

L'Infermiere e la comunicazione

Autori: Maria Franconeri & Giacomo Robello

Problematiche della comunicazione infermiere- malato.

Il passaggio, nel campo medico-sanitario ,dal modello biomedico, centrato sulla malattia, a quello psicosociale centrato sulla persona ha posto una serie di nuovi e inevitabili interrogativi sui quali si cerca di dare delle risposte in linea con la nuova prospettiva che assume il malato al centro dell'interesse dell'organizzazione sanitaria.

Tale prospettiva viene a configurarsi come il nuovo modello all'interno del quale tentano di muoversi tutte le figure sanitarie che riconoscono come comune identità di fondo "l'interazione con l'altro".

In tale contesto, nello specifico ambito infermieristico, le problematiche inerenti la comunicazione hanno subito un approfondimento e un ampliamento considerevole volto a fornire all'operatore sanitario informazioni, tecniche, metodologie provenienti da diversi approcci scientifici e non (counseling, PNL, psicologia dinamica, pedagogia, tecniche di improvvisazione, di comunicazione di massa, ecc.).

La consapevolezza che la "vera cura" della persona inizia e si sviluppa nel poterle offrire concretamente la possibilità di partecipare , in base alle sue reali capacità, alla gestione del proprio percorso terapeutico, implica in prima istanza che l'operatore debba porsi nei confronti del malato non in modo "autoritario".

Il rifiuto della prospettiva autoritaria, nel significato che ne offre Rogers, ribalta, dunque, i termini nei quali si inscriveva il rapporto comunicativo tradizionale centrato sulla malattia.

Nella prospettiva attuale si assume, infatti, come carattere distintivo, la capacità dell'operatore di approntare un intervento comunicativo efficace il cui scopo dovrebbe mirare sia a favorire la libera e incondizionata espressione del malato sia a coinvolgerlo attivamente contribuendo, inoltre, alla chiarificazione dei dubbi e delle eventuali difficoltà connesse con il dover "vivere" la malattia .

Tale aspetto presuppone che l'operatore debba effettuare, preventivamente, una serie di operazioni , cioè possedere delle conoscenze specifiche di natura medica, tecnica , psicologica, scientifica, volte alla buona riuscita della relazione comunicativa o del colloquio inteso come momento informativo, conoscitivo e terapeutico.

Sarebbe ingenuo credere che tale predisposizione collaborativa possa essere posseduta dal malato che, per vari motivi e situazioni, potrebbe, invece, dimostrarsi incapace di gestire tutta una serie di disagi connessi con :

- la patologia;
- la presenza di dolore fisico;
- la provenienza socio-culturale;
- fattori emotivi;
- preconcetti e pregiudizi sulla sanità e sulla malattia;
- modalità tipiche della sua personalità;
- la percezione reale o distorta della malattia;
- le aspettative che si crea;
- la presenza di rumori e fattori di disturbo del *setting* comunicativo, quali il luogo fisico e il tempo a disposizione, ecc.

Gli ostacoli sopra descritti, come bene si può notare, sono stati riferiti al malato, non nel senso che l'infermiere sia esterno od estraneo ad essi, anzi, il più delle volte le difficoltà comunicative emergono da un'inadeguata referenza infermieristica, ma, viceversa, con l'intento di sottolineare l'inevitabile lavoro di formazione personale e preparazione professionale a cui l'infermiere dovrebbe tendere per modificare i propri atteggiamenti comportamentali- comunicativi al fine di eliminare eventuali ostacoli oggettivi e/o limiti soggettivi.

Il contesto: Pronto Soccorso.

L'obiettivo essenziale che dobbiamo prefiggerci ,noi infermieri, è certamente quello di poter comunicare , sia con il linguaggio verbale sia con quello non verbale , di procurare e comprendere specialmente in determinate situazioni, ciò che ha esigenza di farci conoscere o sapere il malato.

Tuttavia, occorre avanzare alcune considerazioni circa le reali difficoltà che emergono nei diversi ambiti e situazioni sanitarie cercando di individuare le valenze specifiche che definiscono il *contesto* nel quale si realizza la relazione comunicativa.

Nella situazione di Pronto Soccorso termini come *efficienza, prontezza, competenza, consapevolezza del tempo a disposizione* acquistano il loro significato autentico nell'essere in funzione dell'interesse del malato.

Il malato, che è innanzitutto una persona e in quanto tale reclama in qualsiasi situazione della propria esistenza il diritto di identificarsi fornendo esattamente informazioni sui propri dati personali .

Il bisogno di identità molto spesso, per motivi connessi all'attività del Pronto Soccorso e, al tempo, è rimandato solo al momento di un eventuale ricovero e diventa, particolarmente, complesso quando si presentano persone straniere che non parlano la nostra stessa lingua

Nonostante le difficoltà che possono essere costituite dalla diversità del codice linguistico del malato, la possibilità di interpretarne la gestualità e le espressioni del volto possono costituire concrete possibilità per entrare in rapporto con il nostro paziente. A ciò possiamo anche aggiungere che, talora, la conoscenza di alcune espressioni linguistiche già facilmente assimilate costituiscono un valido aiuto per l'operatore sanitario e un motivo di sollievo per il malato stesso .

Si dovrebbe tendere, attraverso la formulazione di specifiche frasi mirate, chiare, semplici espresse utilizzando il medesimo codice linguistico del paziente a poter pervenire alla conoscenza di alcuni elementi essenziali, quali:

- identità;
- dati personali;
- eventuali familiari da poter contattare;
- sintomi caratteristici indicati dal malato;
- possibilità di informare la persona sulle manovre eventuali che verranno eseguite e che si configurano come interventi di "routine" in ambito di Pronto Soccorso.

Una selezione di frasi particolarmente utili ai fini dell'inizio del rapporto tra l'infermiere e il malato è stata effettuata traducendo da varie lingue sulla base delle fondamentali esigenze del Pronto Soccorso assumendo come criterio di scelta alcuni elementi considerati da noi di particolare interesse. Ciò, innegabilmente, potrebbe rappresentare un modo per superare difficoltà connesse con :

- l'elevato numero di utenza proveniente da Paesi stranieri;
- la necessità di rendere efficace l'intervento sanitario;
- migliore utilizzazione del fattore "tempo" nella determinazione dei rapporti umani in funzione di un intervento idoneo alla
- richiesta di cura del malato;
- circoscrivere ed eliminare situazioni iniziali in cui tra infermiere e malato l'impossibilità di condividere alcune espressioni linguistiche si configura come un episodio di "chiusura" che coinvolge entrambi i soggetti.

L'esperienza di molti operatori sanitari, infatti, ha messo in evidenza che il potersi rivolgere ai malati tentando di dialogare utilizzando alcuni termini della loro lingua, veniva percepito da questi ultimi come un segno positivo, di "apertura" nei loro confronti.

L'ipotesi è che il malato, sentendosi considerato per l'iniziale tentativo di contatto linguistico effettuato dall'operatore sanitario, genera un atteggiamento di fiducia, di accettazione, di collaborazione che facilita e predispone a una partecipazione attiva e responsabile.

