

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Perfezionamento in

“Assistenza Infermieristica nelle Cure Intensive Generali”

TESI

**DINAMICHE RELAZIONALI, COMUNICAZIONE
TERAPEUTICA ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE
NELLE UNITÀ OPERATIVE DI TERAPIA INTENSIVA**

Relatore:

ALESSANDRO TOCCO

Ottobre 2001

INDICE

INTRODUZIONE	pag.	1
CAPITOLO I		
IL CONCETTO DI “NURSING GLOBALE” IN TERAPIA INTENSIVA	“	3
CAPITOLO II		
PRESENTAZIONE, IDENTIFICAZIONE, INFORMAZIONE	“	6
CAPITOLO III		
LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA	“	10
CAPITOLO IV		
IL COUNSELING	“	15
CAPITOLO V		
LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE DI “ANSIA” E “COPING INEFFICACE”	“	18
BIBLIOGRAFIA	“	26

INTRODUZIONE

Provenendo da una realtà esperienziale di area critica pediatrica, ho avuto la possibilità e gli stimoli per (ri)valutare una dimensione che viene spesso tralasciata o, nei casi più fortunati sottostimata: l'assistenza all'essere umano come **entità bio-psico-sociale.**, correlata al vissuto di malattia.

Il “prendersi cura” dell'uomo, qualora necessiti di ciò significa sicuramente attuare tutte quelle misure di ordine tecnico e terapeutico in senso stretto senza però dimenticare o svalutare un aspetto fondamentale: dietro ogni malato, anche il più critico, si manifesta l'uomo nella sua globalità, con i suoi bisogni, le sue paure, le sue ansie, il suo bisogno di mantenere un valido equilibrio anche nei momenti più critici.

E' a partire da questa convinzione che ho deciso di affrontare il tema dell'assistenza infermieristica al paziente bisognoso di cure intensive, con particolare riferimento agli aspetti psicologici, alla comunicazione terapeutica, al rapporto relazionale ed all'efficacia di cosciente e dinamico processo di “counseling” per una strategia della collaborazione, e per una probabile efficacia ed umanizzazione dell'assistenza prestata.

L'idea di un nursing globale nelle unità di terapia intensiva risulta più importante che mai, vista la complessità dell'assistenza prestata.

Il processo di **identificazione, presentazione, informazione,** sono strettamente intrinseci all'instaurazione di un corretto rapporto infermiere-paziente, e propedeutici ai processi di **comunicazione terapeutica** e **counseling** di assoluta importanza in tale contesto.

Ho infine scelto di analizzare due delle diagnosi infermieristiche più importanti, relative a questa dimensione: **ansia** e **coping inefficace.**

CAPITOLO I

IL CONCETTO DI “NURSING GLOBALE” IN TERAPIA INTENSIVA

L'idea di “**nursing globale**” al paziente, che va affermandosi sempre più in tutte le realtà operative sanitarie, assume un ruolo fondamentale nelle “**Unità di Terapia Intensiva**”; luogo in cui confluisce una tipologia di utenti caratterizzata da una spiccata polidimensionalità dei problemi e da una notevole complessità della loro gestione.

La dimensione **relazionale**, nel contesto di una “**comunicazione terapeutica**” assume un aspetto fondamentale del rapporto “**infermiere-paziente**”, valorizza l'umanizzazione dell'assistenza conferendole un indirizzo “**olistico**”.

La sfera psicologica relazionale unitamente al **vissuto emotivo**, influenzano notevolmente il decorso clinico del paziente!

Risulta evidente l'importanza di un corretto e terapeutico indice comunicativo, e la ricerca e l'attuazione di strategie volte a migliorare la **compliance** del paziente, la sua tolleranza allo stress attraverso la messa in atto di una cosciente “**strategia della partecipazione**”, agli atti terapeutici, risultando così migliorati il **coping**, e, di conseguenza, la degenza stessa del paziente (per coping si intende la capacità di gestione dello stress e il mantenimento dell'equilibrio psicologico).

Risulta evidente la basilare conoscenza delle modalità di comunicazione; fondamentalmente, si riconosce una **comunicazione verbale** e una **comunicazione non verbale**. Esse sono intrinsecamente integrate l'una all'altra, in un flusso espressivo continuo.

