioni tratte da esso.

PRIMA PARTE:

ASPETTI TEORICI

CAPITOLO I

La comunicazione

Il processo della comunicazione

I livelli della comunicazione

La comunicazione terapeutica

La relazione infermiere - paziente

IL PROCESSO DELLA COMUNICAZIONE

“Per capire se stesso, l’uomo ha bisogno di essere capito dall’altro. Per essere capito dall’altro, ha bisogno di capire l’altro”.

Provando a spiegare che cosa è la comunicazione, mi viene in mente quanto, come spesso accade per le cose quotidiane, siamo abituate a viverle, ma al momento di definirle, di doverle spiegare ad un interlocutore immaginario, il facile diventa difficile!

Ho provato a consultare il dizionario (Zingarelli 1999), ma ciò non mi ha semplificato il compito; alla voce “comunicare” c’era scritto: «Trasmettere, diffondere, propagare, amministrare la comunione, essere in rapporto di comunicazione o in contatto». Tutte definizioni appropriate, ma che non rispondono alla mia idea di comunicare. In fondo ho trovato scritto: «dal latino *communicare*, derivato da *communis*»; quindi “comunicare” è da intendersi nel senso di “mettere in comunione”; ma viene anche riportata,

sempre dal latino, “*communicare altar*”, che è da intendersi come “accostarsi all’altare”, e anche se etimologicamente forse non irreprensibile, mi colpisce l’ipotesi di poter considerare il verbo “comunicare” nel senso di “avvicinarsi, accostarsi”.

Comunicare significa quindi mettere in comune con un altro un oggetto, quello che sarà definito come messaggio e che può essere rappresentato da una parola, un gesto, un’emozione; ma potrebbe anche significare avvicinarsi, e quindi scambiare l’oggetto della comunicazione con l’altro, all’interno di una situazione dove il coinvolgimento emotivo non è escluso, anzi costantemente presente.

Il mio lavoro di ricerca sul significato profondo del termine “comunicare” è proseguito poi con la raccolta di una serie di definizioni date da alcuni teorici:

*Ruesch e Bateson hanno definito la comunicazione come «l’insieme dei processi, mediante i quali, la mente di un individuo agisce su quella di un altro»; la comunicazione è vista come l’influenza esercitata da un individuo sul comportamento e sulle idee di un altro.

*Stewart ha definito, la comunicazione, un «processo fisico-mentale la cui funzione è di esprimere a parole il pensiero che si vuole comunicare ad altri». Secondo questa definizione, lo scopo principale della comunicazione consiste nel trasmettere ad altri delle informazioni.

*Satir afferma che la comunicazione non è altro che «un insieme di comportamenti verbali e non verbali manifestati in un contesto sociale ».

A mio avviso, la comunicazione non è soltanto un mezzo per trasmettere informazioni o per influenzare un altro individuo nel corso del rapporto, ma è il rapporto stesso.

Quando si vuole analizzare l'interazione tra due individui o tra due gruppi di individui, in pratica si analizza la comunicazione stessa, cioè l'insieme dei messaggi verbali e non verbali che vengono scambiati tra i partecipanti. Se non v'è comunicazione, allora non v'è rapporto. Perciò la comunicazione non è solo la manifestazione osservabile di un concetto o di un rapporto astratto, ma è il rapporto stesso.

Il **processo della comunicazione** è costituito da sei elementi funzionali.

Il primo di questi è rappresentato dall'*emittente*. Con questo termine viene indicata la fonte di emissione del messaggio e gli organi impegnati nella trasmissione d'esso.

Il secondo elemento è rappresentato dal *ricevente*, ossia il soggetto che riceve il messaggio e le strutture anatomiche necessarie per la sua ricezione.

Il terzo elemento è rappresentato dal *canale*, cioè il mezzo, conosciuto e condiviso, attraverso il quale, nella maniera e con le modalità più opportune, è possibile trasmettere un messaggio tra due soggetti. Il canale deve essere conosciuto e condiviso, nel senso che deve essere facilmente riconoscibile dai comunicanti.

Possiamo, quindi, evidenziare un canale verbale, uno visivo, uno olfattivo, uno uditivo, ecc.

Il quarto elemento è il *codice* che può essere definito come una convenzione, un sistema al quale le persone che comunicano fanno semplicemente riferimento, una regola condivisa.

Il quinto elemento è il *messaggio*, rappresentato da ciò che l'emittente intende comunicare al ricevente, attraverso l'uso di un canale e di un codice appropriato. Il messaggio all'interno dell'iter comunicativo subisce un processo di codificazione (da parte dell'emittente) e un processo di decodificazione (da parte del ricevente). Se consideriamo, ad esempio, una comunicazione verbale: il messaggio "pensato" deve subire tutta una serie di trasformazioni di tipo cognitivo, affettivo, neurofisiologico per essere poi trasmesso attraverso il canale/codice della parola, al ricevente, che dovrà, a sua volta, ritrasformare il messaggio udito per arrivare a una decodificazione che lo renda comprensibile. Il processo di codifica/decodifica avviene per qualsiasi tipo di canale utilizzato, ma tanto più appropriato sarà il codice/canale in funzione del messaggio da comunicare, tanto più semplificati risulteranno i processi di codifica/decodifica.

L'ultimo elemento è il *contesto*, rappresentato dall'ambiente in cui si svolge l'interazione, che può risultare favorente o disturbante la comunicazione.

I LIVELLI DELLA COMUNICAZIONE

La comunicazione avviene fondamentalmente attraverso due livelli: quello verbale e quello non verbale.

“Se la comunicazione è vita, la non comunicazione è morte”.

Quando si parla di **comunicazione verbale**, ci si riferisce a quel tipo di comunicazione che utilizza il canale della “parola parlata”. La comunicazione verbale implica la partecipazione dei meccanismi fisiologici e cognitivi necessari per la produzione e la ricezione del linguaggio. Perché il linguaggio sia fruibile devono essere opportunamente funzionanti tutti i meccanismi psicologici, cognitivi e neurofisiologici che rendono possibile il processo di formazione e d’ascolto della parola.

Benché sia l’aspetto verbale ad essere associato più spesso con il termine “comunicazione”, esso rappresenta solo un aspetto parziale del processo della comunicazione.

“Noi parliamo coi nostri organi vocali, ma conversiamo con tutto il nostro corpo”.

La **comunicazione non verbale** non è specifica dell’uomo, anzi, alcune forme di comunicazione presentano grande somiglianza e continuità tra i mammiferi e l’uomo.

La comunicazione non verbale nasce dall’incontro faccia a faccia con i propri simili, il quale suscita emozioni diverse: paura, aggressività, desiderio sessuale, ecc. La comunicazione non verbale è perciò strettamente legata alle emozioni; attraverso il messaggio non verbale l’animale segnala ai suoi simili, il proprio stato emotivo, affinché essi possano comportarsi di conseguenza. L’espressività non verbale è tanto maggiore quando più l’animale

è sociale. Non c'è perciò da stupirsi che anche nell'uomo, animale sociale per eccellenza, la comunicazione non verbale sia ampiamente presente e ricca di modalità espressive, volte a comunicare le emozioni e i sentimenti che gli altri ci suscitano. È possibile a livello cosciente, alterare per alcuni aspetti la comunicazione non verbale, ma questa falsificazione, oltre ad essere rilevabile ad occhio attento ed allenato a leggerla, è possibile solo entro certi limiti, e diventa del tutto impossibile quando l'emotività è forte. La comunicazione non verbale esprime, infatti, le emozioni e i sentimenti che proviamo nella vita quotidiana, i quali non sempre raggiungono il livello della coscienza. Si può perciò affermare che essa esprime la parte più vera di ciascuno di noi nel rapporto sociale.

Per queste ragioni è particolarmente importante che l'operatore sanitario sappia cogliere la comunicazione non verbale. Da una buona capacità di lettura d'essa, derivano, infatti, preziose informazioni sul reale stato emotivo della persona con cui s'interagisce, in particolare quando essa non sa, non può, o non osa esprimere il proprio reale sentire. La comunicazione non verbale esprime, infatti, stati emotivi che possono essere sconosciuti al paziente stesso. Inoltre l'operatore sanitario deve essere il più possibile consapevole dei messaggi che egli stesso invia a livello non verbale; è su questi ultimi, infatti, assai più che su quelli verbali, che si gioca la relazione con il paziente.

Della comunicazione non verbale, si conoscono diversi aspetti:

Espressione del viso: il volto è la parte del corpo notevolmente più espressiva.

Gli occhi: la direzione dello sguardo è un messaggio importante; guardare l'altro negli occhi significa desiderio di rapporto mentre, al contrario, sfuggire allo sguardo può indicare disagio, desiderio di sfuggire al rapporto. Abbassare lo sguardo indica spesso sensi di colpa e imbarazzo. La pupilla più dilatata è letta come un segnale positivo, di simpatia. Di fatto, la nostra pupilla, senza che ce ne rendiamo conto, si restringe e si dilata in base alla gradevolezza ed all'accettazione dello stimolo che stiamo osservando. Anche la brillantezza dello sguardo è indice del grado d'attivazione della persona, mentre lo sguardo "spento" indica tristezza e depressione, lo sguardo "brillante" indica eccitazione e gioia. Le palpebre, più o meno aperte, sono un altro segnale d'interesse, meraviglia, paura, tristezza, ecc...

Le sopracciglia: il rapido sollevarsi delle sopracciglia indica sorpresa; mentre le sopracciglia aggrottate indicano tensione, concentrazione e sforzo.

La fronte: il corrugamento della fronte indica tensione, concentrazione, sforzo e disagio.

Il naso: l'arricciamento del naso indica disgusto e disprezzo.

La bocca: è forse dopo gli occhi, il più importante strumento di segnalazione non verbale. Con il sorriso si esprime simpatia, con il riso, invece si esprime scherno e aggressività. Anche il bacio che sembra derivato dall'alimentazione bocca a bocca tra la madre e il figlio, può esprimere messaggi diversi: dalla tenerezza alla cortesia, dall'affetto alla passione. La bocca può esprimere rabbia, meraviglia quando è semiaperta, disprezzo quando le labbra sono tese, sforzo quando sono serrate, tristezza quando sono all'ingiù, noia nello sbadiglio, ecc.

La vascolarizzazione: la vascolarizzazione del volto, ancor più di quella delle altre parti del corpo, è un importante segnale di comunicazione, spesso a dispetto del volere cosciente della persona stessa, basti pensare a quando si arrossisce per vergogna o imbarazzo. Il pallore contraddistingue la tristezza, così come la paura. Un maggiore arrossamento è invece indice d'attività, d'interesse e d'aggressività.

Il tono muscolare: in generale il tono dei muscoli del volto concorre a segnalare lo stato emotivo della persona. Nella tristezza vi è atonia, e la persona presenta la tipica “faccia lunga” che è letta come segno di depressione. Il tono muscolare cresce man mano che aumenta l'interesse e l'attività, fino alla contrazione tipica del conflitto, dello sforzo.

Gestualità: la gestualità invia messaggi molto importanti, e varia da una cultura all'altra; mentre, ad esempio, i popoli mediterranei tendono a gesticolare maggiormente, i popoli nordeuropei appaiono maggiormente controllati.