Di seguito, l'operatore sanitario dovrà concentrare le sue capacità nel selezionare e mettere in atto tecniche e strategie volte a consolidare la relazione comunicativa. Nello specifico l'attenzione dovrà estendersi al linguaggio analogico o non verbale.

E' interessante, infatti, notare che, di frequente, noi riusciamo a capire e comprendere gli altri più dal *modo* con cui ci dicono qualcosa che da quello che *realmente dicono*.

E' grazie al linguaggio analogico o non verbale che vengono comunicati intenzionalmente e non, emozioni, sentimenti, atteggiamenti, motivazioni esplicite o nascoste.

I modi tipici attraverso cui si manifesta la comunicazione non verbale:

“ 1) i *movimenti del corpo* come i gesti, le espressioni del viso, gli atteggiamenti;

2) i *fenomeni paralinguali* come il riso, lo sbadiglio, il pianto, i cambiamenti di tono, le paure e i silenzi;

3) le *posizioni nello spazio* come la distanza fra sé e gli altri;

4) la *sensibilità tattile e olfattiva* che si determina a distanza ravvicinata;

5) gli *artefatti* come l'abbigliamento, il trucco, gli ornamenti.”(Pag.224-225)

L'attenzione dell'infermiere ,quindi, deve essere rivolta alla possibilità di poter pervenire al significato *autentico* di ciò che viene espressamente comunicato dal malato facendolo emergere dal *contesto* nel quale ha luogo il colloquio o la relazione assumendo, contemporaneamente, come criterio interpretativo la *congruenza* esistente tra il linguaggio verbale e quello non verbale utilizzati dai soggetti stessi.

In riferimento alla reale preparazione degli infermieri a poter affrontare in modo competente e autonomo la complessità della relazione comunicativa ci permettiamo di avanzare alcune considerazioni .

Sorge l 'esigenza di rivedere nell'iter del percorso formativo i contenuti, le modalità, le ore dedicate affinché vengano apprese abilità comunicative-relazionali. Strumenti idonei al fine di sviluppare e consolidare valide ed efficaci tecniche di relazione comunicativa possono essere individuati nei seguenti punti :

- fornire all'infermiere un'adeguata formazione di base (Psicologia, tecniche e strategie comunicative dei diversi orientamenti psicologici, esercitazioni pratiche, ecc.);
- concreta possibilità di frequentare corsi di aggiornamento ravvicinati;
- reale e critico esame degli interventi comunicativi-relazionali effettuati nella pratica clinica, grazie a tecniche di supervisione o videoregistrazioni di colloqui in sede sperimentale;
- scambio e confronto d'informazione con altre figure sanitarie al fine di individuare e approfondire aspetti del rapporto relazionale.

Uno sguardo alla pratica clinica.









L'operatore sanitario entra in relazione con l'altro per acquisire, prevalentemente , delle informazioni circa i suoi dati personali e sanitari.









Per il conseguimento di tale obiettivo un primo momento di fondamentale importanza potrebbe essere costituito dal potersi riferire ad una serie di espressioni,









estremamente semplici, da usare nelle diverse circostanze in ambito di Pronto Soccorso.









E' forse superfluo mettere in evidenza la necessità che la comunicazione tra paziente e personale infermieristico si svolga in un'atmosfera il più possibile *accogliente e cordiale* in modo da superare per quanto possibile inevitabili difficoltà che si possono incontrare in quei primi rapporti che a seconda dei casi, possono anche giustificatamente rivelarsi estremamente concitati e conseguentemente di non facile comprensione. Un ambiente che possa rispondere a tali requisiti può sicuramente facilitare la comunicazione anche quando essa, integrata con espressioni non verbali, a stento riesce a stabilirsi tra malato e infermiere. Ciò su cui è necessario porre l'accento è l'urgenza che il personale sanitario tenga sempre presente che esistono modi profondamente diversi di codificare un messaggio e che non sempre le espressioni verbali sono atte a significare quanto il paziente vuole esprimere se si esclude la possibilità di integrarlo con espressioni del volto o atteggiamenti posturali che la situazione fa assumere al paziente. Circa la decodificazione da parte del personale infermieristico essa il più delle volte, anche se non si può prescindere da quanto è stato prima detto, è fatta di sensibilità e intuizione che debbono essere alla base di rapporti tra infermiere e malato. Certo, quando è possibile instaurare rapporti in una situazione di accentuata empatia si possono conseguire risultati soddisfacenti con possibilità di ottenere una più ampia comprensione. Le indicazioni che seguono hanno un notevole importanza in quanto si prefiggono di eliminare alcune difficoltà che la pratica infermieristica ha a più riprese messo in evidenza non sempre sarà possibile superare tutti gli ostacoli che si frappongono ad una corretta lettura della comunicazione, ma l'utilizzare quanto segue può essere di valido aiuto.









L'Infermiere che comunica







Italiano	Per favore, voglia scrivere il suo indirizzo	
Inglese	please write your address?	
Francese	Veillez écrire votre adresse	
Spagnolo	Escriba, por favor, su direccion	
Tedesco	Bitte schreiben Sie Ihre adresse auf	
Albanese	Si le quajne? Mund ta shkruash emrin tend ital	
Somalo	Waa maxay magacaagu? Ma ku qori kartaa Af Ingriisi?	
Turco	Adiniz nedir? Lutfen yazar misiniz?	



Italiano	Potrebbe darci il nome, il numero di telefono o l'indirizzo di una persona da poter contattare?	
Inglese	Can you give us the name and telephone number or address of someone to be contacted?	
Francese	Pouvez-vous nous donner le nom et le numéro de téléphone ou l'adresse d'une personne à contacter?	
Spagnolo	Con quién nos podemos comunicar? Haga el favor de escribir su nombre y numero de teléfono o su direccion	
Tedesco	Könnten Sie uns bitte den Namen und die Telefonnummer oder die Anschrift von jemandem geden, den wir benachrichtigen können?	
Albanese	Mund te na je pni emrin, numriiy e telefonit dhe adresei. E nje personi qe te kemi mundesi te takohemi ose te mbajme kontakt	
Somalo	Ma na siin kartaa magaca iyo tilifoonka ama cinwaanka qof lala xidhiidhi karo?	
Turco	Temas kurabileceğimiz bir kisinin adni ve telefon numarasini veya adresini verebilir misiniz?	









Italiano	Ha avuto degli incidenti? Quando? (Per favore, illustrare sul Calendario e sull'Orologio)	
Inglese	Have you had an accident? When? (Please show on the Calendar and the Clock)	
Francese	Avez-vous eu un accident? Quand? (Indiquez le jour et l'heure sur le calendrier et la pendule)	
Spagnolo	Ha sufrido Ud.un accidente? Cuando? (Señale en el - calendario y reloj).	
Tedesco	Hatten Sie einen Unfall? Wann? (Zeigen Sie es bitte auf dem Kalender und der Uhr)	
Albanese	Heni patur incidenti, kur, ma ilustroni ne kalendar dhe mundesisht oren	
Somalo	Ma shil baa kugu dhacay? Goorma? (Waxaad sheegtaa ku muuji taariikhda iyo saacaadda)	
Turco	Bir kaza mi gecirdiniz? Ne zaman? (Lutfen Takvimin ve Satin uzerinde isaret ediniz)	







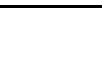

Italiano	Ha perso conoscenza?	
Inglese	Dib you lose consciousness?	
Francese	Avez-vous perdu connaissance?	
Spagnolo	Perdiò Ud. el conocimiento?	
Tedesco	Haben Sie das BewBtsein verloren?	
Albanese	Ka humbur kujtesen?	
Somalo	Miyaad miyir beeshay	
Turco	Bayildiniz mi?	