Comunicazione non verbale

- ◆ movimenti facciali
- ◆ contatto visivo
- ◆ postura e movimento del corpo

- ◆ contatto fisico
- ◆ spazio personale

Arnold e **Boggs** definiscono come processo di “**presenza**” la capacità dell’infermiere di rimanere fisicamente, spiritualmente ed emotivamente in armonia con la comunicazione e l’essere del paziente.

Secondo **Rogers**, il processo di **empatia** che scaturisce in questa dimensione è definito come “**l’entrata nel mondo privato e percettivo di un’altra persona poco a poco, il sentirsi a proprio agio in tale mondo**”.

La capacità di **ascolto**, perno del processo di empatizzazione, presuppone **l’ascolto attivo**”, partecipativo. La sua ottimizzazione richiede la presa di coscienza e la consapevole gestione dei seguenti aspetti:

- ◆ dimensione comunicativa non verbale
- ◆ tono di voce
- ◆ intuizione emotiva
- ◆ frequenza e qualità delle conversazioni (Arnold e Boggs, modificato).

Elementi cruciali di un comportamento **presente**:

- ◆ porsi di fronte al paziente
- ◆ assumere una postura “aperta”
- ◆ piegarsi leggermente in avanti
- ◆ mantenere un buon contatto visivo
- ◆ comunicare un approccio “rilassato”.

CAPITOLO II

“PRESENTAZIONE, IDENTIFICAZIONE, INFORMAZIONE”

L'arrivo del paziente in terapia intensiva (T.I.), rappresenta un momento complesso che coinvolge attivamente, sotto diversi aspetti, tutte le figure professionali dell'unità operativa.

La tempestività, sempre accompagnata da protocolli operativi, punto cardine di una pronta assistenza, unitamente alla complessità delle interazioni tra gli operatori, possono in un primo momento dare al malato l'impressione di un “**caotico ordine**”, che lo investe e lo coinvolge pienamente come “**spettatore passivo**” degli eventi.

In tale contesto se cosciente il paziente manifesta in genere un vissuto di “**ansia profonda**”, correlato all'incertezza di ciò che lo aspetta.

Questa fase è contraddistinta da una estrema vulnerabilità, da una comunicazione difficile e parcellizzata.

Un nuovo mondo (sgradito) si apre improvvisamente, giacché, il più delle volte l'arrivo del paziente in terapia intensiva non è programmato; è fonte di notevole preoccupazione per lui ed i suoi familiari.

Per “**presentazione**” e “**identificazione**” si vuole intendere quel processo verbale attivo che coinvolge la figura dell'infermiere nel farsi **riconoscere** dal paziente che fruirà delle sue prestazioni.

Un primo contatto deve auspicabilmente essere chiaro e diretto, e riconosce la fondamentale importanza della tipologia e qualità delle risposte del paziente.

L'obiettivo primario è quello di coinvolgere il paziente in un “**Biofeedback attivo**”; stimolare il dialogo e l'espressione del suo vissuto, creare una dimensione di fiducia, corretta informazione; questi aspetti, se validamente attuati, aiutano il degente a “**mirare**” le cure prestate sotto un diversa ottica: **la guarigione**, o, per lo meno, il miglioramento della **qualità di vita** come processo finale. Consegu

all'accettazione **“partecipata”** un processo di cura che non sia solamente vissuto passivamente come il continuo alternarsi di manovre fredde e traumatiche.

E' fondamentale per l'infermiere conoscere la struttura della comunicazione, per ottimizzarla.

MODELLO DI**DEFINIZIONE**

RISPOSTA UMANA

SCELTE

selezionare fra più alterantive (...) decidere in accordo con le proprie inclinazioni

COMUNICAZINE

conversare; impartire, conferire o trasmettere pensieri, emozioni e sentimenti o informazioni, internamente o esternamente, in maniera verbale o non verbale

SCAMBI

dare, lasciare o perdere qualcosa ricevendo qualcos'altro in cambio, (...) l'atto reciproco di dare o ricevere.