Il differente tipo di gestualità, nelle diverse culture può dare luogo a degli errori d'interpretazione della comunicazione non verbale e ad incomprensioni.

Un elemento importante della gestualità è dato dai movimenti senza scopo, cioè non pertinenti all'azione che si sta compiendo e non finalizzati ad essa. Si tratta di “attività di sostituzione” che insorgono nelle situazioni di conflitto e di forte tensione: dondolare le gambe o il piede, attorcigliarsi i capelli, grattarsi la testa, il naso o le orecchie, rassetarsi gli abiti, mangiarsi le unghie, ecc.

Particolare interesse hanno, poi, i “gesti di conforto” (abbracciare, mettere la mano sulla spalla, toccare il braccio, ecc.) i quali

comportano tutti una forma più o meno intensa di contatto fisico; essi hanno lo scopo di rassicurare l'altro e di fargli sentire la nostra partecipazione emotiva.

Postura: per postura s'intende l'atteggiamento che viene assunto da tutto il corpo, il quale può apparire rilassato, abbandonato o teso.

Disposizione nello spazio: un aspetto particolare della disposizione nello spazio è data dalla distanza personale, vale a dire da quello spazio protettivo per l'lo che ognuno di noi mantiene nei rapporti sociali, detto anche "zona cuscinetto". Sedersi vicino ad un'altra persona indica desiderio di contatto, così come sedersi a distanza è segno di distacco. La distanza personale è in genere tanta con le persone sconosciute, mentre si riduce nei rapporti con amici, parenti, fino ad essere annullata nei legami affettivi intensi.

Nel rapporto operatore sanitario - malato questa distanza viene costantemente invasa, perché la malattia riguarda il suo corpo, che viene toccato e manipolato, spesso provocando dolore. La persona deve anche in parte rinunciare alla protezione che gli proviene dagli abiti, perciò l'operatore deve essere sempre consapevole del disagio del paziente, derivato dall'invasione della propria intimità corporea.

Un altro aspetto importante dell'uso dello spazio è la territorialità, poiché l'uomo è un animale territoriale, che identifica un proprio spazio d'azione nel quale non ammette invasioni. Al momento dell'ospedalizzazione, il paziente perde il proprio territorio, poiché si allontana dalla propria casa per ritrovarsi in un ambiente

sconosciuto e anonimo. Giacché il territorio è un elemento della propria identità, tale perdita è vissuta come un pericolo.

Espressioni vocali: l'urlo, il pianto, il grido sono sempre state forme di comunicazione non verbali presenti sin dalla nascita.

Silenzi: anche il silenzio è una forma di comunicazione non verbale. In assenza del linguaggio verbale, è la globalità della comunicazione non verbale a determinare il significato da attribuire al silenzio: aggressività e rifiuto del legame, oppure rispetto, partecipazione emotiva, comunione affettiva talmente profonda da non richiedere parole.

La **metacomunicazione** è definita come la comunicazione nella comunicazione, ossia la parte più nascosta, l'aspetto più psicologico della comunicazione. Appare evidente, quindi, quanto la metacomunicazione sia importante all'interno di una relazione e l'indispensabilità di conoscerne l'esistenza per chi professionalmente, come l'infermiere, fa della relazione, uno strumento di lavoro; al fine di filtrare i messaggi che gli vengono inviati per coglierne i reali contenuti. Sia il paziente che i suoi familiari, proprio per la tumultuosità e l'ambivalenza delle tensioni che vivono in un momento in cui la loro salute e vita sono in pericolo, presentano con gran facilità messaggi distorti, che occorre imparare a leggere e decifrare. L'operatore sanitario deve imparare a riconoscere la metacomunicazione, per essere in grado di rispondere ai bisogni profondi del paziente, che non sono, come spesso per comodità si crede, quelli verbalmente espressi.

LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA

Considerando la comunicazione, la relazione stessa, risulta indispensabile utilizzare modalità di comunicazione che meglio possono facilitare il dialogo e l'instaurarsi di una relazione terapeutica tra operatore sanitario e paziente. Nell'ambito del Nursing, la comunicazione può essere classificata in terapeuticamente efficace e terapeuticamente inefficace. La comunicazione terapeutica porta all'instaurarsi di un valido rapporto tra infermiere e paziente, con l'obiettivo di facilitare la guarigione o il miglioramento del **paziente**.

Tecniche di comunicazione terapeuticamente efficaci

Ascoltare: essa è forse la tecnica di comunicazione più efficace; benché venga spesso considerata come un processo passivo di ricevere informazioni, risulta essere un processo attivo, che richiede un'attenzione vigile ed un notevole impegno. La persona deve poter trovare un ambiente accogliente, deve potersi esprimere con calma senza fretta e senza interferenze. Anche i silenzi sono importanti e vanno tollerati; essi sono una pausa in cui si aspetta che il paziente superi le proprie difficoltà e le resistenze ad esprimersi. Il messaggio inviato da un infermiere capace di ascoltare è: l'importanza della persona che gli sta di fronte, del suo problema e la disponibilità nei suoi confronti.

Riaffermare: consiste nel ripetere al paziente ciò che si ritiene sia il pensiero principale da lui espresso. Con questa tecnica l'infermiere comunica che lo sta ascoltando, mentre il paziente ha

la possibilità di ripetere il suo messaggio ed eventualmente chiarirlo.

Rispecchiare: ha lo scopo di aiutare il paziente ad analizzare meglio i propri pensieri e le proprie emozioni rispetto ad un problema; cercando così di trasmettere al paziente che le sue idee, i suoi sentimenti, e i suoi problemi sono le sole cose che abbiano importanza.

Chiarificazione e verifica consensuale: attraverso un feedback si richiede conferma del messaggio inviato; può riferirsi sia alla sua totalità (chiarificazione) sia ad un singolo aspetto, o parola (verifica consensuale).

Focalizzare: consiste nel riportare il discorso su un argomento che, dall'insieme del colloquio, si valuta importante per il paziente. Tale tecnica è utile soprattutto quando il paziente tende ad essere elusivo o a sfuggire ad un argomento.

Riassumere: alla fine del colloquio, è utile riepilogare e puntualizzare gli aspetti più importanti emersi dal dialogo.

Tecniche di comunicazione terapeuticamente inefficaci

Non saper ascoltare: il non ascolto dà al paziente un messaggio negativo di disinteresse per lui e per i suoi problemi. Parlare al paziente mentre si svolgono delle altre attività, parlare d'argomenti importanti in fretta, manifestare atteggiamenti posturali di disinteresse; sono tutte modalità non verbali di comunicare una volontà di non ascolto.

Formulare giudizi: quest'atteggiamento mette il paziente in una condizione di subordinazione e di dipendenza nei confronti dell'operatore.

Dire frasi d'incoraggiamento: si tratta di frasi banali, che servono in realtà a rassicurare l'operatore sanitario, mentre, di fatto, negano i reali bisogni del paziente, e gli impediscono di esprimerli.

Risposte stereotipate: esse danno una comunicazione di disinteresse e di superficialità, poiché sono delle "frasi fatte" che negano l'individualità dei bisogni del paziente.

Cambiare argomento: esso è un modo per negare al paziente la possibilità di parlare del suo problema e per comunicare che non è lui a decidere di che cosa è importante parlare.

Frase di rifiuto: sono modalità di comunicare il rifiuto ad approfondire i problemi del paziente, a scopo difensivo, per proteggersi dall'ansia.

LA RELAZIONE INFERMIERE - PAZIENTE

Il rapporto, tra operatore sanitario e il paziente, può assumere aspetti molto diversi, tra cui possono essere individuate tipologie più ricorrenti, che spesso si presentano in forma mista:

La relazione di potere. E' una relazione tra chi detiene il potere e chi si trova in una condizione di necessità e di subordinazione. Il potere può derivare dalla conoscenza scientifica e dalla tecnologia avanzata o dalla stratificazione sociale. Tale relazione non si propone di stimolare l'autonomia del paziente, e favorisce la comparsa di reazioni regressive. Talvolta può generare aggressività, nel momento in cui il paziente, riconoscendosi come persona adulta, rivendica la sua autonomia, spesso in modo indiretto, aggredendo chi nella struttura sanitaria è un bersaglio più facile, perché detentore di minor potere.

La relazione terapeuticamente inesistente. E' una relazione dominata da reciproco distacco e da reciproca sfiducia. Il paziente da un lato non ha fiducia nell'operatore sanitario, e talvolta nell'intera struttura sanitaria; si pone perciò in un atteggiamento aggressivo, rivendicativo e scarsamente cooperativo. L'operatore sanitario dall'altro vive il suo lavoro come frustrante, scarsamente utile e poco gratificante, evitando così qualsiasi tipo di coinvolgimento emotivo con il paziente.

La relazione supportiva. Essa è una relazione umana tra due persone di pari dignità, anche se diverse per ruolo professionale (infermiere) e condizione esistenziale (malattia, bisogno fisico). E' una *relazione cooperativa particolare*, tra una persona che è in stato di bisogno e un'altra che mette a sua disposizione la propria

competenza professionale. Nel rapporto supportivo, oggi ritenuto la miglior modalità di relazione terapeutica, l'operatore sanitario si prefigge come obiettivo di condurre il paziente al massimo grado d'autonomia e benessere possibile.

Nella relazione supportiva sono presenti alcuni elementi essenziali, che sono:

- ✓ **Fiducia.** La fiducia non è un fatto ovvio e naturale, proprio per questo, è necessario che l'infermiere s'impegni a costruire un rapporto basato su questo sentimento, indispensabile per il benessere del paziente. La fiducia può essere definita come la convinzione che l'operatore sanitario è colui capace di fornire aiuto ed assistenza in caso di necessità, e che, di fatto, lo farà. Gli elementi che maggiormente concorrono a fondare la fiducia sono una buona comunicazione e in particolare la disponibilità all'ascolto, unitamente alla coerenza tra le parole e le nostre azioni.
- ✓ **Empatia.** Essa è la capacità di entrare nella vita di un altro, di percepire i suoi sentimenti e di capirne il loro significato; ossia la tendenza di un uomo a identificarsi con l'altro e di vivere la sua situazione. Essa conferisce profondità e significatività al rapporto e stabilisce una reale comprensione fra i due individui. Va precisato che l'empatia è un sentimento diverso dalla simpatia, (con la quale è spesso confusa) poiché, mentre nella simpatia, la persona si sente coinvolta a tal punto da non essere in grado di fornire l'aiuto necessario, nel rapporto supportivo, e quindi empatico, la persona ha bisogno di restare obiettiva per poter aiutare il paziente a risolvere i suoi problemi.