Italiano	Soffre di diabete mellito?	
Inglese	Do you have sugar diabetes?	
Francese	Etes-vous diabétique?	
Spagnolo	Tiene Ud. diabetes sacarina?	
Tedesco	Sind Sie Diabetiker/in?	
Albanese	Vuan nga diabeti?	
Somalo	Miyaad leedahay kaadi macaan ama sonkorow?	
Turco	Seker hastaliginiz var mi?	





Italiano	Attualmente sta prendendo delle medicine? Le ha portate con lei?	
Inglese	Are you taking any medicine now? Have you some with you?	
Francese	Prenez-vous des médicaments actuellement? En avez-vous sur vous?	
Spagnolo	Esta Ud. tomando alguna medicina en la actualidad? La tiene consido?	
Tedesco	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Haben Sie sie bei sich?	
Albanese	Tani pomerr ilace? Jkeni me vete?	









Somalo	Miyaad wax dawo ah iminka qaadataa? Miyaad qaar ka mid ah sidataa?	
Turco	Su anda ilac aliyor musunuz? Alidiginiz ilac yaninizda mi?	









Italiana	Ha mai avuto problemi cardiaci?	
Inglese	Have you ever had heart problems?	
Francese	Avez-vous déjà eu la jaunisse ou une hépatite?	
Spagnolo	Ha sufrido algun vez del corazon?	
Tedesco	Hatten Sie jemals Probleme mit dem Herzen?	
Albanese	Ke patur ndonjehere probleme zemre?	
Somalo	Miyaad marna yeelatay dhibaatooyin xagga wadnaha ah?	
Turco	Hic kalp rahatsizligi gecirdiniz mi?	









Italiano	Dovrei farle un prelievo di sangue	
Inglese	I need to take a sampe of your blood	
Francese	Je dois vous faire une prise de sang	
Spagnolo	Tengo que sacarle una muestra de sangre	
Tedesco	Ich muB eine Blutprobe abnehmen	
Albanese	Duhet te te marrim gjak (par analize)	
Somalo	Waxan u baahanahay inaan dhiig kaa qaado	
Turco	Kann almam gerekiyor	









Italiano	Ha dei dolori? Indichi dove. Quando hanno inizio? (Calendario e orologio)	
Inglese	Have you any pain? Point where. When did it start? (Calendar and Clock)	
Francese	Avez-vous mal? A quel endroit?. Depuis quand? (Calendrier et pendule)	
Spagnolo	Siente dolor? Senale donde le duele. Cuando empezo el dolor? (calendario y reloj)	






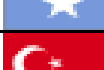


Tedesco	Haben Sie Schmerzen? Zeigen Sie bitte, wo. Wann fingen die Schmerzen an? (Kalender und Uhr)	
Albanese	Ka dhimbje? Tre goni ku. Kur ikane filluar (kalendari dhe ora)	
Somalo	Miyuu xanuun ku hayaa? Tilmaan meesha. Goorma xanuunka kuga horaysay? (Taariikhda iyo saacaadda ku muuji)	
Turco	Kir yeriniz agriyor mu? Agriyan yere isaret ediniz? Ne zaman basladi? (Takvim ve saat)	









Italiano	Tossendo espettora della materia? Di quale colore è? Bianca, giallo-verde, rossa, marrone.	
Inglese	Do you cough anything up? What colour? white, yellow-green, red, brown?	
Francese	Crachez-vous quand vous tousez? De quel couleur est le mucus: blanc, jaune-vert, rouge, brun?	
Spagnolo	Le sube algo con la tos? De qué color? Blanco, amarillo-verde, colosado, marron	
Tedesco	Haben Sie Auswurf beim Husten? Welche Farbe? WeiB, gelblich-grun, rot, braun	
Albanese	Kur kollitet, nxjerr ndonje gje nga goja. Cfare ngjyre eshte, bardhe, - verdhe-Jeshile rose, kafe	
Somalo	Miyay qufacaaga waxba soo raacaan' Waa midabkee? Caddaan, hurdi-cagaar, casaan, bunni	
Turco	Oksurunce balgam geliyor mu? Ne renk? Beyaz, sari-yesil, kirmizi, kahverengi	









Italiano	E' allergico a certe medicine? (Penicillina? aspirina? qualsiasi altra medicina?)	
Inglese	Are you allergic to any medicine? (Penicillin? aspirin? any other medicine?)	
Francese	Etes-vous allergique à certains médicaments? (Pénicilline, aspirine ou autre?)	
Spagnolo	Sind Sie auf irgendwelche Arzneimittel allergisch? (Penizillin? Aspirin? Andere Arzneimittel?)	
Tedesco	Sind Sie auf irgendwelche Arzneimittel allergisch? (Penizillin? Aspirin? Andere Arzneimittel?)	
Albanese	Ke allergji nga ndonje ilac (penicilina, aspirina, cfardo qofte)	
Somalo	Miyaad alleerjik ku tahay dawo'? (Baynasiliin? Asbiriin' ama dawo kale?)	
Turco	Alerjik oldugunuz ilac var mi? (Penisilin? Aspin? baska ilaclar?)	









Italiano	Quando è iniziato il suo ultimo periodo mestruale? (illustrare sul Calendario)	
Inglese	When did your last menstrual period begin? (Show on the Calendar)	
Francese	Quelle est la date de vos dernières règles? (Indiquez-la sur le calendrier)	
Spagnolo	Cuando empezo su ultimo periodo menstrual? (Indique en el calendario)	
Tedesco	Wann hatten Sie Ihre letzte Menstruation? (Bitte auf dem Kalender zeigen)	
Albanese	Kur Ka filluar periudha e funditmestruale ilustroni ne kalendar	
Somalo	Goorma ayey caadadii u dambaysay ee kaa timi bilaabantay? (ku muuji taariikhda)	
Turco	En son adetiniz ne zaman basladi? (Takvimde gosteriniz)	

Italiano	Dovrei misurarle la pressione sanguigna	
Inglese	I need to take your blood pressure	
Francese	Je dois prendre votre tension	
Spagnolo	Tengo que tomarle la presi0n	
Tedesco	Ich muB Ihren Blutdruck messen	
Albanese	Dua t'ju mas tensionin e gjakut (ta ose matnivete)	
Somalo	Waxan u baahanahay inaan cabiro dhiiggaaga	
Turco	Tansiyonunuzu olcmem gerekiyor	

Italiano	Dovrei farle un'iniezione	
Inglese	I need to give you an injection	
Francese	Je dois vous faire une piqure	
Spagnolo	Tengo que darle una inyeccion	
Tedesco	Ich muB Ihnen eine Spritze geben	
Albanese	Duhet te beni. Nje inxheksion	
Somalo	Waxan u baahanahay innan ku mudo	
Turco	Igne yapmam gerekiyor	