SENSAZIONI

Provare consapevolezza (...) o impressioni; essere colpiti consapevolmente o emotivamente da un fatto, un evento, uno stato.

CONOSCENZE

Riconoscere una persona o una cosa; provare familiare grazie a esperienze, informazioni o resoconti; essere consapevoli di qualcosa attraverso l'osservazione, l'indagine o l'informazione ; venire a sapere fatti, principi, metodi o azioni; comprendere.

PERCEZIONI

Apprendere con la mente, diventare consapevoli di qualcosa attraverso i sensi (...)

RELAZIONI

Connettere, stabilire un legame fra, avere una qualche associazione con un'altra cosa, persona o luogo, trovarsi ad interpersi tra due cose.

VALORI

Essere preoccupati di interessarsi a lo status relativo di una cosa, o la stima in cui è tenuta secondo il suo valore reale o supposto, paragone in base all'importanza rivestita.

CAPITOLO III

LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA

La **North American Nursing Diagnosis (N.A.N.D.A.)**, ha studiato “**sul campo**” ed evidenziato i **modelli di risposta umana e le loro definizioni**, sviluppandoli secondo una tassonomia (per tassonomia si intende «lo studio teorico delle classificazioni sistematiche, comprendente le loro basi, principi, procedure e regole»).

Tali modelli vanno letti come riferimento teorico e conoscitivo dei modelli di interazione e risposta, ma non hanno un valore prescrittivo, né sono dei modelli di azione

L'espressione “**comunicazione terapeutica**” (C.T.) indica il dialogo mirato e con precisi obiettivi che si instaura fra l'infermiere e il paziente e che viene adattato alla necessità personale di quel determinato paziente.

L'impedimento stesso ad una C.T. può essere determinato da vari fattori, dipendenti dall'infermiere, dal paziente o da entrambi, dall'ambiente, dal significato conferito al vissuto personale, dai modelli di interazione, dalle aspettative di qualità, etc....

Ecco di seguito alcuni fattori limitanti evidenziati da **Davis e Fallowfield** (1994):

- 1) nessun saluto rivolto ai pazienti, nessuna presentazione o spiegazione delle proprie azioni;
- 2) incapacità di cogliere informazioni alquanto chiare quali, soprattutto, le principali preoccupazioni e aspettative;
- 3) accettazione di informazioni poco precise e mancato approfondimento delle stesse.
- 4) incapacità di confrontare la comprensione della situazione da parte dell'operatore con quella del paziente.

- 5) noncuranza per i suggerimenti nascosti e chiari forniti verbalmente o in altra maniera dal paziente.
- 6) incapacità di stimolare eventuali domande o di rispondere a esse adeguatamente.
- 7) noncuranza per le informazioni relative alla situazione familiare personale e sociale dei pazienti e agli eventuali problemi esistenti nelle stesse aree.
- 8) incapacità di cogliere le informazioni relative ai sentimenti e alle percezioni del paziente relativamente alla malattia sofferta.
- 9) stile direttivo caratterizzato da domande chiuse, interruzioni frequenti e incapacità di far parlare spontaneamente il paziente.
- 10) conclusioni affrettate con scarsità di informazioni.
- 11) incapacità di informare adeguatamente relativamente alla diagnosi, alla terapia, agli effetti collaterali o alla prognosi, o di controllare l'effettiva comprensione dello stesso.
- 12) incapacità di comprendere il punto di vista del paziente, e quindi, di essere di effettivo supporto.
- 13) scarse capacità di rassicurazione.
- 14) scarse informazioni date al paziente sulla possibile ottimizzazione della sua autonomia.

Fattori favorevoli tale dimensione “**autoterapeutica**” di interazione e comunicazione disorientata, sono in questo contesto:

- 1) l'eccessiva aderenza e accettazione dell'etica medica.
- 2) l'uso del potere da parte del personale sanitario a scopo difensivo.
- 3) una mancanza di strutture e strategie che ben si adattino alla comunicazione efficace e terapeutica.
- 4) una generale mancanza di formazione relativa alla comunicazione terapeutica e di sviluppo delle relative tecniche.