- ✓ **Interessamento o amore.** Con questi due termini viene intesa l'accettazione incondizionata dell'individuo, così come egli è. D'altra parte è difficile pensare che tra un infermiere e un paziente s'instauri un rapporto di tipo empatico, se manca un sincero interesse. Quando si parla d'amore, in genere, si pensa ad una sorta di contatto fisico, il quale rappresenta, anche, uno dei segni della comunicazione non verbale che più dimostra sincero interesse. Nel Nursing il contatto fisico è uno "strumento" per eccellenza, utilizzato per soddisfare i bisogni del paziente, ma è anche un canale per la trasmissione di messaggi d'interesse, comprensione e umanità.
- ✓ **Autonomia e reciprocità.** Lo scopo del rapporto supportivo è l'autonomia del paziente, e il passaggio, per quanto possibile, dalla condizione di malato dipendente a quella di persona autosufficiente. La reciprocità è lo strumento che consente di realizzare l'autonomia, ossia il contributo dato da ogni persona per il raggiungimento dell'obiettivo: la guarigione o il miglioramento.

CAPITOLO II

Il contesto

L'area critica

La comunicazione in area critica

Il modello dei sistemi di Betty Neuman

L'AREA CRITICA

Con il termine “**area critica**”, possono essere individuate quelle strutture, servizi o ambulatori operativi, in cui il personale qualificato s’impegna, con l’uso d’attrezzature adeguate e risorse, a soddisfare tutti i bisogni presentati dalle persone in condizioni di rischio per la vita.

L’**infermiere d’area critica**, è colui che garantisce una continua e un’elevata qualità d’assistenza al paziente con reali o potenziali problemi che ne mettono in pericolo la vita. Il tipo d’assistenza erogata dall’infermiere d’area critica si contraddistingue da quella d’altre aree operative infermieristiche, per la tempestività, la globalità e la continuità delle cure.

«Chi pensa che sull’altare della scienza possa essere sacrificato l’ideale umanitario, non ha compreso né la scienza né l’uomo».

L’infermiere d’area critica si trova nel regno della tecnologia; ed è chiamato a farne uso, ne è sovrastato, ne segue le regole e inevitabilmente ne è condizionato nei rapporti coi colleghi e con i

pazienti. Egli è impegnato, più che in altri reparti, in un grande compito di raccolta e misurazione dei dati; deve acquisire una disciplina che è fatta di precisione, cura e osservazione, secondo regole ferree che significano la salvezza del paziente. Si addestra continuamente all'uso di macchine e tecnologie raffinate, che è chiamato a conoscere e a saper utilizzare in qualsiasi momento. In mezzo a questo scenario, è molto forte il condizionamento di tali regole e tecniche sul rapporto, in parte inconsapevole, che si gioca quotidianamente tra lui e i pazienti e che influenza i suoi obiettivi assistenziali più generali. Non sono le macchine a disumanizzare i rapporti, ma il modo in cui l'uomo le usa; poiché se l'uomo non è in grado di dominarle viene inesorabilmente e pesantemente dominato da esse.

Al fine di evitare ciò, è necessario fornire una preparazione specifica e fare una selezione mirata all'ingresso degli operatori in area critica. La formazione deve selezionare individui interessati alle persone, capaci di affrontare l'aspetto tecnico senza farsi dominare da esso. Un operatore capace di dominare i propri comportamenti in condizioni di disciplina tecnologica avanzata, senza essere sopraffatto dalle scadenze e dai ritmi imposti dalle macchine a discapito dei pazienti, consapevole che l'efficacia della macchina è determinata da un corretto rapporto operatore - paziente. Persone, che con la forza della ragione e del consiglio, abbiano disponibilità, infondano sicurezza, generino fiducia e speranza, accolgano angosce e incertezze, e le trasformino in desiderio di vita, di responsabilità e di guarigione; consapevoli che l'interesse autentico per la tecnologia non può distogliere l'interesse primario per la persona.

Occorre, inoltre, che l'operatore sia in grado di dedicare attenzione e di mantenere un autocontrollo continuo sui suoi comportamenti, sulle proprie competenze linguistiche e sulla propria autovalutazione comunicativa.

I rapporti d'informazione, di consiglio, d'attenzione agli stati d'animo e ai sentimenti, i rapporti con i parenti e le persone care al paziente, i suoi bisogni d'intimità e riservatezza, i processi di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei parenti e dei visitatori, non devono essere lasciati al caso e all'iniziativa personale, ma affrontati con tecniche protocollate, con tempi e spazi che li rendano parte non secondaria della cura e dell'assistenza in area critica.

Il ***paziente critico*** è colui che si trova in una condizione di rischio per la sua vita, come l'insufficienza acuta di uno o più organi o sistemi.

Il paziente ricoverato in una rianimazione è senza dubbio una persona sottoposta ad uno stress anche emotivo enorme e particolare: spaventato, teso, aggredito da una patologia grave, dalla coscienza di essere in pericolo di vita e da un'invasività quasi illimitata, nudo, immobilizzato, auscultato e palpato, monitorizzato, espropriato del proprio corpo, delle normali relazioni umane, del sonno, del tempo. Eppure, anche e soprattutto con questi problemi, rimane una persona, bisognosa di continue osservazioni e prestazioni personalizzate, soggetto di diritti inalienabili.

Il paziente critico, fa esperienza del dolore, dell'impotenza, della disperazione, della metamorfosi che lo sorprende, di sé e della propria vita.

La malattia sconvolge i suoi progetti e i suoi rapporti sociali e familiari, il suo stile di vita e le sue abitudini, è un evento che spesso lo coglie di sorpresa e lo trova impreparato.

Egli si trova in una condizione, per cui chiede quando andrà via di lì e come sarà, piuttosto che il calcolo del suo equilibrio elettrolitico, perché la sua idea fissa è cosa ne sarà di lui; inoltre entrando in Unità Intensiva, il paziente fa esperienza di un ambiente tecnico inaspettato e sconosciuto di cui non comprende tutti gli aspetti. Se ne accetta le regole lo fa più per il terrore con cui immagina le conseguenze di una eventuale trasgressione, piuttosto che per la comprensione dei meccanismi.

Il ricovero di un individuo in un reparto d'area critica, ha come scopo il ripristino delle funzioni dei parenchimi eventualmente danneggiati, in modo da restituire alla persona malata condizioni di vita accettabili.

Le unità di Terapia Intensiva e Rianimazione, nelle quali ho svolto tirocinio, accoglievano pazienti con diverse patologie, tra cui:

- Insufficienze respiratorie primitive e secondarie;
- Patologie cerebrali, spontanee, traumatiche;
- Politraumatizzati;
- Monitoraggi post- operatori (chirurgia toracica, addominale, vascolare...);
- Avvelenamenti;
- Ustioni;
- M.O.F.;
- Patologie infettive (tetano, A.I.D.S., meningite, ecc.).

I pazienti ricoverati in queste strutture possono, a causa delle loro patologie, essere sottoposti a Ventilazione Meccanica.

Con il termine di V.A.M. (Ventilazione meccanica artificiale) s'intende l'insufflazione di miscele gassose nelle vie aeree del paziente, tramite un tubo endotracheale o una canula tracheostomica. La composizione della miscela varia, secondo il paziente e gli scopi preposti, ma fondamentalmente, è costituita da aria/ossigeno.

Le metodiche d'assistenza respiratoria possono essere schematicamente divise in due gruppi:

1) Tecniche di ventilazione controllata;

2) Tecniche di ventilazione assistita.

- 1) In tale modalità tutta la ventilazione è "controllata" dal ventilatore, che impone al paziente sia un volume, che la frequenza delle insufflazioni. Ciò avviene indipendentemente dalla ventilazione spontanea del paziente, che se presente si somma a quella della macchina.
- 2) Tale modalità di ventilazione permette di far coincidere gli atti meccanici con quelli spontanei, in modo che il paziente si "adatti" alla ventilazione meccanica. Il fondamento della ventilazione assistita è quello di sfruttare la respirazione spontanea del paziente fornendo unicamente un supporto di ventilazione, al fine di ottimizzare la funzione respiratoria del malato.

Mentre la ventilazione controllata si sostituisce completamente alla ventilazione spontanea del paziente ed è utilizzata su quei malati che non hanno nessuna possibilità autonoma di respiro, le tecniche di ventilazione assistita intervengono là dove il paziente possiede un'attività autonoma di respiro, che necessita soltanto di un aiuto parziale.

LA COMUNICAZIONE IN AREA CRITICA

«Una comunicazione verbale e non verbale, raffinata e individualizzata con i malati ricoverati in Terapia Intensiva, è il metodo più importante per portare l'arte del guarire all'interno dell'ambiente altamente scientifico dell'area critica»

(Obier e Haywood)

Molto spesso vi è la tendenza a dimenticare che uno dei fattori più stressanti nel paziente, portatore di tubo o canula tracheale, è l'impossibilità di comunicare verbalmente. Tutto questo lo riduce ad uno stato infantile, di grave impotenza e provoca ansia in un malato già di per sé debilitato, indifeso nei confronti di un ambiente "aggressivo".

I fattori, che giocano un ruolo importante nella comunicazione tra infermiere e paziente sottoposto a V.A.M. sono molti, e possono essere suddivisi in:

- a) fattori emotivi: ansia, risentimento, irritazione, dolore;
- b) fattori fisici: stanchezza, sordità, dolore;
- c) *fattori intellettivi: differente capacità intellettiva, livelli di conoscenza;*
- d) fattori sociali: differenze culturali, linguaggio, di status professionale, rumore, mancanza di privacy.

Nelle unità operative di Terapia Intensiva e Rianimazione si spendono molte ore a spiegare, agli infermieri appena arrivati e agli allievi, come funzionano i ventilatori e le varie attrezzature; mentre molto ridotto, se non assente, è l'insegnamento relativo ai

fondamenti della comunicazione e ai canali che dovrebbero essere utilizzati con questo tipo d'utente.

Gli strumenti di comunicazione più utilizzati in queste unità operative sono:

- Lettura labiale: essa richiede un minimo di pratica, ma è molto comoda e funzionale, purché s'insegni al malato ad esprimere i suoi bisogni con parole e frasi standard (ad es. "ho bisogno d'essere aspirato" diventa "catarro"); lo svantaggio di tale tecnica è l'impossibilità di comunicare emozioni e pensieri complessi.
- Scrittura: essa prevede come strumento l'utilizzo di carta e penna, e necessita di un buon stato di coscienza da parte del paziente, unito ad una discreta forza fisica; ecco perché non facilmente utilizzabile.
- Tavola alfabetica: è un sistema di comunicazione lento, che richiede da parte del paziente, una buona capacità visiva ed un buon tono muscolare; anch'esso non è in grado di comunicare frasi complesse, quindi di modesta utilità.
- Tavole di comunicazione: esse sono delle tavole disegnate, di facile comprensione, che raffigurano situazioni di bisogno (sete), di paura (asfissia da ingombro di secrezioni), di dolore, di fastidio, ecc.

È molto importante che gli infermieri d'area critica aiutino anche i parenti, durante il loro approccio comunicativo con l'utente. Bisogna che l'infermiere insegni ad utilizzare uno dei suddetti mezzi di comunicazione e ad interpretare correttamente il

comportamento del paziente, che spesso può essere incomprensibile.

L'ambiente estraneo e l'invasività delle manovre terapeutiche, alle quali il paziente è sottoposto, scatenano in lui paura e disorientamento, di tutto ciò bisogna tener conto durante qualsiasi approccio comunicativo.