Italiano	Dovrei darle dei punti	
Inglese	I need to give you some stitches	
Francese	Je dois vous faire quelques points de suture	
Spagnolo	Tengo que hacer sutura	
Tedesco	Ich muB Sie nahen	
Albanese	Duhet te qepim plagen	
Somalo	Waxan u baahanahay inaan ku tolo	
Turco	Dikis yapmam gerekiyor	

Italiano	Dovrebbe rimanere in ospedale	
Inglese	You need to stay in hospital	
Francese	Vous devez rester à l'hopital	
Spagnolo	Tiene que quedarse en el hospital	
Tedesco	Sie müssen im Krankenhaus bleiben	
Albanese	Dunet te rriish ne spital	
Somalo	Waxad u baahantahay inaad joogto (ama ku jirto) cisbitaal	
Turco	Hastahanede kalmaniz gerekiyor	

Italiano	Andrà tutto bene. Non si preoccupi	
Inglese	Everything will be all right. Don't worry	
Francese	Tout ira bien, ne vous inquiétez pas	
Spagnolo	No se preocupe. Todo va bien	
Tedesco	Es wird alles in Ordnung kommen. Machen Sie sich keine Sorgen	
Albanese	Do te shkoje? do gje mire, mosushqetso	
Somalo	Wax waliba way hagaagi doonaan. Ha warwarin	
Turco	Hersey iyi olacak. Meraklanmayin	

SINTESI DELLE “REGOLE” DELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA .

Joy Duxbury in “Il paziente difficile modalità di comunicazione” presenta una “panoramica sulle *regole* della comunicazione terapeutica” con l’intento di offrire alla relazione infermiere-paziente “un criterio globale per governare, nella pratica, i rapporti quotidiani”.

Tale funzione riveste un particolare interesse , soprattutto, per la possibilità di individuare delle strategie comportamentali efficaci e utili ad affrontare e prevenire quelle situazioni relazionali che si presentano di difficile interpretazione.

Le “regole” a cui faremo riferimento sono 27.

Di esse daremo una breve ed essenziale sintesi :

Regola numero 1.

Essere un individuo (operatore) diverso da chiunque altro!

La prima regola afferma che “gli infermieri hanno la possibilità di rappresentare dei fattori di cambiamento e di stabilire dei precedenti per una buona comunicazione e per una buona pratica”.

Nasce da questa nuova consapevolezza l’esigenza di superare i limiti imposti dalla consuetudine che imponeva di eseguire determinate operazioni solo perché in precedenza “si era sempre fatto così”.

Si riconosce, invece, nella valorizzazione delle capacità individuali dell’operatore sanitario la possibilità di effettuare un salto qualitativo nella pratica comunicativa. Le diverse strategie, tecniche e atteggiamenti personali possono costituire il tratto distintivo tra un operatore ed un altro. Ogni infermiere, quindi, dovrebbe porsi come individuo capace di interagire nei confronti degli altri attraverso le sue qualità, le sue capacità, le sue caratteristiche , le sue peculiari risorse personali.

“Per esempio, pensate ad un infermiere che i pazienti attendono con ansia di vedere. Ciò può essere dovuto al modo in cui sorride, ascolta attivamente, guarda, tocca o trasporta il paziente”.

Regola numero 2.

Non essere né invadente, né opprimente.

La seconda regola prevede che, nella relazione comunicativa, l’infermiere si debba configurare come un persona *avvicinabile* nel senso di permettere al malato di stabilire liberamente il contatto utilizzando propri tempi e ritmi.

Accade , invece, di frequente che , per eccesso di zelo o per incapacità di dominare le proprie abilità comunicative, l’infermiere si pone nei confronti del malato cercando “di fare troppo, troppo incisivamente e troppo presto” ciò che suppone sia di particolare importanza fare, in quel momento, per quel paziente. In realtà, anche se in buona fede, egli si pone nei confronti del malato in modo autoritario non dandogli la possibilità di esprimere, con modalità personali, i propri bisogni.

Un suggerimento comportamentale utile in queste situazioni potrebbe essere il seguente:

“cercate di avere pazienza e date segni frequenti , verbali e non verbali, che incoraggino lo sviluppo di un rapporto di fiducia. Per esempio mediante un contatto

visivo intermittente, sedendovi insieme al paziente (anziché standogli vicino in piedi), sorridendogli ogni tanto, facendo ricorso al contatto fisico e mostrando in vari modi che vi occupate di lui”.

Regola numero 3.

Rispettare i confini del paziente: non cercare di indurre troppo presto un rapporto confidenziale.

E' importante prendere in considerazione che l'intimità tra operatore sanitario e malato non può essere frutto solo di attesa. L'intimità dovrebbe essere “meritata”.

Per tale ragione ci si sta allontanando dal preconetto secondo il quale l'intimità, soprattutto quella fisica “ richiesta dall'esame obiettivo o da vari interventi fisici,” viene intesa come uno stile di vita che fa parte della routine della professione infermieristica riconoscendo, invece, che occorre, innanzitutto, instaurare un certo grado di rapporto con i pazienti fondato sul rispetto e sulla fiducia reciproca prima di poter passare ad un contatto più confidenziale e stretto.

Regola numero 4

Non dire al paziente cosa deve fare : usare la trattativa

Una delle difficoltà maggiori che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto ottimale tra infermiere e malato sembra essere costituito dal fatto che l'operatore sanitario ritenga che “il paziente una volta varcate le soglie dell'ospedale, diventi di proprietà di coloro che lo assistono”. Il paziente fagocitato dalla routine della vita ospedaliera, con i suoi ritmi e i suoi orari, perde la sua autonomia e l'infermiere, in tale contesto, sembra porsi come colui che impone al malato ciò che deve fare , dire e come comportarsi.

Da tale prospettiva autoritaria bisogna allontanarsi per accogliere, invece, quella volta a creare una relazione collaborativa con il malato . Non deve essere l'ospedale ad imporsi con la sua pratica ripetitiva ma, devono essere ascoltati i bisogni dei malati cercando di offrire disponibilità e comprensione, soprattutto, per quanto concerne le decisioni sull'iter diagnostico e terapeutico da dover seguire. Quindi, cercare di adottare comportamenti idonei che permettano un avvicinamento al malato, ascoltando i suoi bisogni individuali, cercando di inserirli efficacemente tra le diverse attività che caratterizzano l'ambiente sanitario.

Regola numero 5

Non aprirsi troppo presto: la regola dell'offerta della confidenza.

Offrire confidenza costituisce un aspetto di particolare interesse nella relazione infermiere-paziente.

Le seguenti espressioni di uso comune riflettono i vari atteggiamenti che l'infermiere dovrebbe assumere nei confronti di tale problema “Non aprirti troppo presto”, “Condividi ciò che senti”, “Esprimiti”, “Non abbattere le tue barriere”.

Tali suggerimenti, nonostante possano, per certi aspetti, essere validi, il più delle volte si rivelano come delle “ frasi fatte” che non aiutano a risolvere il problema.