Un problema fondamentale che l'infermiere affronta continuamente è la relativa capacità soprattutto di carattere esperienziale di **dialogo e relazione** limitato dal

fattore **tempo**. Noi tutti spesso abbiamo le capacità di gestire le situazioni difficili, ma non il tempo di svilupparle.

L'**ansia** relativa all'infermiere, durante l'interazione con il paziente, è un altro fattore importante che influenza la qualità della comunicazione

Alcuni fattori generatori sono:

Personali	Ambientali	Del paziente
sto aiutando?	ho tempo?	maggior frustrazione
che cosa sto facendo?	dovrei fare altre cose?	maggior emotività
sarò capace di essere utile?	che cosa accade agli altri pazienti?	maggior insicurezza
sto dicendo le cose giuste?	devo andarmene presto quando termino?	maggior dipendenza
che cosa dirò dopo?		

La complessa interazione di tutti questi fattori, se non supportata dalla dimensione empatica e di comunicazione terapeutica, così come sono state definite in precedenza, è un sicuro ostacolo alla serenità del paziente, quindi alle sue risposte emotive, alla tolleranza ed accettazione delle cure farmacologiche, alle aspettative positive di miglioramento e guarigione.

Risulta così negata la possibilità di un **outcome** favorevole.

La **raccolta di informazioni** sulla dimensione globale del paziente permette di creare un piano di comunicazione ed assistenza personalizzato.

In tale contesto, esaminare preoccupazioni ed aspettative del paziente, semplifica il lavoro e ci introduce ad un corretto processo di empatia.

La presentazione formale, cortese, serena, di noi stessi al paziente è un inizio imprescindibile per stabilire una relazione basata sulla **fiducia**.

Far capire al paziente che il nostro è un ascolto attento, ponderato, rispettoso, che tiene conto della dimensione realistica degli eventi, essere franchi e chiarire al paziente con parole semplici le dinamiche di assistenza e cura globali a lui prestate, significa **informarlo** e introdurlo alla **strategia della partecipazione**.

E' proprio la capacità di cogliere i segnali comunicativi, verbali e non, netti o più sfumati del paziente, ed occuparcene, che favorisce il rapporto di fiducia.

Uno stile comunicativo aperto, non direttivo, che stimoli il dialogo, e quindi, semplifichi l'esteriorizzazione dei problemi vissuti, è ideale.

Le informazioni date al paziente devono essere contestualmente legate alla sua capacità di comprensione e tolleranza agli eventi.

Deve inoltre essere chiaro che l'infermiere non è onnisciente, e che conferisce le informazioni adatte secondo le sue capacità, non esitando ad avvalersi di altre figure professionali di supporto qualora la situazione lo richieda, favorendo una trama assistenziale comparata, dinamica e intelligente che mira alla risoluzione globale dei problemi.

La buona qualità del supporto infermieristico al paziente prevede la capacità di comprendere il suo punto di vista, di correggerlo se necessario, sempre in un'ottica progressiva partecipativa!

Assumere un ruolo rigido, negare la comunicazione, non empatizzare, non conoscersi e avere timore di "conoscere" il paziente: tutti elementi che rendono un ambiente terapeutico "anti-terapeutico".

“L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa (ove possibile) i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte” (codice deontologico 4.2).

CAPITOLO IV

IL COUNSELING

Viene chiamato “**counseling**” ogni intervento infermieristico mirato a migliorare lo stile di vita, incentrato sul rapporto interumano, con caratteristica di interattività, comunicatività, analisi dei bisogni e **problem solving** (risoluzione dei problemi).

Tale processo coinvolge dinamicamente il paziente e tutte le persone per lui significative, al fine di potenziare l’adattamento alla situazione critica da lui (loro) vissuta, in un’ottica di progressiva partecipazione (ove possibile), di ottimizzare la risposta allo stress e promuovendo una partecipazione attiva al processo di guarigione.