I familiari sono coloro che spesso più d'ogni altro, sono in grado di fornire al malato, informazioni che risultano più convincenti rispetto a quelle del personale sanitario, oltre che tranquillizzarlo, orientarlo, farlo partecipare alla vita familiare, facendogli mantenere così la propria identità. Per realizzare una comunicazione efficace, anche l'infermiere più esperto deve costantemente adoperarsi per migliorare tre fattori: una maggior comprensione delle dinamiche della comunicazione, incrementare l'autoconsapevolezza delle proprie forze e debolezze, sviluppare una sempre più acuta percezione delle necessità altrui.

L'allievo, ha spesso una gran disponibilità di base nei confronti altrui: svilupparla ed esprimerla, costituisce una sfida nel corso dell'intero esercizio professionale. Sebbene ogni individuo si trascini esperienze e pregiudizi, una solida base di conoscenze, autoconsapevolezza e sensibilità, sono garanzia di maggior riuscita.

Il voler crescere nei rapporti interpersonali, implica responsabilità, oneri, ma anche gratificazioni: educare alla salute ed all'auto-aiuto, servendosi dell'abilità di comunicare e dell'empatia, consente un'assistenza personalizzata con giovamento per il paziente e gratificazione per l'infermiere.

Concludendo, la comunicazione in emergenza poggia su uno "sgabello" a tre gambe: paziente, équipe, contesto. L'operatore

deve essere così “camaleontico” da riuscire a cambiare atteggiamento, conscio del suo ruolo, al variare delle situazioni. Il saper ascoltare, il saper essere “amico” del bambino, “conforto” nell’anziano, “ancora di salvezza” del traumatizzato della strada, “confessore” dell’aspirante suicida, oltre che essere un ottimo professionista: non è facile. Ma saper comunicare, saper mettersi in relazione con l’utente è anche...anzi è soprattutto questo!

IL MODELLO DEI SISTEMI DI BETTY NEUMAN

In un ambiente particolare come quello dell'area critica, lo stress è uno degli elementi che spesso distorce e sovrasta ogni tipo di rapporto.

Neuman nel suo modello dei sistemi, riprende la definizione data da Seyle, che identifica lo *stress* come la reazione non specifica del corpo a qualsiasi richiesta fatta su di lui. I fattori stressanti sono degli stimoli generatori di tensione dotati della capacità di causare squilibrio, alterando così la stabilità dell'individuo.

Essi sono classificati da Neuman come:

1. *Forze intrapersonali* presenti all'interno dell'individuo.
2. *Forze interpersonali* che si verificano tra uno o più individui.
3. *Forze extrapersonali* che si verificano al di fuori dell'individuo.

Come difesa nei confronti di questi agenti stressanti, Neuman individua tre livelli di prevenzione:

- La prevenzione primaria, messa in pratica, quando viene identificata o ipotizzata l'esistenza di un agente stressante. In tale fase la reazione non è ancora avvenuta, ma si conosce il grado di rischio.
- La prevenzione secondaria, che implica l'attuazione del trattamento o dell'intervento dopo la manifestazione dei sintomi dello stress.
- La prevenzione terziaria, invece, deve avvenire in seguito a quella secondaria. Il suo obiettivo è il riadattamento verso la stabilità ottimale del sistema

del paziente, rafforzando le resistenze nei confronti degli agenti stressanti.

Il modello dei sistemi di Neuman è un approccio all'assistenza dinamico, aperto e sistematico, sviluppato per offrire una definizione unitaria dei problemi infermieristici e una migliore comprensione del paziente, attraverso la sua interazione con l'ambiente circostante. Secondo tale modello, la persona è considerata in costante mutamento, e vista come un sistema aperto. Ella riprende il concetto olistico, presentando la persona, come l'insieme dinamico d'interrelazioni tra fattori psicologici, fisiologici, socioculturali, evolutivi e spirituali, e ponendola al centro del sistema.

Abbiamo visto precedentemente, come sia importante in un ambiente d'area critica, tener sempre in mente il concetto di "persona", al di là della tecnologia che ci circonda, soprattutto nei pazienti sottoposti a V.A.M., i quali si trovano a dover affrontare situazioni impegnative e stressanti.

Alcune delle situazioni stressanti riguardanti i pazienti intubati, sono date da reazioni di "dipendenza dal ventilatore" e dalla costante paura, che da un momento all'altro la macchina non funzioni, provocandone la sua morte. Questo timore è accentuato dall'innescarsi d'allarmi o modificazioni del tipo di ventilazione meccanica da parte del personale medico. È sufficiente che gli allarmi suonino più volte nella giornata perché egli si preoccupi in modo esagerato, ciò comporta che l'infermiere gli stia il più possibile accanto, rassicurandolo circa la sua situazione. Il paziente, soprattutto dopo un periodo lungo in cui è sottoposto a V.A.M., avverte immediatamente ogni minimo cambiamento nel ventilatore, percependolo come un potenziale mal funzionamento.

Spesso un eccesso di tosse terrorizza il paziente; egli, già preoccupato per l'abbondanza delle secrezioni, non comprende, soprattutto nei primi giorni di degenza, la necessità di una manovra così stressante come la bronco-aspirazione. Tale manovra, pertanto, viene vissuta come un momento difficile e spesso il malato cerca di trattenere il più possibile la tosse proprio per evitarla. Inoltre vi sono particolari manovre, come la rilevazione della P.V.C. (pressione venosa centrale), i lavaggi bronchiali, ecc. che richiedono il distacco temporaneo dal ventilatore e per questo, considerate fonte di gran paura e ansia. Un'altra tipica reazione dei pazienti intubati per lungo tempo è il "rifiuto del respiratore", manifestato attraverso irrequietezza, tensione, agitazione psicomotoria, non collaborazione alle manovre di Nursing, scontrosità. La V.A.M. è avvertita come qualcosa d'estraneo dalla propria persona, da cui bisogna staccarsi il più presto possibile. Si assiste a una vera e propria sfida fra il paziente, che si oppone all'insufflazione di gas, e la macchina, che viene percepita non come un aiuto, ma come un ostacolo alla sua respirazione, ed una fastidiosa fonte di limiti. Bisogna, quindi tener sempre conto di tutto ciò che circonda il paziente e che interagisce con lui, poiché ogni stimolo ambientale induce potenti emozioni e molto spesso è fonte di stress.

SECONDA PARTE:

LA RICERCA



CAPITOLO III

Disegno e organizzazione complessiva dello studio

Identificazione del problema

Strumenti e metodi per la raccolta dei dati

Modalità di selezione del campione

Tempi di realizzazione della ricerca

Analisi dei dati

Fine della ricerca

IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

Nel periodo di maggio / giugno 2000 ho svolto il mio primo tirocinio in area critica, nel reparto di Rianimazione di Ferrara. Sono stati due mesi molto intensi dal punto di vista professionale, per le capacità che sono richieste, per la complessità della tipologia d'utenza, e per l'insieme di mansioni nuove che bisogna imparare a svolgere, ma allo stesso tempo, risultati molto impegnativi anche per quanto concerne l'ambito relazionale.

Gli infermieri passano ore a spiegare nei minimi particolari, come allestire carrelli per l'intubazione, per l'introduzione di C.V.C. (catetere venoso centrale), di cateteri arteriosi (ed è giusto che tutto ciò sia fatto), ma nessuno si pone il dubbio, di quali siano le

difficoltà comunicative di un allievo, di fronte ad un paziente critico.

Assistere una persona che è in coma, che non comunica, o che lo fa, ma con metodi che non hai mai visto in altri reparti (labiale, tavole comunicative...), mette ansia; preoccupa l'allievo che non sa rapportarsi, che non conosce le caratteristiche profonde e i limiti di quella relazione. Inoltre, in una realtà come questa, è importante essere efficienti, perché il gruppo, le situazioni richiedono la massima professionalità: ma cosa vuol dire "professionalità" all'interno di un reparto di Rianimazione? Non è forse la comunicazione uno degli aspetti più importanti della professione infermieristica? Un paziente ricoverato in condizioni di pericolo per la sua vita, non è forse la stessa persona che, fino a ieri, era a lavoro, in famiglia, con gli amici ...? Allora, perché molte volte sul letto di una Rianimazione, diviene un "oggetto"?

I miei interrogativi non riguardavano solo il rapporto infermiere – paziente, ma si estendevano anche alla relazione (da me denominata "fantasma") tra infermiere e parente. Per motivi igienici, i familiari potevano entrare per un'ora al giorno, un familiare per volta, munito di camice, mascherina, cuffia e calzari. Ho visto molte volte occhi impauriti, sofferenti, rassegnati, sconvolti, e tutto vissuto nella solitudine. Raramente ho assistito in quei mesi ad una relazione tra i due, poiché gli infermieri, solitamente, controllavano la situazione nelle camere restandone fuori, ed intervenendo in caso di necessità.

In un reparto d'area critica, dove secondo me, la sofferenza dei familiari nel vedere i propri cari in pericolo di vita è tanta, mi aspettavo un contatto molto stretto tra operatori e familiari e sorpresa dalla diversa realtà che mi si proponeva, ho chiesto il

perché di tanto “distacco” e la motivazione datami era racchiusa nel concetto di “privacy”. Nei giorni seguenti facevo finta di attardarmi in stanza per la compilazione delle cartelle infermieristiche, e ho potuto notare come i parenti trovassero rassicurazione nel sentirsi rispondere da me, a domande anche banali; allora mi chiedo se è il parente a voler restare solo, oppure è l’infermiere a decidere che è meglio così? Credo che la privacy sia un aspetto importante, e concordo col fatto, che un familiare desideri un po’ d’intimità durante l’unica ora della giornata che può trascorrere col proprio caro, tuttavia non sono sicura che i familiari considerino superflua la presenza degli infermieri in camera, anzi ritengo che questa, sia molte volte, necessaria per tranquillizzarli, informarli e sostenerli.

Da qui sono nati altri quesiti: com’è veramente vissuta la relazione da parte degli infermieri nei confronti dei parenti, e viceversa?

Decisi di effettuare un altro tirocinio in un settore d’area critica, simile a quello della Rianimazione, per trovare le risposte alle mie domande e per studiare meglio la relazione di quel “trio” (infermiere – paziente –parente) che è, a mio avviso, alla base di una vera e completa assistenza alla persona ricoverata, così scelsi la Terapia Intensiva.

STRUMENTI E METODI PER LA RACCOLTA DEI DATI

I metodi e gli strumenti scelti per la raccolta dei dati sono stati diversi: per quanto riguarda gli infermieri ho scelto il questionario, con domande di tipo aperto e di tipo chiuso; mentre per i pazienti e i parenti, ho scelto l'osservazione.

La scelta del questionario, come tecnica d'ascolto e di rilevazione dei dati di mio interesse, è nata dal fatto, che esso mi permetteva, ad un costo di tempo basso, di raccogliere molte informazioni, garantendo l'anonimato, a mio avviso, aspetto da tenere sempre in considerazione, negli studi relativi ad argomenti delicati, come quello da me trattato. Inoltre, l'assenza del ricercatore, durante la fase di compilazione del questionario, tutela il lavoro di ricerca da eventuali interferenze, che si potrebbero manifestare, invece, con semplici frasi o atteggiamenti involontari da parte del ricercatore stesso.