La strategia ottimale si configurerebbe , invece, nell'agire secondo i dettami che provengono dal proprio *istinto*: se pensiamo che durante una relazione con il paziente quello sia il momento giusto per poter entrare in confidenza con lui e aprirsi ulteriormente, allora, dovremmo farlo. La nostra convinzione, infatti, origina dalla

maturata esperienza professionale ma, anche, dai rapporti che, normalmente, curiamo nella nostra vita familiare e sociale e che ci formano e ci rendono sensibili a comprendere noi stessi e gli altri.

Regola numero 6

Essere franchi!

L'autore mette in evidenza che *essere franchi* non significa necessariamente dover dire la verità al malato a tutti i costi e in tutte le circostanze.

Non significa, inoltre, dire sempre di "sì" al malato o riferirgli ciò che desidera sentirsi dire. Infatti, è opportuno mettere in evidenza che vi sono situazioni in cui terapeutico sarà potergli dire di "no" e/o stabilire dei confini netti tra lui e voi.

Ma, essere franchi vuol dire, soprattutto, essere consapevoli di poter affrontare responsabilmente la situazione che si sta vivendo. L'infermiere dovrà cercare di creare un'atmosfera serena ed equilibrata, lontana dalla confusione, dall'ambiguità e dalle incertezze. Tale contesto, favorisce fenomeni positivi di avvicinamento, comprensione e ciò può realizzarsi cercando di "accorgervi di quando il paziente non capisce o di quando ha bisogno di sapere qualcosa di più. I pazienti vi rispetteranno per i vostri sforzi. Verbalizzare ciò che si pensa, con sensibilità, in modo adeguato e al momento giusto, può essere terapeutico; ciò non è soltanto alla base della vostra franchezza, ma incoraggia alla franchezza lo stesso paziente, che può reagire in modo analogo".

Regola numero 7

Dedicare tempo a ciascuno rapporto infermiere-paziente.

Ci vuole del tempo per poter instaurare una relazione umana.

In passato ma anche oggi, nella pratica clinica la mancanza di tempo è molto spesso la causa principale che determina il diffondersi di *tipologie* con le quali vengono classificati i malati (aggressivo, tossico, alcolizzato, ecc.).

Bisogna tenere in seria considerazione che, per poter entrare in contatto con gli altri in modo autentico ed efficace è indispensabile dedicare del tempo. Questo non significa, necessariamente, "frequenti e lunghi periodi di intensa conversazione, bensì brevi chiacchierate, sostegno o offerta di informazioni, che lascino il paziente con la sensazione di saperne di più, di essere considerato e rassicurato". Anche ogni relazione d'aiuto ha bisogno di tempo affinché possa attuarsi e il tempo è sempre in funzione del contesto in cui essa si realizza.

Regola numero 8

Avere il coraggio di avvicinarsi al paziente.

"Gli infermieri per la natura della loro professione, devono essere preparati ad avere *coraggio di avvicinarsi al paziente* e devono avere modo di farlo".

Con tale affermazione si tende ad abbandonare sia la concezione secondo la quale l'infermiere dovrebbe assumere un comportamento distaccato, asettico nei confronti del malato sia quella che lo vorrebbe, invece, totalmente coinvolto.

Per tale motivo, l'atteggiamento auspicabile dovrebbe essere quello di avvicinarsi alla persona resa vulnerabile, confusa e bisognosa d'aiuto a causa della sua patologia. Saper, quindi, riconoscere ed interpretare le diverse situazioni e, senza timore, cercare di *incontrare* il malato mettendoci in sintonia con i suoi stati

interiori, rispettando la sua individualità e offrendogli l'opportunità di poter condividere con noi ciò che egli sente di doverci comunicare.

Tale atteggiamento promuove ed incrementa i sentimenti di empatia.

Regola numero 9

Ammettere: “voglio che tu faccia come me”.

Capita di frequente nella pratica clinica che comportamenti aggressivi e difficili espressi dai malati vengano percepiti dall'operatore sanitario come se fossero degli attacchi rivolti alla sua persona. Ciò può accadere perché anche l'operatore sanitario, in quanto persona, è soggetto a proprie insicurezze, paure, che lo fanno sentire vulnerabile e fragile. Per poter superare queste difficoltà vengono proposte all'operatore due possibili strategie :

- “smettere di cercare essere perfetti”. Bisogna cercare di auto-educarci a conoscere ed accettare le nostre debolezze, i nostri limiti, le nostre paure per sapere quando, in una determinata situazione, sia meglio tentare di allontanarci da essa piuttosto che perseverare in ciò che procurerebbe ansia o dolore per i soggetti coinvolti. Non si tratta di negligenza e neanche di omissione, bensì di considerarsi persone che, nonostante i propri limiti, si sforzano di rimanere importanti l'uno per l'altro.
- “Immaginate la vostra azione e, poi, non tenete conto di ciò che avete immaginato”. Questa tecnica viene utilizzata per mettere in evidenza che nella relazione comunicativa è di fondamentale importanza essere se stessi, agire quindi secondo le proprie capacità, risorse personali. Rogers definisce questa capacità come “essere autentici” ossia essere totalmente se stessi nonostante le diverse situazioni che l'esperienza pone.

Regola numero 10

Fare la prima mossa.

La regola invita gli operatori sanitari ad essere loro, per primi, ad adottare comportamenti di “apertura” nei confronti dei malati .

Questa esigenza nasce dalla considerazione che esiste un'evidente “disparità di forze “ tra ciò che esperisce il malato e l'infermiere.

Il malato ricoverato in ospedale si trova in una situazione, potremmo dire, di “vulnerabilità” rispetto al personale sanitario: è in un ambiente estraneo, non conosce il personale, sente odori, rumori e vede oggetti mai visti prima d'allora. E' costretto ad adeguarsi a ritmi e comportamenti dettati dall'organizzazione del reparto. Per questi e altri motivi, generalmente, sentimenti di ansia e insicurezza prendono il sopravvento su ogni tentativo di controllo del proprio comportamento e dell'ambiente.

Se questa è la situazione del malato l'infermiere, in un certo senso, potrebbe essere considerato come il “padrone di casa”: egli conosce l'ambiente in cui lavora e “ciò consente un certo grado di sicurezza e[...] di controllo” nonché è consapevole del livello di responsabilità connesso alle diverse manovre assistenziali.

“Fare la prima mossa” significa, allora, modificare tale percezione del contesto e ciò è reso possibile, soprattutto, dal coinvolgimento personale dell'infermiere. Con esso s'intende, infatti, che l'operatore sanitario debba essere in grado di valutare “il livello di coinvolgimento” individuale al fine di poter controllare le proprie risposte

e i propri comportamenti dal momento che essi possono influenzare direttamente quelli dei malati. Il controllo, è necessario ricordare, può essere esercitato solo su noi stessi: gli altri agiscono e su di loro non possiamo avere alcun controllo.

Regola numero 11

Concentrarsi sull'interesse che si prova.

Può accadere che la nostra capacità di entrare in relazione con gli altri possa subire un arresto a causa “dell'interferenza di vari fattori , come la paura del rifiuto e dell'insuccesso, o la mancanza di fiducia in se stessi”.

Molte persone sono soggette a pensieri autodistruttivi o negativi che si manifestano, contemporaneamente, nell'atto di procedere verso una determinata meta. Il risultato è che il soggetto si innervosisce percependosi come incapace di essere “all'altezza della situazione”.