Principali attività di counseling

- ◆ stabilire una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sul rispetto
- ◆ dimostrare empatia, calore e autenticità
- ◆ stabilire insieme gli obiettivi
- ◆ garantire privacy e riservatezza
- ◆ dare informazioni concrete e precise
- ◆ incoraggiare l’espressione dei sentimenti
- ◆ aiutare a identificare la situazione problematica, usando anche le tecniche della riflessione e della chiarificazione
- ◆ chiedere all’altro cosa può e non può fare nei confronti di tale situazione
- ◆ aiutarlo a elencare le possibili soluzioni del problema e a disporle in ordine di priorità
- ◆ identificare eventuali differenze tra la visione della situazione che ha il paziente e quella che hanno gli operatori
- ◆ determinare quanto i comportamenti dei familiari incidono sul paziente
- ◆ aiutare il paziente a identificare le proprie risorse e a potenziarle
- ◆ quando è il caso, stimolare lo sviluppo di nuove capacità

- ◆ stimolare la sostituzione delle abitudini indesiderabili con altre desiderabili
- ◆ rinforzare le nuove capacità acquisite
- ◆ se possibile, scoraggiare la presa di decisioni quando il paziente è in condizioni di grave stress.

Unicità di ogni paziente, analisi dei bisogni e delle risorse, interattività, informazione, dialogo sono le dimensioni fondamentali attraverso cui si snoda dinamicamente il processo di counseling.

Un ethos infermieristico caratterizzato da rispetto, empatia, capacità di interazione, di informazione che tenga correttamente conto delle risorse presenti e di quelle sviluppabili può definirsi terapeutico.

Il **dialogo** è molto utile nel definire le aspettative del paziente, la sua capacità di comprensione o negazione del momento critico e per individuare e chiarire eventuali “gap” interpretativi, frustranti per l’infermiere ed il paziente stesso.

Occorre quindi valorizzare **l’informazione** come risorsa fondante di ogni atto terapeutico di tipo relazionale, tecnico, umano.

CAPITOLO V

LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE DI ANSIA E DI COPING INEFFICACE

La scienza infermieristica clinica, ha individuato una serie di diagnosi specifiche, approvate dalla **N.A.N.D.A.**, utili per caratterizzare i problemi tipo del paziente critico. E' fondamentale un'analisi propedeutica secondo i modelli classici di nursing:

ACCERTAMENTO



DIAGNOSI



PIANIFICAZIONE



ATTUAZIONE



VALUTAZIONE

Analizzeremo in questo lavoro le diagnosi infermieristiche **N.A.N.D.A.** riferite al vissuto d'ansia e alle strategie di coping.

ANSIA

Definizione:

stato di turbamento, con attivazione del sistema nervoso autonomo, di fronte a una minaccia vaga e imprecisata o una condizione fisico-psichica di difficile gestione.

Sintomi fisiologici:

- insonnia
- astenia
- rossore o pallore
- secchezza fauci
- dolore (spec. toracico)
- svenimento/vertigini
- parestesie
- accessi di caldo e freddo
- anoressia
- diarrea
- aumento frequenza cardiaca
- aumento pressione arteriosa
- aumento frequenza respiratoria
- sudorazione
- dilatazione pupillare
- cambiamenti di intonazione e tremore vocale
- tremore, spasmi muscolari
- palpitazioni
- nausea o vomito
- minzione frequente

Emozionali

La persona afferma di provare:

- apprensione

- senso di impotenza
- nervosismo
- mancanza di fiducia in se

La persona presenta:

- irritabilità
- collera
- pianto
- biasimo
- spavento
- perdita di controllo
- agitazione
- negativismo
- apatia

Cognitive:

- incapacità di concentrarsi
- riduzione di capacità dell'apprendimento
- confusione mentale
- amnesia
- preoccupazione

La gestione dell'ansia diventa un aspetto fondamentale del nursing globale in terapia intensiva, legata all'insicurezza per il proprio futuro, alle manovre invasive svolte di routine, alle frequenti condizioni di emergenza, all'importanza conferita alla malattia vissuta, alla sicurezza e fiducia investita negli operatori sanitari, alla preoccupazione per il vissuto ansioso stesso dei familiari, ecc...