Il questionario da me elaborato, prima dell'arrivo nell'unità operativa di Terapia Intensiva, preceduto da un breve colloquio con gli infermieri che ne introduceva le finalità, aveva il compito di raccogliere informazioni circa:

- ⊕ Dati riguardanti gli infermieri e la loro esperienza nel settore critico;
- ⊕ Sul concetto di comunicazione che loro hanno;
- ⊕ Sull'utilizzo dei sensi, sulle cose importanti da osservare, e sulle emozioni generate durante il contatto con la persona sottoposta a V.A.M.;
- ⊕ Sugli strumenti da loro utilizzati per la comunicazione con questa tipologia d'utenza;

- ⊕ Sulla loro preferenza rispetto ad una Terapia Intensiva chiusa o aperta, e le motivazioni di tale scelta;
- ⊕ Sulle loro opinioni rispetto all'orario di visita dei parenti, ad eventuali eccezioni, e sulla possibilità di un incontro preparatorio con i parenti;
- ⊕ Infine, sul loro comportamento riguardo al fornire o meno informazioni ai parenti, e quali quelle ritenute di competenza infermieristica.

Data la mia esperienza effettuata in Rianimazione, non ho avuto dubbi, invece, nello scegliere l'osservazione come metodologia di raccolta dati per i pazienti e i parenti. Nel momento in cui una persona estranea nei confronti di questa realtà, entra per la prima volta in un reparto di Rianimazione o Terapia Intensiva, indipendentemente se il suo ruolo sia di parente o malato, subisce una prima fase di sconvolgimento. La sua attenzione punta soltanto alla guarigione; egli è provato, fortemente coinvolto da tutto ciò che sta accadendo, e la sua sofferenza non gli permette di elaborare i sentimenti, le sensazioni, ciò che sta vivendo; ecco perché ho scartato, immediatamente, metodi come il questionario e l'intervista ed ho individuato nell'osservazione l'unico strumento per fare ricerca, che poteva fornirmi informazioni reali ed obiettive su certi domini del comportamento umano, come lo studio della comunicazione verbale e non verbale.

Con il termine "osservare", in senso stretto, ci si riferisce a ciò che conosciamo attraverso la vista; ma esso non si vuole fermare ad un'attività puramente sensoriale, in quanto, tale ricettore periferico (l'occhio), mette in contatto noi con una realtà che viene immediatamente riconosciuta, classificata, e

confrontata con esperienze precedenti. Tale realtà, quindi, diviene oggetto d'operazioni mentali, che fanno sì che in ogni esperienza visiva, occhio e cervello siano coprotagonisti indispensabili l'uno all'altro.

Le stesse considerazioni valgono anche per tutte le altre esperienze sensoriali; quelli più sviluppati nella pratica infermieristica sono: la vista, l'udito, il tatto.

Le osservazioni condotte nel corso di una ricerca non differiscono da quelle che, routinariamente, gli infermieri dovrebbero condurre durante la normale attività assistenziale, se non in un punto: il ricorso a **protocolli**, per evitare un grosso rischio, quello di *osservare ciò che ci si aspetta di osservare*.

L'osservatore, nella ricerca, ha la responsabilità principale di garantire la riproducibilità delle rilevazioni eseguite, per questo è importante garantire il massimo dell'uniformità, nell'interpretazione di dati, fatti, segni, sintomi, atteggiamenti o quant'altro, tra osservatori diversi. Per questi motivi, prima di svolgere il mio periodo di studio, ho elaborato una griglia d'osservazione, in cui ho racchiuso le variabili, oggetto della mia ricerca, dividendola in:

- ⊕ Una prima parte dove sono inclusi i dati generali, riguardanti il paziente, compreso il suo stato di coscienza;
- ⊕ Una seconda parte, che analizza la “relazione familiare/conoscente – malato”, in cui sono racchiusi il grado di parentela, la comunicazione utilizzata dai due, il comportamento spaziale del familiare, il contatto

corporeo, la parte del corpo del malato più toccata, ed il comportamento assunto dal parente durante l'orario di visita.

⊕ Infine, una terza parte, che analizza la “relazione familiare/conoscente – infermiere”, includendo il comportamento del primo, rispetto agli infermieri presenti in camera, e il comportamento di questi, durante l'orario di visita.

MODALITA' DI SELEZIONE DEL CAMPIONE

Per quanto riguarda la parte di studio inerente agli infermieri ho scelto, come campione per la somministrazione del questionario, l'intera équipe della Terapia Intensiva 1^a di Ferrara; mentre per quanto concerne il lavoro d'osservazione ho deciso di prendere: tutti i pazienti intubati e collegati al ventilatore nei primi due giorni di ricovero, indipendentemente dalla patologia per la quale erano stati ricoverati; e tutti i familiari, amici o conoscenti che venivano in veste di visitatori non tenendo conto delle loro entrate ripetute.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA RICERCA

La mia ricerca ha avuto inizio il 7 Novembre 2000 con la somministrazione del questionario agli infermieri, e con l'inizio dell'osservazione della comunicazione tra pazienti – parenti durante l'orario di visita (dalle ore 16, alle ore 17), e si è conclusa il 16 Dicembre 2000 con il ritiro dei questionari compilati dall'intera équipe infermieristica.

ANALISI DEI DATI

Risultati relativi al **questionario**, riguardante lo studio della
“Comunicazione non verbale nella persona sottoposta a V.A.M.”

- # **Età media:** 33
- # **Sesso:** F=8 M=3
- # **Anno di diploma:** dall’85 al ‘96

1) **Da quanto tempo lavori nell’ambito dell’area critica?**

- Meno di un anno 3
- Da uno a cinque anni 2
- Da cinque a dieci anni 5
- Oltre i dieci anni 1

2) **Che significato ha per te comunicare?**

- Scambiare informazioni, sensazioni, “segnali” non verbali da interpretare.

- Scambio d’idee, chiarimento d’eventuali dubbi, conoscersi.

- Aspetto fondamentale di qualsiasi relazione interpersonale che consente di dare e ricevere messaggi; contatto.
 - Esprimere e far conoscere i propri desideri e i propri bisogni alle altre persone.
 - Riuscire ad interagire con altre persone.
 - Entrare in contatto con il prossimo ed interagire dal punto di vista sia verbale che non verbale.
 - Capire e farmi capire.
 - Insieme di processi (verbali e non) mediante i quali la mente di un individuo interagisce con quella di un altro, stabilendo un rapporto.
 - Essere in rapporto con qualcuno, avere “contatti verbali e fisici” con altre persone.
 - Avere rapporti verbali e non verbali.
 - Instaurare una relazione efficace con il paziente, per capire i suoi bisogni.

3) Il contatto con il paziente sottoposto a V.A.M. che stato d’animo genera in te?

- | | |
|----------------|---|
| • Paura | 0 |
| • Disagio | 5 |
| • Difficoltà | 4 |
| • Indifferenza | 1 |
| • Altro* | 3 |

**a) Reazioni diverse in base allo stato di coscienza del paziente e dal livello di comunicazione possibile.*

b) Massima attenzione.

c) Insofferenza per l'incapacità di capire ciò che mi vuole comunicare.

4) Quali dei cinque sensi credi sia utile nella relazione con il paziente intubato? Perché?

- *I cinque sensi:* per riuscire a rilevare prontamente variazioni sullo stato clinico del paziente. *L'intuito*, per prevedere eventuali situazioni, prima che esse si verifichino.

- *Vista:* perché, è attraverso la gestualità che il paziente, molto spesso, comunica. *Tatto:* perché a volte basta toccare il paziente per tranquillizzarlo.

- *Vista:* per l'osservazione e l'interpretazione dei bisogni del paziente.

- *Vista:* perché, è attraverso l'osservazione che emergono i principali problemi di un paziente critico.

- *Vista:* per captare i cambiamenti del paziente (colorito, stato emotivo....).

- *Vista:* poiché l'osservazione è indispensabile per assistere al meglio una persona che è incapace di comunicare, per soddisfare i suoi bisogni. *Udito e tatto:* per riconoscere eventuali segni di malessere.

- *Vista:* perché l'osservazione è lo strumento migliore per notare eventuali situazioni di disagio.

- *I cinque sensi*: per riuscire a soddisfare i bisogni del paziente e meglio interagire con lui.
- *Tatto*: perché, esso è fondamentale per tranquillizzare il paziente.
- *I cinque sensi*: perché così si riescono a capire meglio e soddisfare in modo adeguato, i bisogni del paziente.
- Manca la risposta.

5) Che cosa ritieni importante osservare per la comprensione dei bisogni della persona sottoposta a V.A.M.?

- Colorito, temperatura e aspetto cutaneo, in tutte le situazioni; labiale e gestualità nei pazienti coscienti.
- La mimica, la gestualità, indicatori soggettivi dello stato clinico del paziente.
- I valori riportati sul monitor ed il malato stesso.
- La mimica e la gestualità.
- La persona stessa, poiché, oltre al respiratore, al monitor e alla patologia di base, esistono le necessità e lo stato d'animo di un essere umano.
- Segni vitali, livello d'adattamento alle varie procedure, capacità di relazione, espressione e stato d'animo del paziente.
- La persona e la sua gestualità.
- Colorito e aspetto cutaneo, respirazione e stato d'animo della persona.
- Mimica, stato d'animo, colorito e aspetto cutaneo.
- Respirazione ed espressione.
- Gestualità e mimica.

6) Quale strumento di comunicazione ritieni migliore da utilizzare con i pazienti sottoposti a V.A.M.?

- Labiale 9
- Scrittura 4
- Tavole comunicative con illustrazioni varie 4
- Tabelle con elencazione dei vari bisogni 0
- Alfabeto manuale in codice 0
- Alfabeto illustrato su tabella 6
- Scale del dolore 0
- Indicazioni dello stato d'animo 2
- Altro* 0

7) Preferiresti una Terapia Intensiva chiusa?

- Si 6
- No 5

Se si, perché?

- Prevenzione dalle infezioni 5
- Maggiore tranquillità del paziente 3
- Ostacolo nel lavoro di reparto (e/o emergenze di reparto) 1
- Altro* 0

Se no, perché?

- | | |
|---|---|
| • Maggiore comunicazione paziente – parente | 4 |
| • Maggiore comunicazione infermiere – parente | 0 |
| • Maggiore gratificazione | 0 |
| • Altro* | 1 |

*a) massima interazione infermiere – paziente – parente

8) Vorresti la possibilità di un incontro con i parenti del malato, prima del suo ricovero programmato?

- | | |
|------|---|
| • Si | 4 |
| • No | 7 |

Se si, perché?

• Preparerebbero psicologicamente il proprio parente ad affrontare il ricovero.

• Per fornir loro tutte le informazioni riguardanti, la degenza in Terapia Intensiva.

• Per illustrare loro la realtà che troveranno facendo visita al paziente.

• Per tranquillizzarli e comunicare loro qualche informazione sulle peculiarità del reparto.