Persaud definisce “tali pensieri con l'acronimo ANT (Automatic Negative Thoughts) ovvero pensieri automatici negativi che, comunemente, danneggiano la comunicazione efficace con le altre persone”.

Un modo per superare questa situazione difficile potrebbe essere quello di concentrare la propria attenzione *sull'interesse*.

Ancora Jeffer(1992) ci propone una strategia volta a orientarci verso ciò che deve essere considerato come il vero interesse:

- saper far smettere i pensieri negativi o come dice Jeffer “il chiacchierone” che è dentro di noi. “Ciò può essere fatto visivamente nella nostra mente, oppure verbalmente, a seconda del contesto o della situazione”;
- sostituire i discorsi negativi con quelli di “autoaffermazione” volti a consolidare ed aumentare sentimenti di stima e fiducia nei vostri confronti . Per esempio “Io sono un buon infermiere”, “Io ho molto da offrire”. Ripetete tali affermazioni positive almeno 10 volte in rapida successione. Jeffers(1992) sostiene che tali affermazioni non devono necessariamente essere ritenute vere per poter funzionare. Ciò che conta è che vengano assorbite a livello subliminale”;
- convincersi che “indipendentemente da quale reazione avrete da altri, siete una persona degna di stima”. Bisogna credere fermamente in se stessi in tutte le situazioni ricordando che tale consapevolezza deve essere considerata come un'abilità e in quanto tale perfezionabile con la pratica;
- l'operatore sanitario deve essere consapevole della reale preparazione che possiede per affrontare l'individuo che gli interessa conoscere. E' arbitrio, quindi dell'infermiere scegliere “il tempo di assistenza e il livello di contatto[...]nei casi in cui il paziente ci metta in grave difficoltà di comunicazione(Smith e Hart, 1994)”.

Regola numero 12

Addestrarsi a “essere chiunque” piuttosto che a “essere qualcuno”.

Nella percezione del nostro ruolo professionale, inevitabilmente, siamo soggetti alle influenze provenienti dall'ambiente socio-culturale nel quale siamo cresciuti e vissuti.

La nostra società propone come modello al quale conformarsi, quello di *essere qualcuno a tutti i costi*. Solo se “siamo qualcuno” ossia se ci *distinguiamo nell'eccellere* in qualcosa siamo degni di considerazione sociale.

In realtà tale modello presenta molti limiti e in particolare educa ad “enfaticizzare troppo le differenze individuali” con il risultato che molti malati “vengano percepiti come **diversi**: per esempio, pazienti con problemi di salute mentale, quelli appartenenti a minoranze etniche, o quelli che generalmente non si attengono alle norme, sia del reparto ospedaliero sia della società(Stockwell,1984)”.

Educare ad “essere chiunque” ,invece, si propone di suscitare sentimenti in cui *la sintonia* costituisce il fondamento su cui costruire la relazione interpersonale.

Nel cercare di comprendere il malato, di farlo sentire meglio, si elabora una strategia volta a far emergere ciò che ci può far avvicinare al malato livellando, allo stesso tempo, le diversità individuali.

Tale atteggiamento conduce l’operatore sanitario a saper impostare una relazione efficace ed empatica.

Regola numero 13

Applicare la “Legge del minimo sforzo”

Questa legge pronunciata da Chopra(1996) si basa “sul principio secondo cui la via migliore può essere ricercata con il minimo sforzo”.

Per quanto riguarda gli infermieri ciò significa che essi “non devono, di solito, sforzarsi di assistere ma, semplicemente, assistere.[...]quando le azioni sono motivate da un approccio di assistenza, lo sforzo impiegato è minore”.

La legge si articola in tre momenti distinti:

- l’accettazione che si riferisce al non cercare di cambiare a tutti i costi la situazione così come essa si presenta. Questo primo momento non deve focalizzarsi nel tentativo di cambiare la situazione ma “sul nostro modo di reagire ad essa”:
- la responsabilità : prendere atto della situazione così come si presenta al vaglio dei fatti significa approntare un comportamento volto a rispondere positivamente e concretamente ad essa;
- spogliarsi delle difese: l’operatore dovrebbe cercare di non spendere le proprie energie nel tentativo di far prevalere il proprio punto di vista nei confronti del malato. La legge del minimo sforzo ci suggerisce di abbandonare tale atteggiamento il cui risultato conduce all’acuirsi dei contrasti. Spogliarsi delle difese personali non è un atto di debolezza ma la strategia ottimale per avvicinare il malato coinvolgendolo in una relazione cooperativa.

Regola numero 14

Trasformare il conflitto in collaborazione.

Un rapporto di conflittualità può venirsi a creare tra infermiere e paziente per diversi motivi ma, generalmente, si instaura ogni qualvolta un comportamento venga percepito come aggressivo o non collaborativo da parte di entrambi gli interlocutori.

Tale conflitto è alla base di atteggiamenti ostili, sospettosi, ansiosi con l’esito di produrre comportamenti di non collaborazione reciproca.

Jeffers propone un modello che definisce “della collaborazione” capace di sostituire quello “del dominio”.

Nel modello della collaborazione l’enfasi viene posta sulla capacità dell’operatore di favorire “il compromesso mediante il quale il problema o il dilemma deve essere compreso , ponendosi nel punto di vista del paziente”. Per il conseguimento di tale

obiettivo, nella pratica, dovrebbe essere sviluppata l'abilità della "contrattazione" attraverso la quale, con modalità diverse di ritmo, di tempo e con una utilizzazione efficace dell'empatia, possono "stabilirsi punti di vista alternativi".

Affinché un conflitto possa trasformarsi in un'opportunità di collaborazione proficua tra i soggetti coinvolti, Jeffers individua la necessità di acquisire delle abilità nuove:

- mettere in discussione le convinzioni e le conoscenze ritenute acquisite definendole nelle loro caratteristiche essenziali al fine di poterle condividere;
- considerare i punti di vista che gli altri possono offrirci come un contributo importante al fine di comprendere la situazione nella sua globalità;
- rispettare la volontà del malato anche quando questa è in disaccordo con quello che viene ritenuto di una certa importanza per l'operatore sanitario. Evitare comportamento costrittivi o insistenti nel tentativo di forzare il malato nel prendere una decisione. Il ruolo dell'infermiere, anche quando il malato compie "scelte inammissibili" deve configurarsi come guida capace di consigli rispettando l'individualità della persona;
- non manifestare comportamenti difensivi arroccandosi su posizioni rigide, inaccessibili a qualsiasi sollecitazione comunicativa;
- riconoscere che in alcune situazioni i malati hanno "ragione a mostrare dispiacere". Il riconoscimento non significa accettazione totale ma significa "dare valore alle idee di altre persone o alla loro percezione degli eventi. Ciò è spesso denominato riconoscimento di capacità (Heron, 1990) e comunica la volontà di ascoltare e di contrattare, nell'intento di affrontare i problemi";
- affrontare la relazione con il malato "come se non si sapesse nulla di lui". Infatti, idee preconcepite o conoscenze precedenti sul malato emerse, ad esempio, durante "il passaggio delle consegne" da parte degli infermieri, possono influenzare negativamente la nostra relazione comunicativa. Bisogna impegnarci, dunque, a non tenere in seria considerazione espressioni che tendano ad etichettare, classificare i malati prima ancora di averli incontrati personalmente.