Interventi

Un primo compito infermieristico è quello di **accertare il livello d'ansia**, che può essere:

- lieve
- moderata
- grave

Garantire rassicurazione e comfort:

- essere presenti
- accettare il suo stato d'ansia
- sostenere i meccanismi di coping, aiutando il paziente a elaborarne coscientemente di nuovi
- parlare in modo lento e tranquillo
- trasmettere un senso di comprensione empatica
- infondere fiducia sulle terapie effettuate
- garantire un ambiente il più possibile confortevole, ridurre l'inquinamento acustico
- dare risposte e istruzioni concise e semplici
- educare alla valida effettuazione degli atti respiratori se l'ansia provoca dispnea.

Quando l'ansia è diminuita, aiutare la persona a riconoscerla per iniziare l'apprendimento e la soluzione dei problemi

Insegnare un atteggiamento di coping costruttivo.

Le tecniche di rilassamento aumentano nel paziente il senso di controllo sulla risposta del suo corpo allo stress.

COPING INEFFICACE DELLA PERSONA

Definizione:

stato in cui la persona è, o rischia di essere, incapace di gestire adeguatamente gli agenti stressanti o ambientali a causa di risorse inadeguate (fisiche, psichiche, cognitive, comportamentali, esogene)

Caratteristiche:

- dichiarare la propria incapacità di far fronte o di chiedere aiuto
- uso improprio dei meccanismi di difesa
- senso di sfiducia
- coping alterato da fattori iatrogeni (somm.ne di ipno inducenti, barbiturici)
- stato di deafferentazione relativo all'immobilità forzata e prolungata.

Interventi:

A) accertamento dei fattori eziologici contribuenti

- concetto sé negativo
- inadeguata risoluzione dei problemi
- sistema di supporto inadeguato

B) stabilire un rapporto

- supportare la persona nella gestione e partecipazione attiva dei piani di coping
- comunicare autenticità ed empatia
- rivalutare frequentemente le strategie di adattamento
- stabilire un feedback attivo e stimolante
- essere realistici
- concedere il tempo necessario per rispondere agli stimoli

C) Accettare l'attuale stato di coping del paziente

- verificare la capacità di riferire i fatti
 - verificare la capacità di attuazione delle istruzioni ricevute dal paziente
- D) Aiutare la persona a sviluppare strategie idonee di risoluzione dei problemi, ottimizzando le risorse presenti e potenziali del paziente
- supportare le strategie di coping risultate funzionali
 - stimolare la persona all'autonomia, compatibilmente con il suo stato di salute
 - facilitare il supporto emotivo dei familiari.

Al paziente è utile insegnare:

- determinazione di obiettivi a breve termine
- corretta gestione delle informazioni
- ricerca di aiuto, quando occorre

Criteri di esito:

- espressione corretta e coerente dei sentimenti correlati allo stato emotivo vissuto
- capacità di identificazione dei modelli di coping adottati
- capacità di gestione positiva delle risorse
- capacità di richiesta di aiuto, accettazione dell'aiuto ottenuto.
- partecipazione attiva (ove possibile) alle strategie terapeutiche mediche.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., **Il codice deontologico**, Rivista bimestrale “L’Infermiere”, Anno XLIII, marzo-aprile 1999.

AA.VV., **Il paziente critico**, IX edizione, 2001, Ambrosiana.

ARNLOD E., BOGGS K., **Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses**, London: WB Saunders Company-

CALAMANDREI CARLO, **La diagnosi infermieristica. Una classificazione delle diagnosi infermieristiche: la tipologia dei modelli funzionali di Marsory Gordon**. Dispensa del corso di perfezionamento infermieristico in “Cure intensive generali”, Prato, 2001.

CALAMANDREI CARLO, **Stile di vita delle persone e funzione educativa e di counseling dell’infermiere**. Dispensa del corso di perfezionamento infermieristico in “Cure intensive generali”, Prato, 2001.

CARPETTO JUAL LINDA, **Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica**, II Edizione, 2001, Ambrosiana.

DAVIS H. and FALLOWFIELD L., **Counselling and communication in health care**, 1994, Chichester: John Wiley.

DUXBURY, JOY, **Il paziente difficile. Modalità di comunicazine**, 2001, Mc Graw-Hill.

EGAN G., **The skilled helper**, 1998, 6th EDN, London: Brooks/Cole.

ROGERS C., **A way of being**, Boston: Houghton Mifflin