Se no, perché?

- Ritengo sufficienti le informazioni ricevute con le schede infermieristiche del reparto di provenienza.
- Non lo ritengo opportuno (3 infermieri hanno dato questa risposta).
- Credo sia sufficiente un incontro con i parenti immediatamente dopo il ricovero del paziente (2 infermieri hanno dato questa risposta).
- Ritengo che la presenza di un parente, nel percorso di cura del paziente, sia strettamente riduttiva.

9) In base alla tua esperienza, è adeguato l'attuale orario di visita? Se no, come lo vorresti?

- Si 10
- No 1*

*Più elastico.

10) In quali occasioni pensi sia giusto fare eccezioni?

- | | |
|--|---|
| • Mai | 1 |
| • Pazienti giovani | 2 |
| • Pazienti terminali | 4 |
| • Colleghi | 0 |
| • Quando il carico di lavoro lo consente | 6 |
| • Nel caso in cui i parenti vengano da lontano | 3 |
| • Altro* | 2 |

*a) Quando i parenti presentano problemi d'orario, per lavoro o altri disagi.

b) Quando si evidenziano necessità diverse, sia da parte del paziente, che del parente.

11) Dai informazioni ai parenti sul decorso clinico della malattia?

- | | |
|-----------|---|
| • Si | 2 |
| • No | 4 |
| • A volte | 5 |

12) Quando dai questo tipo d'informazioni?

• Per richiesta del paziente	6
• Di routine	0
• Quando le condizioni si aggravano	0
• Altro*	1

** Quando il medico dà il consenso.*

13) Quali sono le informazioni da fornire al parente d'esclusiva competenza infermieristica?

- Bisogni primari della persona.
- Tempi e modalità di visita al malato.
- Precauzioni da usare per entrare in reparto.
- Orari di visita.
- Grado di coscienza.
- Stato psicologico della persona.
- Metodi di comunicazione possibili da utilizzare col malato.
- Richiesta d'effetti personali da parte del malato.
- Evoluzione della malattia (miglioramenti/peggioramenti).
- Scambi di numeri telefonici.

Risultati dell'**osservazione** avvenuta durante il tirocinio in Terapia Intensiva, riguardante lo studio della "*Comunicazione non verbale nella persona sottoposta a V.A.M.*" e la relazione fra parenti – pazienti e parenti – infermieri.

Età media dei pazienti: 69

Stato di coscienza:

Si:	5
No:	9

RELAZIONE FAMILIARI / CONOSCENTI - MALATO

Grado di parentela:

Mogli/mariti:	4
Figli/figlie:	8
Sorelle/fratelli:	2
Nipoti:	1
Generi:	1
Amici:	9

Comunicazione utilizzata:

Comunicazione non verbale:	22
Labiale:	1
Scrittura:	2

Comportamento spaziale:

Tocca il letto:	8
Vicino al letto:	9
Gira intorno al letto:	2
Resta distante dal letto:	6

Contatto corporeo:

Accarezza:	10
Tocca:	8
Bacia:	4

Parte del corpo:

Testa/capelli:	5
Viso:	6
Labbra:	1
Fronte:	2
Braccia:	1
Mani:	12

Qualità vocale:

Tono voce basso:	4
Tono voce alto:	6

Comportamento:

Parla:	10
Resta in silenzio:	15
Sorride:	3
Piange:	5
Osserva:	16*
*Stanza:	7
*Respiratore:	3
* Monitor, drenaggi, pompe...	6

RELAZIONE FAMILIARI / CONOSCENTI - INFERMIERI

Comportamento dei familiari:

Saluta:	10
Non saluta:	15
Chiede informazioni:	11*
*Riguardanti il malato:	4
*Sui macchinari:	4
*Chiede di parlare col medico:	4

Comportamento degli infermieri:

Saluta:	4
Non saluta:	10
Dentro la stanza:	4
Fuori dalla stanza:	10

FINE DELLA RICERCA

Dall'analisi dei dati è emerso che l'équipe infermieristica della Terapia Intensiva è costituita attualmente da otto donne e tre uomini, con età media di trentatré anni.

La domanda numero uno del mio questionario voleva raccogliere informazioni riguardanti l'esperienza che ognuno di loro possiede in ambito critico, il risultato è stato che almeno otto infermieri hanno un'esperienza superiore ad un anno.

La domanda numero due è stata lasciata volontariamente a risposta aperta, col fine di far emergere tutte le idee, i concetti, che essi hanno riguardo al termine "comunicare"; ciò che è emerso risulta molto interessante, poiché per tutti alla base c'è uno scambio, un contatto, un'interazione fra due persone che porta all'arricchimento di entrambe e alla creazione di una relazione.

La domanda numero tre è stata formulata con lo scopo di identificare i sentimenti che scaturiscono negli infermieri dal contatto con la persona sottoposta a V.A.M.: si evince che disagio e difficoltà sono i sentimenti più presenti in tale rapporto, solo un infermiere su undici prova indifferenza. Risultano interessanti le risposte di tre infermieri, i quali dicono di provare:

- massima attenzione; ciò può essere indice del fatto che la persona incapace d'esprimersi verbalmente, fonte d'ansia per l'operatore, deve essere anticipata nella risposta ai suoi bisogni, tramite una costante attenzione;
- reazioni diverse dipendenti dal livello di coscienza e quindi di comunicazione possibile; ciò vuol dire che gli stati

d'animo generati dal contatto con una persona in V.A.M. non sono sempre uguali per tutti, ma variano a seconda che la persona possa o meno utilizzare forme di comunicazione alternative a quella verbale, in quanto risulta più facile capirne i bisogni;

- insofferenza; in quanto la maggior parte delle volte al letto di questo tipo di malato è molto difficile capire perfettamente ciò che lui ci vuole comunicare.

La domanda numero quattro, voleva constatare l'utilizzo che gli infermieri fanno dei cinque sensi, durante la loro relazione assistenziale con il paziente collegato al respiratore. Dalle loro risposte è emerso che la vista ed il tatto sono i due strumenti utilizzati per eccellenza col fine di interpretare i vari bisogni del paziente, di riconoscere eventuali segni evolutivi della sua condizione clinica, e ricevere i messaggi inviati dalla persona attraverso i gesti.

Con la domanda numero cinque, era mia intenzione andare a vedere in cosa consiste l'oggetto dell'osservazione continua da parte degli infermieri d'area critica. È stato molto positivo constatare che oltre ai parametri vitali, ai macchinari, ecc. la gestualità, lo stato d'animo e la mimica siano considerati fra le cose più importanti per la comprensione dei bisogni. Indipendentemente dalla patologia, è fondamentale capire ciò che il paziente vuole comunicare, quindi, prescindendo dalla sua situazione clinica, l'attenzione deve essere puntata al messaggio che egli ci invia, qualsiasi esso sia.

Nella domanda numero sei, ho elencato una serie di strumenti di comunicazione per vedere quali di questi sono considerati migliori dal personale infermieristico. Nove infermieri

su undici utilizzano il labiale, che sicuramente non è di facile ed immediata interpretazione, ma che con un po' d'esperienza risulta molto pratico in qualsiasi circostanza e situazione; buoni sono anche l'alfabeto illustrato su tabella e le tavole comunicative con illustrazioni, che però non ho mai visto utilizzare all'interno del reparto, e la scrittura, per quei pazienti che possiedono una discreta forza fisica ed un certo grado di coscienza.

La domanda numero sette, voleva vedere come la pensano gli infermieri sulla scelta di una Terapia Intensiva chiusa o aperta e le loro motivazioni riguardanti tale scelta. Sei infermieri vorrebbero una Terapia Intensiva chiusa per prevenire le infezioni, per dare maggiore tranquillità al paziente e per evitare ostacoli nel lavoro; personalmente, non sono d'accordo con la prima motivazione perché è stato dimostrato scientificamente che i più grandi portatori d'infezioni non sono i parenti, ma gli operatori sanitari stessi; e con la terza, giacché, nel momento in cui si dovessero verificare situazioni d'emergenza nell'unica ora della giornata dedicata alle visite, in breve tempo il parente può essere fatto accomodare fuori. Per quanto riguarda la seconda motivazione, mi chiedo se, invece, l'aver accanto una persona familiare, intima, in quei momenti non sia proprio fonte di tranquillità per il paziente che passa la stragrande maggioranza del periodo di degenza da solo. I cinque infermieri che, invece, hanno scelto una Terapia Intensiva aperta, si sono basati su una maggiore comunicazione paziente - parente, mettendo in risalto l'importanza di tale relazione nel processo di cura.

L'ottava domanda aveva il compito di valutare per quanti infermieri è importante la figura del parente al momento del ricovero, mi sembrava interessante vedere se tale figura viene

considerata in un momento difficile come l'ingresso in un reparto d'area critica e se il personale infermieristico ha la consapevolezza d'essere una gran fonte di supporto. Solo quattro infermieri su undici vorrebbero un incontro con i parenti per fornire loro informazioni, per prepararli psicologicamente e tranquillizzarli, mentre la maggioranza lo ritiene cosa superflua ed inopportuna.

Nella nona domanda, ho chiesto agli infermieri di esprimere un parere sull'attuale orario di visita ed il risultato è stato che solo un infermiere vorrebbe un orario più elastico, mentre il resto dell'équipe è soddisfatta dell'organizzazione che vige attualmente all'interno del reparto.

Ho chiesto con la domanda numero dieci, quali possono essere le occasioni giuste per fare delle eccezioni ed è stato possibile vedere come molti di loro siano d'accordo su una possibilità di modifica legata al carico di lavoro presente in quel momento in reparto; cinque infermieri presentano attenzione alle difficoltà che i parenti possono incontrare, cosa che dimostra una notevole apertura da parte di questi professionisti; e sei di loro farebbero eccezione nel caso di pazienti terminali e giovani.

Con le domande numero undici, dodici e tredici, volevo constatare se gli infermieri si sentono liberi di comunicare informazioni ai parenti sul decorso clinico della malattia, quando e su quali informazioni si sentono autonomi nell'esprimersi. L'analisi dei dati, vede gli infermieri molto restii nella trasmissione d'informazioni, anche se la maggioranza lo fa, su consenso del medico o su richiesta del paziente stesso. A quanto pare, però, coloro che lo fanno sono consapevoli, a mio avviso, di quali siano le notizie di competenza infermieristica (elencate nella risposta tredici).

Riguardo allo studio d'osservazione effettuato, mi è sembrato utile raccogliere due dati riguardanti i pazienti sottoposti a V.A.M.: l'età media, e lo stato di coscienza. Il primo dato è che l'età media risulta abbastanza elevata; il secondo dato, basato su un campione di sette persone da me osservato per i primi due giorni di ricovero, evidenzia che in nove giorni su quattordici, i pazienti avevano un sensorio compromesso.

Per quanto riguarda la relazione familiari/conoscenti-malato, sono andata a vedere il grado di parentela che lega il paziente ai visitatori che si sovrappongono durante l'unica ora di visita, l'analisi dei risultati vede come figure più presenti le figlie e i figli, questo dovuto anche al fatto che i pazienti ricoverati possedevano un'età media oltre i sessanta anni; e gli amici, che sono coinvolti emotivamente come qualsiasi altro parente; a seguire troviamo le mogli e i mariti, le sorelle e i fratelli e casi sporadici di generi e nipoti.