Regola numero 15

Sforzarsi di comprendere l'individuo

La comprensione dell'individuo origina dalla capacità che il soggetto ha di instaurare un rapporto empatico. Più egli investirà nel condividere il punto di vista dell'altro maggiore sarà il grado di comprensione produttiva della persona che ci chiede aiuto.

Regole numero 16

Occuparsi della "piccole cose"

Le relazioni umane si caratterizzano per la complessità degli elementi che intervengono a determinarle. La possibilità che esse possano consolidarsi, approfondirsi dipende il più delle volte dalla capacità che i soggetti coinvolti hanno di conferire valore anche alle "piccole cose". Nella relazione infermiere-malato, a volte, la routine e la frenesia delle operazioni sanitarie non permettono che gesti quali una particolare cortesia, un sorriso, una mano sulla spalla al momento giusto, sostituire una bevanda fredda con una calda o ancora riferire direttamente dei messaggi telefonici da parte di una persona cara al malato, possano avvenire.

Sono gesti semplici in apparenza sembrano non avere un significato particolarmente importante . In realtà, ad una più attenta analisi risulterà evidente come conferire valore alla quotidianità renda eccezionale, agli occhi del paziente, il comportamento di un infermiere rispetto ad un altro.

Regola numero 17

Rispettare gli impegni presi

E' di particolare importanza che una promessa o un impegno preso venga mantenuto. E' sufficiente pensare alla delusione che proviamo quando gli altri ci promettono qualcosa e poi, per motivi vari, non riescono a mantenere per renderci consapevoli delle conseguenze negative che tali situazioni determinano nei rapporti umani.

Per tale motivo ogni volta che l'infermiere si impegna personalmente a soddisfare un bisogno espresso dal malato dovrà cercare di portarlo a termine affinché non venga meno la fiducia del paziente nei suoi confronti. In alcune situazioni, però, potrebbe essere di migliore utilità sciogliere una promessa, appunto, perché ci si è resi conto di non poterla portare a compimento.

In questo caso l'infermiere, per non inficiare la relazione di fiducia con il malato, dovrà con franchezza riferirgli valide e plausibili ragioni che lo hanno indotto a fare marcia indietro e a dover venir meno alla promessa precedentemente fatta.

Regola numero 18

Chiarire al paziente ciò che lo attende

La regola mette in evidenza che molti dei comportamenti ritenuti difficili adottati dai malati sono da attribuire alle loro aspettative le quali, non sempre, coincidono con quelle degli operatori sanitari. Il malato interpreta e anticipa l'esperienza del ricovero e della sua malattia in base alle caratteristiche ascrivibili alla sua personalità, cultura, status sociale, ecc . Ciononostante, egli non sa cosa gli aspetta, soprattutto, se è la prima volta che viene ricoverato in una struttura sanitaria: non conosce gli ambienti, le regole della vita di reparto, l'iter terapeutico da seguire e così via. Far permanere il malato in tale condizione sarebbe la situazione peggiore in quanto lo predisporrebbe a generare sentimenti di incomprensione, insoddisfazione e sfiducia nei confronti degli operatori sanitari. "Pertanto, è importante che , di fronte a ciascuna situazione nuova(un paziente o un incontro) vengano fin dall'inizio chiarite le aspettative, cosa che implica un considerevole investimento iniziale di tempo e di sforzi: nondimeno, può farne risparmiare successivamente , a mano a mano che si sviluppa il rapporto".

Regola numero 19

Dimostrare integrità personale

Molte persone non riescono a captare la nostra fiducia perché risultano essere "in contrasto con se stesse". Nelle relazioni umane un modo per "manifestare integrità è di essere leali verso coloro che non sono presenti".

Questa affermazione presuppone che ,chi è integro, concepisca i rapporti con gli altri fondati sul rispetto reciproco. Ecco perché, nella pratica clinica, ogni qual volta si dovesse verificare un disaccordo con un malato, l'infermiere dovrebbe cercare di affrontarlo "nell'ambito privato di un confronto faccia a faccia".

Regola numero 20

Non avere paura di scusarsi

Nelle dinamiche di reparto gli infermieri “rappresentano spesso il contatto più immediato per i pazienti e si trovano comunemente in posizioni nelle quali sono costretti ad agire come negoziatori o mediatori”.

Le attese prolungate per l'esecuzione di particolari esami, i disagi procurati da inadempienze burocratiche, lunghe liste operatorie, reparti rumorosi trovano un referente immediato nella figura dell'infermiere il quale si trova, nella scomoda e paradossale, situazione di doversi scusare pur non essendo il responsabile di ciò che accade.

Così, l'infermiere non potendo modificare le situazioni che non dipendono dalla sua volontà o capacità, potrà mettere in atto l'unica manovra di controllo utile in queste circostanze: concentrarsi su come comunicare al malato il verificarsi degli eventi.

L'infermiere potrà intervenire cercando, nonostante i disagi, di mettere a conoscenza il malato del perché ciò possa accadere, non tenendolo all'oscuro del tempo effettivo d'attesa, delle dinamiche che caratterizzano le manovre sanitarie, informandolo circa le reali dimensioni del problema .

Regola numero 21

Mettere in pratica le regole senza stancarsi

La comunicazione è un processo che implica la messa in pratica di ciò che viene ritenuto di reale importanza nelle regole sopra descritte.

La pratica non è mai qualcosa di semplice e definitivo: obbliga l'infermiere a rivedere, rimettere in discussione esperienze passate, situazioni che all'apparenza uguali si dimostrano , ad una più attenta analisi, di natura diversa.

Questa abilità presuppone la capacità di essere *flessibili* senza, tuttavia, che venga meno la possibilità di esprimersi con proprie caratteristiche personali.

La messa in pratica implica impegno costanza nell'applicarsi e pazienza

Regola numero 22

Ripassare le regole: non scoraggiarsi.

La regola mette in evidenza che molto spesso gli infermieri perdono l'occasione di instaurare dei buoni rapporti con i malati a causa delle prolungate pressioni a cui sono sottoposti durante il loro turno di lavoro. Affinché l'infermiere non perda le capacità acquisite attraverso l'assimilazione e l'attualizzazione delle diverse abilità descritte nelle regole “un ripasso succinto dei punti principali può essere utile e, se effettuato con regolarità, può servire a facilitare l'uso delle abilità”.

Regola numero 23

Non smettere di attenersi alle regole

Cercare di conformare il proprio comportamento in funzione delle regole può considerarsi la norma più difficile da realizzare. Accade, infatti, che il “successo in un approccio può far sorgere un senso di autocompiacimento” che blocca eventuali altri apprendimenti.

Un esito, soprattutto, se è positivo non, necessariamente, può essere esteso a tutte le altre esperienze anche se presentano caratteristiche simili. L'atteggiamento dell'infermiere, quindi, dovrebbe tendere ad approfondire, a perfezionare le abilità

acquisite non cadendo nella tentazione di adagiarsi e cristallizzarsi in comportamenti che in passato si sono rivelati positivi.