Nel secondo punto ho rilevato la metodologia comunicativa, utilizzata come strumento durante i quattordici giorni d'osservazione. La comunicazione non verbale è sicuramente il metodo più presente, giacché, la maggior parte dei pazienti ha un sensorio compromesso; tuttavia è stato possibile notare come nel momento in cui il proprio caro dimostri una qualche ripresa dello stato di coscienza, il parente si tuffa alla ricerca di un mezzo che lo aiuti a decifrare qualsiasi cosa inviata dal malato. Il labiale e, ancora di più, la scrittura sono i mezzi prescelti dai parenti come metodo alternativo alla parola.

Al terzo punto, ho voluto osservare il comportamento spaziale assunto dai visitatori, durante la visita. Più della metà di loro, resta vicino e ha un contatto con il letto sul quale si trova il proprio caro, esplicando il bisogno di tornare a possedere l'intimità di cui sono stati privati entrambi; mentre meno della metà, resta distante dal letto o gira intorno ad esso, dimostrando disagio e nervosismo unito ad un bisogno di tener tutto sotto controllo.

Nella quarta parte, ho voluto analizzare l'importanza del contatto corporeo all'interno di questa relazione. Ho fatto una distinzione fra il toccare, con il qual gesto ho inteso semplicemente il contatto fra i due, con determinate finalità, e non per trasmettere emozioni, affetti, come invece è evidente che viene fatto, nell'atto d'accarezzare; ed ho compreso qui anche il bacio, come gesto di unione fra i due e fonte di trasmissione di sentimenti profondi. Poi sono passata all'individuazione della parte corporea del malato con cui il visitatore viene maggiormente a contatto, ed è stato interessante vedere quanti significati racchiude il semplice gesto di tenere per mano una persona; infatti, sono le mani ad essere la maggior fonte di carezze, seguite dal viso e dai capelli, i quali risultano, insieme alla fronte, labbra e braccia, essere zone di un contatto più intimo.

La quinta e l'ultima parte, dedicata a questa relazione, includono la distinzione fra i parenti che, nonostante lo stato di coscienza compromesso o assente del proprio caro, decidono di comunicare verbalmente, sussurrando, quasi per ricercare una certa intimità perduta, o alzando il tono della voce, senza quasi rendersi conto dell'ambiente nel quale si trovano. A differenza di coloro che si esprimono tramite la parola, la maggior parte dei visitatori preferisce restare in silenzio durante questi momenti e

osservare ciò che circonda essi e il proprio caro (la stanza, il monitor, i drenaggi, il respiratore..). Il pianto è presente, come espressione dei sentimenti che i parenti provano in quelle circostanze, mentre il sorriso appare nei momenti in cui è visibile un qualche miglioramento del malato.

Nella seconda parte della mia osservazione, l'attenzione l'ho rivolta alla relazione tra familiari/conoscenti-infermieri ed ho deciso di valutare, genericamente, il comportamento dell'uno e dell'altro.

Sembrava interessante differenziare coloro che entrano e salutano, da coloro che non lo fanno (anche se non c'è molto scarto fra i due), poiché chi non saluta risulta essere molto più agitato, ansioso ed emotivamente coinvolto, di chi, invece, presta attenzione a quello e a chi lo circonda. Undici visitatori su venticinque, inoltre, esprimono il bisogno di ricevere informazioni dal personale infermieristico presente in sala, sia sul malato, che sui macchinari e sul loro funzionamento, altrettanti chiedono di parlare col medico.

Per quanto riguarda il comportamento degli infermieri, mi è sembrato importante vedere se preferiscono stare in stanza o no durante l'orario di visita, e la presenza o meno del saluto rivolta ai visitatori in camera, per vedere se l'attenzione degli operatori è catturata da loro. Il risultato mostra chiaramente come la maggior parte degli infermieri preferisca impegnarsi in altre attività, evitando di partecipare alla visita, mentre solo alcuni cercano discretamente di fare avvertire la loro presenza al parente.

CONCLUSIONI

Bagnara Calabria

16/02/2001

Riguardo oggi, con molta attenzione, il mio lavoro di ricerca e mi accingo a concluderlo, riversando, in questo capitolo, tutte le mie riflessioni.

Il mio studio è partito dalla persona che, ricoverata in Terapia Intensiva, è sottoposta a V.A.M., per poi spostare la mia attenzione nei confronti delle due figure più importanti, che le ruotano attorno: i familiari, legati al malato affettivamente, e gli infermieri, per la quantità di tempo ed energie che gli dedicano.

Ho parlato nella mia introduzione alla ricerca di “relazione fantasma”, facendo riferimento ai familiari e al personale infermieristico, ed oggi la mia opinione non è diversa.

Non è difficile notare tutti i sentimenti d'angoscia, di paura, di preoccupazione che segnano i volti di chi entra a far visita al proprio caro, imbattendosi in un ambiente, che per gli infermieri è conosciuto e familiare, ma per gli altri risulta freddo, tecnologico e perfino terrorizzante per coloro che non conoscono e non comprendono.

Tutti gli infermieri sono consapevoli di ciò, ma non pensano di esserne responsabili, poiché non credono al conforto, alla serenità ed alla rassicurazione che possono trasmettere, con qualche parola, gesto o qualche semplice informazione che faccia capire ai familiari di non essere soli.

Credo che il familiare, il conoscente, l'amico o chiunque entri, anche solo per cinque minuti in stanza durante l'orario di visita,

merita attenzione da parte del personale sanitario, perché egli ha un ruolo nella vita della persona, che si sta assistendo..

Dobbiamo avere la consapevolezza che gli atti svolti durante la giornata, non sono fatti sul corpo di una persona, ma sulla PERSONA STESSA, ossia un essere completo, che ha bisogno di essere guardato nel suo insieme, coi suoi timori, con le sue preoccupazioni, coi suoi affetti, coi suoi desideri...

Ragion per cui, è impossibile voltare le spalle alle figure principali della sua vita, annullare, in un processo di cura (tanto più critico in questa realtà), tutto il suo vissuto, per concentrarci solo sulla sua patologia, equivale a non assistere!

Tutto a questo mondo può essere “fatto semplicemente” o “esser fatto bene”, la qualità e la vera professionalità non consistono solo nell’arrivare a fine turno, con l’aver svolto tutti i compiti che dovevano essere svolti, ma c’è qualcosa che va oltre e consiste nel far tutto con amore e mettersi in discussione, aprendosi alle novità, per raggiungere quelle gratificazioni che molti infermieri si lamentano di non avere....

Ma cosa fanno questi infermieri? Che cosa fanno per ricevere? Quante volte al giorno decidono di oltrepassare la soglia del “fare semplicemente ciò che c’era da fare”?

Ho visto infermieri stanchi e probabilmente per mille motivi un giorno, forse lo sarò anch’io....ma ho visto anche infermieri col desiderio negli occhi di non fermarsi, per non morire all’abitudine e all’insoddisfazione, loro sono coloro dai quali ho cercato d’assorbire il più possibile e nei quali ho letto che esiste la speranza di poter cambiare le cose..... per quanto mi riguarda..... domani...cercherò di fare del mio meglio!

Ferrara 2004

Tre anni dopo..

In occasione di un nuovo traguardo, riguardo oggi questo lavoro svolto da chi stava imparando a conoscere la realtà di cui sarebbe entrata a far parte di lì a poco...

Tre anni dopo, per mia fortuna e crescita professionale, i miei occhi sono di chi questa realtà l'ha conosciuta!

Ho potuto sottoporre così a questo studio anche una giovanissima infermiera a me molto cara: me stessa!

Il risultato emerso dal confronto fra me e le mie colleghe ha portato molti spunti di riflessione che si fanno spazio nella cornice dell'attuale situazione infermieristica.

La prima riflessione riguarda il crollo di un'idea largamente diffusa fuori e purtroppo in alcuni casi anche dentro il contesto dell'emergenza, dell'area critica e quindi di reparti come terapie intensive e rianimazioni, ossia, che i requisiti richiesti per lavorare in questi ambienti siano elevate capacità tecniche, a discapito delle qualità comunicative e umane, che invece io ritengo essere indispensabili.

In un anno e mezzo di esperienza passata in terapia intensiva mi è capitato di vedere e vivere in prima persona situazioni di una tragicità a volte disumana, data la forte carica di dolore dei pazienti e parenti direttamente coinvolti in situazioni che sicuramente hanno bisogno d'interventi assistenziali complessi, efficaci, la maggior parte delle volte anche veloci e precisi, ma non a scapito di un supporto psicologico ed umano.

Il dolore non è qualcosa esclusivamente fisico, anzi, credo sia impossibile raccontare la profondità delle emozioni da me vissute,

nel bene e nel male, per cui è impensabile non dar peso alle doti umane che un infermiere deve possedere come bagaglio personale e professionale prima di entrare a far parte di questo mondo così coinvolgente.

La mia seconda riflessione riguarda il riscontro di una disomogeneità data da percorsi di formazione, modelli culturali, e visioni del proprio ruolo infermieristico, diversi fra la precedente generazione infermieristica e quella attuale, universitaria.

Diversità che si tramuta all'atto pratico, turno per turno, situazione per situazione, in due diversi modi di vedere e in due diversi modi di agire.

Per quel che mi riguarda, sono profondamente convinta che in un momento così "proficuo" per gli infermieri, pieno di nuove strade mai percorse, da affrontare e costruire, non possiamo permetterci di rimanere fermi sulle nostre convinzioni o inchiodati a pratiche quotidiane che ci accingiamo a svolgere senza mai interrogarci, su ciò che facciamo e se può essere fatto meglio.

Proprio per questo mi affido e mi fido della nuova generazione di infermieri, costituita da persone che, sicuramente ancora devono crescere nell'esperienza, ma che in testa possiedono il dono di un processo logico, di una circolarità fra pensiero e pratica, datoci dall'università, che permette la messa in discussione costante di qualsiasi atto assistenziale o conoscenza acquisita, in modo da abbracciare il cambiamento e farlo divenire miglioramento!

TERZA PARTE

BIBLIOGRAFIA

- ✘ **Sandro Carpineta**; *“La comunicazione infermiere paziente”*; La Nuova Italia Scientifica; 1993.
- ✘ **Silvia Bonino**; *“Psicologia per la salute”*; Casa Editrice Ambrosiana; 1988.
- ✘ **S.J.Sundeen, G. Wiscarz Stuart, E. Desalvo Rankin e S. Parrino Cohen**; *“ L’iterazione infermiere-paziente”*; Casa Editrice Ambrosiana; 1981.
- ✘ **Marco Zerbinati**; *“Nursing del paziente sottoposto a V.A.M.”*; da Scenario, Aniarti; 3/91.
- ✘ **Ann Marriner**; *“I teorici dell’infermieristica e le loro teorie”*; Casa Editrice Ambrosiana; 1996.
- ✘ **Giorgio Nebulosi**; *“Introduzione alla ricerca”*; Ed.Sorbona; 1995.
- ✘ **N.R.Bertolotto, S.Biagi,S.burlando,S.Olcese**; *“Relazione infermiere parente in una rianimazione aperta”*; Scenario, Atti Convegno Regionale Aniarti Liguria; 4/1994.

APPENDICE

QUESTIONARIO:

Età

Sesso

Anno di diploma

1) Da quanto tempo lavori nell'ambito dell'area critica?

- Meno di un anno
- Da uno a cinque anni
- Da cinque a dieci anni
- Oltre dieci anni

2) Che significato ha per te "comunicare"?

3) Il contatto con il paziente sottoposto a V.A.M. che stato d'animo genera in te?

- Paura
- Disagio
- Difficoltà
- Indifferenza
- Altro _____

4) Quali dei cinque sensi credi sia utile nella relazione con il paziente intubato? Perché?

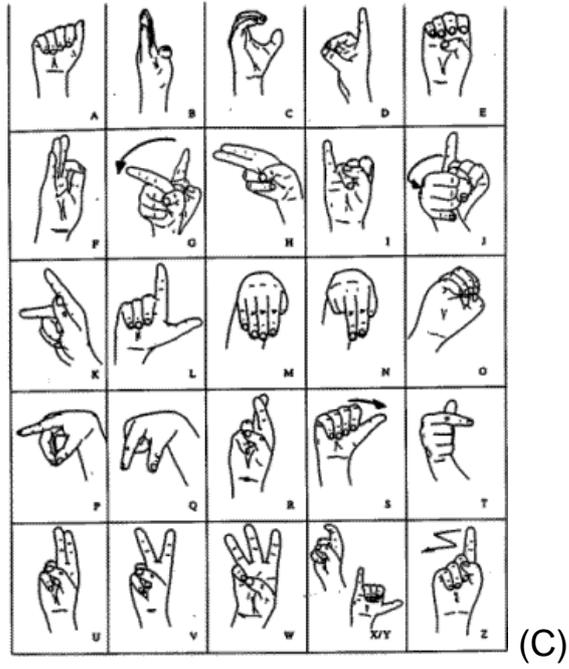
5) Che cosa ritieni importante osservare per la comprensione dei bisogni della persona sottoposta a V.A.M.?

6) Quale strumento di comunicazione ritieni migliore da utilizzare con i pazienti in V.A.M.?

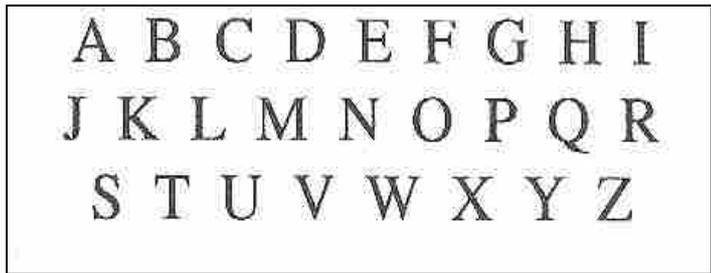
- Labiale
- Scrittura
- Tavole comunicative con illustrazioni varie (A)
- Tabelle con elencazione dei vari bisogni (B)
- Alfabeto manuale in codice (C)
- Alfabeto illustrato su tabella (D)
- Scale del dolore (E)
- Indicazioni dello stato d'animo (F)
- Altro_____

Fluidi ed elettroliti:		DISIDRATAZIONE, FORMICOLIO ALLE DITA, LABBRA, MANI...
Funzione neurologica:		PRESENZA DI VUOTI DI MEMORIA, CONFUSIONE, TORPORE, ALLUCINAZIONI...
Sistema del concetto di sé		
Io fisico:	come si vede?	ORRENDO, BRUTTO, ANCORA ACCETTABILE
Io personale:	stato d'animo:	ANSIOSO, DEPRESSO, APATICO, INFELICE, IMPOTENTE, FALLITO, STANCO, TIMOROSO, FIDUCIOSO..
Sistema della funzione ruolo		
Si vede ancora come:		CAPO DI FAMIGLIA, MARITO, MOGLIE, PADRE, MADRE, FIGLIO, STUDENTE, OPERAIO, INSEGNANTE
Sistema dell'interdipendenza		
Persone significative:		MOGLIE, MARITO, FIGLIO, PADRE, MADRE, SORELLA, FRATELLO, AMICO, NONNO, ZIO
Ansia di separazione/solitudine:	sentimento di	ALIENAZIONE, ABBANDONO
	bisogno di	COMPAGNIA, ORIENTAMENTO, "AMORE".

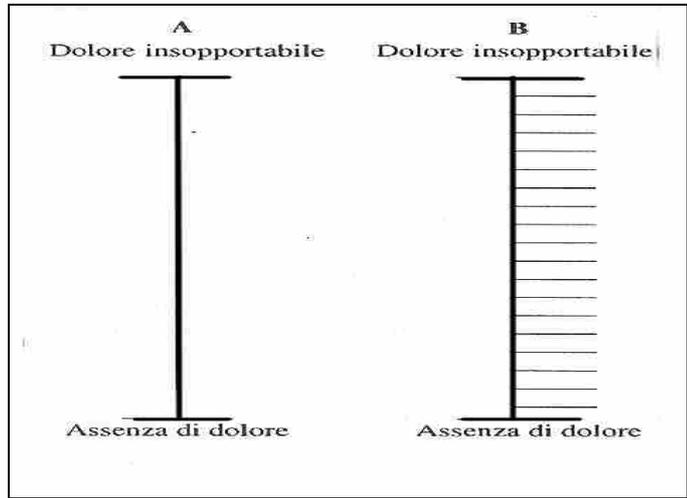
(B)



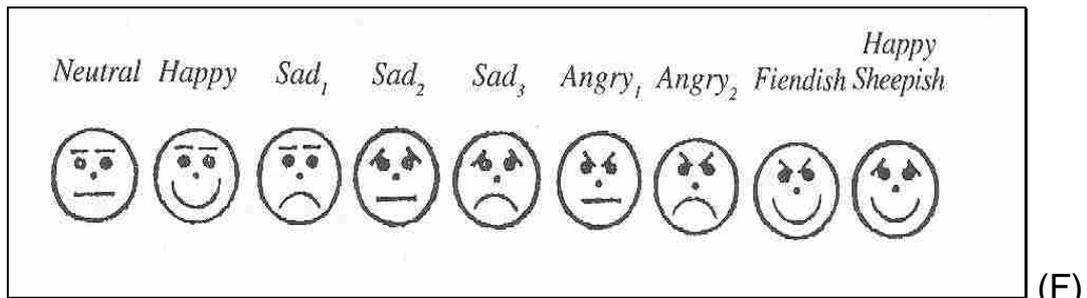
(C)



(D)



(E)



7) Preferiresti una Terapia Intensiva chiusa?

- Si
- No

Se si, perché?

- Prevenzione delle infezioni
- Maggiore tranquillità del paziente
- Ostacolo nel lavoro di reparto (e/o emergenze di reparto)
- Altro _____

Se no, perché?

- Maggiore comunicazione paziente – parente
- Maggiore comunicazione infermiere – parente
- Maggiore gratificazione
- Altro _____

8) Vorresti la possibilità di un incontro con i parenti del malato, prima del suo ricovero programmato?

- Si

- No

Perché?

9) In base alla tua esperienza, è adeguato l'attuale orario di visita dei parenti?

- Si
- No

Se si, perché?

Se no, perché?

10) In quali occasioni pensi sia giusto fare eccezioni?

- Mai
- Pazienti giovani
- Pazienti terminali
- Colleghi

- Quando il carico di lavoro lo consente
- Nel caso in cui i parenti vengano da lontano
- Altro_____

11) Dai informazioni ai parenti sul decorso clinico della malattia?

- Si
- No
- A volte

12) Quando dai questo tipo d'informazioni?

- Per richiesta del parente
- Di routine
- Quando le condizioni del paziente si aggravano
- Altro_____

13) Quali sono le informazioni da fornire al parente d'esclusiva competenza infermieristica?

GRIGLIA D'OSSERVAZIONE:

VARIABILE	PERFORMANCE / VALORE
Età	
Giornata d'intubazione	
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
RELAZIONE FAMILIARI / CONOSCENTI - MALATO	
VARIABILE	PERFORMANCE / VALORE
Grado di parentela	
Comunicazione utilizzata	<input type="checkbox"/> Comunicazione non verbale <input type="checkbox"/> Labiale <input type="checkbox"/> Scrittura
Comportamento spaziale	<input type="checkbox"/> Tocca il letto <input type="checkbox"/> Vicino al letto <input type="checkbox"/> Gira intorno al letto <input type="checkbox"/> Resta distante dal letto
Contatto corporeo	<input type="checkbox"/> Accarezza

	<input type="checkbox"/> Tocca <input type="checkbox"/> Bacia
Parte del corpo	<input type="checkbox"/> Testa/capelli <input type="checkbox"/> Viso <input type="checkbox"/> Labbra <input type="checkbox"/> Fronte <input type="checkbox"/> Braccia <input type="checkbox"/> Mani
Qualità vocale	<input type="checkbox"/> Tono voce basso <input type="checkbox"/> Tono voce alto
Comportamento	<input type="checkbox"/> Parla <input type="checkbox"/> Resta in silenzio <input type="checkbox"/> Sorride <input type="checkbox"/> Piange <input type="checkbox"/> Osserva: _____
RELAZIONE FAMILIARI / CONOSCENTI - INFERMIERI	
VARIABILE	PERFORMANCE / VALORE
Comportamento dei familiari	<input type="checkbox"/> Saluta <input type="checkbox"/> Non saluta <input type="checkbox"/> Chiede informazioni: _____
Comportamento degli infermieri	<input type="checkbox"/> Saluta <input type="checkbox"/> Non saluta

	<input type="checkbox"/> Dentro la stanza <input type="checkbox"/> Fuori dalla stanza
--	--

DATA DI COMPILAZIONE: _____

RINGRAZIAMENTI

Dedico questo lavoro alle cose più belle della mia vita:

mia madre e mio padre, le mie sorelle, Elisabetta e Patrizia, i miei nipoti, i miei più cari amici, Sabrina, Antonio e Domenico; e tutta la Comunità Maria.

Per ultima, ma non in ordine d'importanza, dedico questo mio lavoro a colei che mi ha guidato, sostenuto e sopportato durante questi tre anni.....a colei che ha camminato passo dopo passo con me, senza stancarsi mai.....al mio angelo custode: Brina Caterina.

Ringrazio con immenso affetto coloro che mi sono stati vicini nel mio percorso di crescita: la mia insegnante e relatrice Cinzia Canella, il mio tutor personal Monica Manfredini ed il magnifico studentato di Savonarola. Ringrazio, infine, gli infermieri e la caposala della Terapia Intensiva 1^a di Ferrara per la loro disponibilità, ed infine tutti gli insegnanti e gli operatori che hanno provato ad ostacolarmi in questo mio progetto, perché hanno contribuito ad accrescere l'amore per questa scelta e la fiducia in me stessa.

Grazie a tutti!

Emanuela