Regola numero 24

Non prendere il rifiuto in chiave personale

Molte situazioni pongono gli infermieri a dover comunicare con pazienti che, fin dall'inizio, manifestano comportamenti ostili e aggressivi per motivi diversi. Se questi comportamenti fossero interpretati come un "attacco personale" nei confronti dell'infermiere, la reazione naturale sarebbe quella di allontanare tali individui ignorandoli o stando sulle difensive dimenticando che "i pazienti tendono a comportarsi in modo ostile o a intralciare la nostra attività quando si sentono essi stessi minacciati, provocati o frustrati".

Per tale motivo l'infermiere dovrebbe permettere il superamento di questo momento di difficoltà e di allontanamento dalla possibilità di realizzare una relazione d'aiuto procurando di effettuare un'attenta analisi e valutazione del contesto o delle persone che sono coinvolte nella situazione.

Regola numero 25

Cercare di conoscersi: l'arte dell'autoconsapevolezza.

E' importante avere la consapevolezza che, in quanto esseri umani, non possiamo risolvere sempre qualsiasi problema. A volte, le difficoltà presenti in una situazione sono talmente complesse che superano le nostre reali capacità di soluzione del "problema".

In tale contesto, un'azione guidata dalla presunzione di dover riuscire ad ogni costo o un'errata valutazione della situazione e/o della proprie capacità può rivelarsi un fallimento.

Riuscire, invece, significa essere consapevoli dei propri limiti e dei propri punti di forza, affinché, strategie e tecniche comunicative personali possano costituire un valido punto di riferimento per l'emittente e il ricevente. L'infermiere dovrebbe, in primo luogo, tendere a conoscere se stesso individuando, con una attenta valutazione delle proprie qualità, capacità, attitudini personali e preparazione professionale, ciò che realmente è in grado di affrontare. Tale atteggiamento pone le condizioni per una presa di coscienza seria ed equilibrata dei diversi livelli di difficoltà che caratterizzano le varie situazioni comunicative. L'infermiere consapevole che desidera aiutare la persona malata in modo efficace cercherà, allora, di "mettersi in gioco" e, per tale motivo, non si sentirà frustrato ogni qual volta che, non essendo in grado di affrontare una particolare situazione, riconoscerà in altre figure infermieristiche l'aiuto idoneo di cui il paziente ha bisogno e, ad esse, lo indirizzerà.

Regola numero 26

Non aver paura di far ricorso al confronto diretto quando è necessario.

Tra gli interventi di aiuto vengono descritti quelli di confronto e di catarsi. Per catarsi s'intende la "liberazione dalle emozioni" e questo tipo di manifestazione si configura come un momento particolarmente difficile della comunicazione tra infermiere e paziente. Liberare le emozioni corrisponde a una fase della relazione comunicativa in cui potrebbe verificarsi quello che, comunemente, si definisce come "un salto nell'ignoto": il paziente mette a nudo le sue paure, le sue ansie, la sua collera, il suo disagio piangendo o con manifestazioni difficilmente controllabili.

dall'infermiere. Il confronto, la catarsi potrebbero renderci vulnerabili, impreparati ad affrontare nuove ed imprevedibili dinamiche psichiche e relazionali. E' opportuno, però, mettere in evidenza che, l'errore più comune a cui vanno incontro gli infermieri è quello di pensare di dover essere obbligati, ogni volta, a dare delle risposte risolutive alle manifestazioni emotive dei pazienti. Molto spesso, invece, essi si rivolgono agli operatori non per ottenere delle risposte esaustive ma solo e, soprattutto, perché possano da loro ottenere un sostegno empatico capace di attenuare e chiarire il loro disagio esistenziale.

Ascoltare le emozioni, gli sfoghi dei malati richiede sensibilità, abilità, e capacità di porsi positivamente nei loro confronti con l'obiettivo di far "raggiungere il maggior beneficio per il paziente, senza indurlo od obbligarlo a fare ciò che volete voi, bensì illustrandogli il comportamento o i bisogni che possono ostacolare il progresso verso una migliore condizione di salute".

Regola numero 27

Aspettarsi di sbagliare qualche volta ed essere pronti a imparare

La parola d'ordine è credere in se stessi!

Nella pratica clinica ,inevitabilmente, si potranno esperire situazioni professionali fallimentari nelle quali verranno invalidate le nostre aspettative ciononostante siano state, scrupolosamente, rispettate le regole fondamentali che caratterizzano la buona riuscita della relazione comunicativa.

L'insuccesso, però, non deve dare ragione del sorgere di comportamenti di abbandono delle regole terapeutiche o di atteggiamenti di disillusione e sfiducia da parte dell'infermiere.. E', infatti, necessario mettere in evidenza che là dove si dovesse verificare un fallimento questo dovrebbe essere inteso come un nuovo nucleo dal quale poter generare ulteriori riflessioni di crescita professionale , integrandole con l'ausilio di conoscenze precedentemente acquisite. Non si dovrà aver timore, inoltre, di "valutare, modificare le regole e adattarle finemente ai singoli casi, allo scopo di renderle più consone alla vostra personalità, ai paziente all'ambiente. Credete in voi stessi, siate desiderosi di comunicare; il resto verrà da sé".

Comunicare con i sordi: capire e farsi capire

*(alcune regole da tenere a mente)**

1. Per consentire al sordo una buona lettura labiale la distanza ottimale nella conversazione non deve mai superare il metro e mezzo.
2. La fonte luminosa deve illuminare il viso di chi parla e non quello della persona sorda: bisogna parlare con il viso rivolto alla luce.
3. Chi parla deve tenere ferma la testa.
4. Il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda.

5. Occorre parlare distintamente, ma senza esagerare. Non bisogna in alcun modo storpiare la pronuncia. La lettura labiale infatti si basa sulla pronuncia corretta.
6. Si può parlare con un tono normale di voce, non occorre gridare. La velocità del discorso inoltre deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio.
7. Usare possibilmente frasi corte, semplici ma complete. Non occorre parlare in modo infantile. Mettere in risalto la parola principale della frase. Usare espressioni del viso in relazione al tema del discorso.
8. Non tutti i suoni della lingua sono visibili sulle labbra: fare in modo che la persona sorda possa vedere tutto ciò che è visibile sulle labbra.
9. Quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è molto difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, anziché spazientirsi, si può scrivere la parola a stampatello. Oppure usare, se la si conosce, la dattilologia (l'alfabeto manuale).
10. Anche se la persona sorda porta le protesi acustiche, non sempre riesce a percepire perfettamente il parlato. Occorre dunque comportarsi seguendo queste regole di comunicazione.
11. Per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo o una conferenza senza interprete. Occorre quindi aiutarlo a capire almeno gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, trasmettendo parole e frasi semplici e accompagnandole con gesti naturali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Joy Duxbury, *Il paziente difficile modalità di comunicazione*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 2001.
- Carl R. Rogers, *Terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Firenze, 1997
- R. Mucchielli, *Apprendere il counseling*, Erickson, Trento, 2000
- M. Danon, *Counseling-una nuova professione d'aiuto-*, Red Edizioni, Como, 2000
Croce Rossa Italiana Questionario anamnestico multilinguistico di emergenza
- <http://www.ens.it/>